

hovedpinen, og drengen var efterfølgende i sin habitustilstand. Fire uger efter sås der aftagende papilødem (Figur 2). Ved den seneste kontrol efter fire måneder fandtes der ingen tegn på papilatropi, der var bevaret syn og farvesyn ved børne-Ishihara-test, og synsfeltet vurderedes at være normalt. Der blev planlagt seks måneders behandling efterfulgt af aftrapning af acetazolamid over yderligere seks måneder.

DISKUSSION

Jævnfør kriterierne for IIH må udredningen udelukke sekundære årsager til forhøjet ICP, som forekommer hyppigere hos børn end hos voksne [2-4].

Sekundære årsager til forhøjet ICP er blandt andet medikamina (f.eks. glukokortikoider og væksthormoner), endokrinologiske årsager er hypertyroidisme, anæmi og infektiøse tilstande som encefalitis [3]. Anamnese samt objektive og parakliniske undersøgelser må rettes mod disse [2-5]. Billeddiagnostisk udredning omfatter MR-skanning af cerebrum mhp. udelukkelse af tumorforekomst og hydrocephalus samt venografi mhp. udelukkelse af sinustrombose [1-5]. Det spinale åbningstryk skal måles under standardiserede forhold. Patienten i sygehistorien blev undersøgt i sideleje under GA. Forhøjet PCO_2 kan forhøje trykket [2]. Hos denne patient var PCO_2 velkontrolleret under hele proceduren, og med en GA kan man forhindre den mulige forhøjelse af trykket, som modstand mod undersøgelsen ville have haft [4].

Medicinsk behandling med acetazolamid er førstevalg [2-4] og er effektiv i de fleste tilfælde. Effekten kan forekomme langsommere indsættende end i dette tilfælde. Bivirkninger kan dog umuliggøre

denne behandling, og man kan overveje furosemid eller kirurgisk behandling med shunt [5].

For at vurdere udvikling af synsfeltsdefekter eller tab af synsstyrke, er regelmæssig øjenundersøgelse vigtig. Hos patienten i sygehistorien var der kronisk papilødem uden blødninger, hvilket kunne tyde på et længere forløb end forventet ud fra anamnesen. Behandlingen havde prompte effekt på symptomerne; allerede efter få uger mindskedes papilødemet, og ved den seneste kontrol var der ingen tegn på neurooftalmologiske sequelae.

Demografien for små børn med IIH adskiller sig fra demografien hos voksne, hvilket sygehistorien bidrager til at illustrere, idet IIH ses hos normalvægtige børn. Ligeledes viser sygehistorien, at man bør overveje diagnosen IIH, også hos mindre børn, der har symptomer på forhøjet ICP. Hurtig diagnostik og behandling er afgørende for prognosen [2-4].

Langtidsopfølgning anbefales, da recidivrisikoen for børn angives at være 20%.

KORRESPONDANCE: Anne-Cathrine Finnemann Viuff, Børneafdelingen, Regionshospitalet Viborg, Heibergs Alle 4, 8800 Viborg. E-mail: annecathrineismail@gmail.com

ANTAGET: 23. maj 2012

FØRST PÅ NETTET: 24. september 2012

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. IHCD-II 2004, http://ihs-classification.org/en/02_klassifikation/03_teil2/07.01.01_nonvascular.html (12. maj 2012)
2. Rangwala LM, Liu GT. Pediatric idiopathic intracranial hypertension. *Surv Ophthalmol* 2007;52:597-617.
3. Standridge SM. Idiopathic intracranial hypertension in children: a review and algorithm. *Pediatr Neurol* 2010;43:377-90.
4. Spennato P, Ruggiero C, Parlato RS et al. Pseudotumor cerebri. *Childs Nerv Syst* 2011;27:215-35.
5. Skau M, Jensen R, Milea D. Hastigt progredierende synstab ved idiopatisk intrakraniell hypertension. *Ugeskr Læger*. 2009;171:316-7.

Lipom som årsag til coloninvagination hos en 46-årig kvinde

Jeanette Sørensen & Helene Nygaard

KASUISTIK

Kirurgisk Afdeling,
Sygehus Vendsyssel

Invagination, eller intussusception, sker, når et proksimalt tarmsegment teleskoperes ind i lumen på et distalt segment. Invagination hos personer i voksenalderen er sjælden og udgør kun 5% af alle tilfælde. I 90% af tilfældene findes en kendt ætiologi i form af en patologisk proces.

SYGEHISTORIE

En 46-årig tidligere rask kvinde blev indlagt via egen læge efter seks dage med epigastrielle smerter og tynd, slimet og rødbrun afføring samt en enkelt opkastning.

Der var ingen luftafgang eller normal afføring i

forløbet. Smerterne rykkede til nedre abdomen og var jagende og veagtige.

Objektivt fandtes patienten ikke akut påvirket. Hun var direkte øm og slipøm i venstre fossa og over symfyen. Der var ingen positive fund i øvrigt. Der var normale biokemiske værdier, fraset et C-reaktivt protein-niveau på 63 mg/l. En akut computertomografi (CT) af abdomen viste invagination i sigmoideum (**Figur 1**). Den strakte sig ned i øvre del af rectum til noget, der lignede reaktionsløst fedt. Slimhinden i invaginationen havde dårlig opladning som tegn på kompromitteret perfusion. Derudover så man fri væske, men ingen fri luft.

Man påbegyndte laparoskopi kombineret med colonindhældning og derefter koloskopi, men invaginationen kom ikke helt op, hvorfor man konverterede til laparotomi. Invaginationen blev reponeret manuelt, og man kunne konstatere, at den skyldtes en stor bredbaset polyp. Da det ikke var muligt at afklare, om polyppen var malign eller benign, blev der udført onkologisk resektion med primær anastomose. Efterforløbet var ukompliceret.

En histologisk undersøgelse viste, at polyppen var et benignt submukøst lipom på 3 × 6 cm. Ved kontrol seks måneder efter var der stenose ved anastomosestedet, men den kunne passeres med gastroskop, og i tarmen blev der fundet normale forhold.

DISKUSSION

Symptomerne hos voksne med invagination er ukarakteristiske og indimellem subakutte eller endda kroniske, hvorfor tilstanden let kan overses. Mavesmerter er det hyppigste symptom, desuden kan der forekomme kvalme, opkastninger og tegn på obstruktion. Yderligere ses der blødning per rectum, diare, feber, vægttab og fund af palpabel masse [1-3].

Invaginationer klassificeres i forhold til placeringen, således at det teleskoperede tarmafsnit nævnes først som enteroenterisk, ileokolisk, ileocøkal og kolokolisk [4]. I sygehistorien drejede det sig om en kolokolisk invagination, som er den sjældneste og sammen med ileocøkale invaginationer udgør knap en fjerdedel af alle tilfælde hos voksne [1, 2].

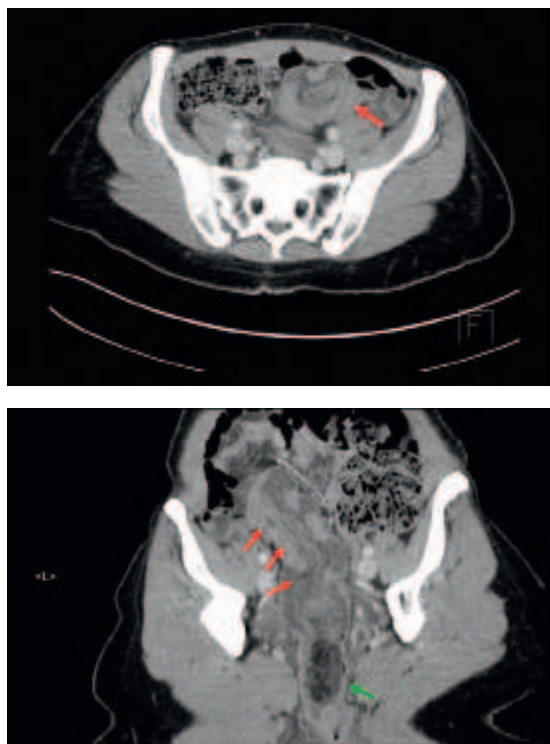
Ætiologien er enten malign, benign eller idiopatisk, og fordelingen varierer i forhold til invaginationens lokalisering. Der er overvægt af underliggende malign lidelse, hvis invaginationen er lokaliseret i colon (50-66%), hvor adenokarcinom er langt den hyppigste form. Benigne årsager i colon kan være lipomer eller adenomer, eller de kan være iatrogene [1-4].

Ved kolokolisk invagination er der således risiko for spredning af tumorcellerne ved reponering, samtidig med at risikoen for anastomoseproblemer øges [4]. Anbefalingerne er derfor også, at der operativt

FIGUR 1

Computertomografier af abdomen. Den klassiske »target like« eller pølseformede masse, som er invaginationen, ses (røde pile). Desuden ses der lipom (grøn pil). Undersøgelsesresultatet er patognomonisk for invagination.

Billederne er venligst udlånt af Billeddiagnostisk Afdeling, Sygehus Vendsyssel.



reseceres en bloc uden forudgående forsøg på reponering [1-4].

I tilfælde, hvor der er tale om tyndtarmsinvagination, ses der oftere benigne årsager, og der kan derfor være fordel ved primært at forsøge med reponering. Dette må dog ikke forsøges, hvis der er iskæmi af tarmen, inflammation eller ved mistanke om malignitet [2-4]. Vi har ikke fundet anbefalinger i litteraturen, mht. om der skal reponeres endoskopisk eller operativt.

CT af abdomen vil med høj sensitivitet (58-100%) være førstevalg af radiologisk undersøgelse [4]. De typiske fund er en målskive- eller pølseformet masse med lagdeling. Desuden kan der ses mesenteriske kar i lumen [2-4].

Ugeskrift for Læger bragte i 2006 en artikel med en lignende sygehistorie, hvor der blev brugt ultralydskanning (UL) som billeddiagnostisk undersøgelse med efterfølgende bariumindehældning [5]. CT foretrækkes, da UL er operatøraftængig samt ikke kan bruges ved patienter med adipositas og ved gasfyldte

tarme. Bariumindhædning er kontraindiceret ved perforation og iskæmi af tarmen og havde således også været kontraindiceret hos patienten i sygehistorien trods hendes gode almentilstand.

Invagination hos voksne er sjælden, og diagnosen kan nemt forsinkes pga. de ukarakteristiske symptomer. Forløbet i sygehistorien var påvist subakut, og patienten var ikke alment påvirket, trods billeddiagnostisk og peroperativt iskæmisk tarm. Det anbefales operativt at resekere en bloc uden forudgående forsøg på reponering pga. den store risiko for malignitet. Til præoperativ diagnostik er CT den mest sensitive undersøgelse.

KORRESPONDANCE: Jeanette Sørensen, Kirurgisk Afdeling, Sygehus Vendsyssel, Bispensgade 37, 9800 Hjørring. E-mail: soerenenjeanette@gmail.com

ANTAGET: 14. juni 2012

FØRST PÅ NETTET: 1. oktober 2012

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

TAKSIGELSER: Kirurgisk Afdeling, Sygehus Vendsyssel, takkes for patientmateriale og vejledning. *Rasa Niedvaraitė*, Radiologisk Afdeling, Sygehus Vendsyssel, takkes for fremskaffelse og behandling af billedmateriale.

LITTERATUR

1. Azer T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg* 1997;226:134-8.
2. Chiang JM, Lin YS. Tumor spectrum of adult intussusception. *J Surg Oncol* 2008;98:444-7.
3. Yakan S, Caliskan C, Makay O et al. Intussusception in adults: clinical characteristics, diagnosis and operative strategies. *World J Gastroenterol* 2009;15:1985-9.
4. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L et al. Intussusception of the bowel in adults: a review. *World J Gastroenterol* 2009;15:407-11.
5. Jensen V, Hovendal C, Karstoft J. Tumorinduceret kolokolisk invagination hos voksen. *Ugeskr Læger* 2006;168:3228-9.

Pancreaspseudocyste som differentialdiagnose til dissekerende aortaaneurisme

Niels Erikstrup Clausen¹ & Villads Bønding Jacobsen²

KASUISTIK

1) Anæstesiologisk Afdeling, Slagelse Sygehus
2) Medicinsk Afdeling, Næstved Sygehus

Pseudocyster er en kendt komplikation i forbindelse med kronisk pankreatitis, som normalt begrænser sig til området lige omkring pancreas. I litteraturen er der beskrevet færre end 60 tilfælde af pseudocyster i mediastinum, og i ingen af de beskrevne tilfælde nåede pseudocysten lungespidsen [1]. Pseudocyster skal overvejes som differentialdiagnose, når patienter, der har et større alkoholforbrug, har symptomer i form af dysfagi, dyspnø og bryst smerter. Vi beskriver en mediastinal pancreaspseudocyste hos en 46-årig mand, som var henvist på mistanke om lungecancer.

SYGEHISTORIE

En 46-årig mand med et stort alkohol- og tobaksforbrug blev fra egen læge henvist til udredning for lungecancer. Patienten havde over nogle uger haft bryst smerter og vejrtrækningsbesvær. Egen læge fik tilsendt et røntgenbillede af lungerne. På røntgenbilledet sås et tumorsuspekt infiltrat og pleuraeffusion. Der blev pleuracenteret, og pleuravæsken var ikke malignitetssuspekt, men der var tegn på inflammation. En computertomografi (CT) af thorax og abdomen viste store mediastinale lymfeknuder prækariant, men intet oplagt tumorsuspekt i lunger eller abdomen. Der blev foretaget bronkoskopi, som viste

normale forhold. Man gen fandt lymfeknuder med endoskopisk bronkial ultralyd, og der blev foretaget nålebiopsi. Der var ingen tegn på malignitet, men derimod på inflammation. Tilstanden blev tolket som infektiøs. Patienten blev behandlet med antibiotika og kontrolleret efter en måned. To dage før kontrollen ringede patienten ind, idet han havde stærke smerter i brystkassen. En røntgenundersøgelse af lungerne viste nytillkommet apikal venstresidig fortætning af mediastinum. På mistanke om dissekerende aortaaneurisme blev der foretaget akut CT af thorax og øvre abdomen. Her fandt man kronisk pankreatitis og en pseudocyste, der havde forbindelse til ductus pancreaticus og dissekerede sig op langs med aorta, igennem diafragma og op langs pleura på venstre side af mediastinum (**Figur 1**). Patienten blev smertedækket og henvist til gastroenterologisk afdeling. Der blev udført endoskopisk retrograd kolangiopankreatikografi (ERCP) med stentanlæggelse og endoskopisk ultralydskanning (EUS) med cystogastrostomi.

DISKUSSION

Pancreaspseudocyster er en almindelig komplikation i forbindelse med akut og kronisk pankreatitis. Det er