

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

metaanalyserne fandt man færre sårrupturer efter anvendelse af fortløbende sutur [3]. I de nævnte metaanalyser konkluderes det, at fascien bør lukkes med fortløbende monofilament sutur med præference for absorberbar sutur. Der foreligger ingen studier, hvori 0-sutur sammenlignes mod 2-0 eller 1. De fleste anvender 0-sutur.

En mekanisk yderst solid lukning af fascien med anvendelse af 2 cm vævsbid efterfulgt af en ekstra loop med 1 cm vævsbid kan medføre, at bugvæggen taber eftergivelse, og resultere i øget forekomst af fatale lungekomplikationer [7].

I en sammenligning af transversel mod vertikal incision fandt man færre sårrupturer og incisionshernier efter transversel incision i en gennemgang af henholdsvis tre og seks studier [8]. Nogle af undersøgelserne kan dog kritiseres, hvad angår metode og design, eller de mangler oplysning om fordeling af akutte og elektive indgreb.

Rekommandation

Ved lukning af bugvæggen undlades sutur af peritoneum. Fascien lukkes ekstraperitonealt medindragende så lidt subkutant fedt og muskel som muligt. Der anvendes fortløbende monofilament absorberbar 0-sutur, idet man sikrer en suturlængde:sårlængde-ratio på mellem 4:1 og 5:1, i praksis 1-1,5

cm fra fasciekanten og højst 1 cm afstand til det efterfølgende indstik i fascien. Sutur i subcutis er unødvendig. Hudlukning retter sig primært efter grad af kontaminering og kosmetisk prioritering.

Korrespondance: *Pål Wara*, Kirurgisk Afdeling L, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital, DK-8000 Århus C. E-mail: p.wara@dadlnet.dk

Antaget: 7. marts 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Retningslinjerne er godkendt af Dansk Kirurgisk Selskab

Litteratur

1. Jenkins TPN. The burst abdominal wound: a mechanical approach. *Br J Surg* 1976;63:873-6.
2. Millbourn D, Israelsson LA. Wound complication and stitch length. *Hernia* 2004;8:39-41.
3. Weiland DE, Bay RC, Del Sordi S. Choosing the best abdominal closure by meta-analysis. *Am J Surg* 1998;176:666-70.
4. Hodgson NC, Malthaner RA, Østbye T. The search for an ideal method of fascial closure – a meta-analysis. *Ann Surg* 2000;231:436-42.
5. Rucinski J, Margolis M, Panagopoulos G et al. Closure of the abdominal midline fascia: meta-analysis delineates the optimal technique. *Am Surg* 2001; 67:421-6.
6. Van't Riet M, Steyerberg EW, Nellensteyn J et al. Meta-analysis of techniques for closure of midline abdominal incisions. *Br J Surg* 2002;89:1350-6.
7. Niggebrugge AH, Trimpos JB, Hermans J et al. Influence of abdominal-wound closure technique after surgery: a randomised study. *Lancet* 1999;353:1563-7.
8. Grantcharov T, Rosenberg J. Vertical compared to transverse incision in abdominal surgery. *Eur J Surg* 2001;167:260-7.

Vandremilt

Stud.med. Jakob Burcharth, reservelæge Imran Parvaiz & overlæge Flemming A. Moesgaard

Amtssygehuset i Herlev, Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling

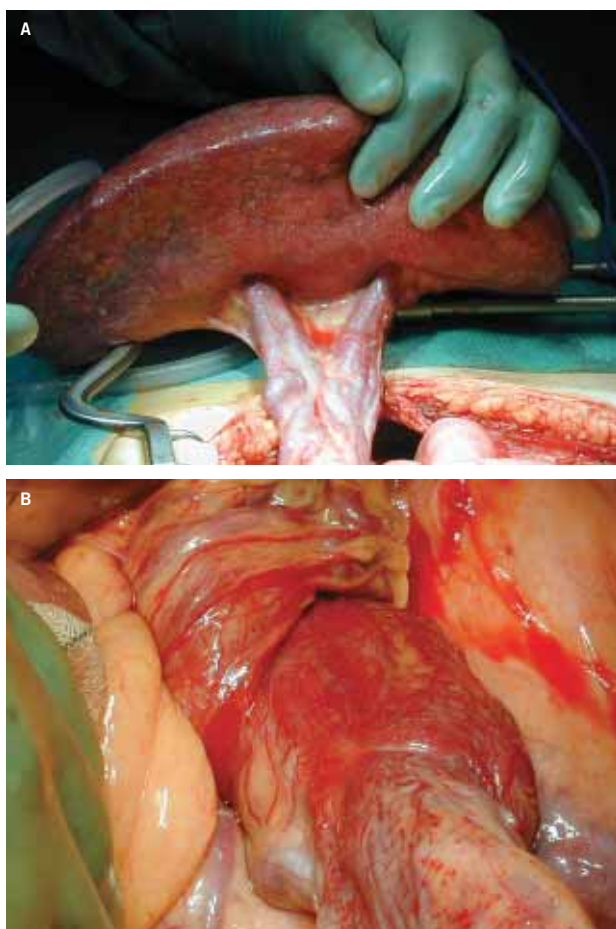
Miltens normalanatomiske beliggenhed er lateralt under venstre diafragma, lateralt for ventriklen. Milten er fikseret af bindevævsstrøg til diafragma og af ligamentum gastrosplenicum. Den holdes endvidere på plads ved sit krøs og ved trykket fra naboorganerne. A. og v. linealis løber langs over- og bagsiden af pancreas, og cauda pancreatis når helt tæt på milt-hilus. Milten har desuden kar til vasae breviae, som løber gennem ligamentum gastrosplenicum. Selv om milten således er godt fikseret, forekommer der »vandremilt«, hvor den kan være placeret andre steder i abdomen, hyppigt nedadtil og ofte helt nede i bækkenet [1-5]. Prævalensen af vandremilt er ukendt. Hvis vandremilt giver anledning til symptomer, skyldes det ofte, at den er patologisk forstørret og/eller, at den torkverer. Symptomgivende og behandlingskrævende vandremilt forekommer yderst sjældent. Diagnosen kan derfor være vanskelig at stille.

Vi vil her beskrive et eksempel på vandremilt behandlet med splenektomi.

Sygehistorie

En 20-årig kvinde blev indlagt på grund af en stor tumor i nedre abdomen. Patienten var fire måneder gammel blevet nefrektomeret på venstre side på grund af polycystisk nyre. En ultralydskanning på daværende tidspunkt beskrev intet om milten. Årsagen til de aktuelle undersøgelser var seks uger varende kvalme, diaré og nedre abdominalsmerter. Der følte en stor, mobil, uøm, glat udfyldning i hele nedre abdomen. Patienten havde ingen urogenitale gener. Ved abdominal og vaginal ultralydskanning påvist en stor homogen tumor, der lignede en forstørret milt. Dette blev bekræftet ved en efterfølgende lever- og miltskintigrafi, computertomografi (CT)-angiografi, magnetisk resonans (MR)-skanning og MR-angiografi, som desuden viste meget lange og stærkt snoede kar med udtalt kollateral venedannelse. Der blev ikke påvist nogen hæmatologisk sygdom bortset fra trombocytopeni. Det fandtes indiceret at foretage splenektomi på grund af trykgenerne fra den store milt. Ved operationen fandt man, at milten udfyldte hele bækkenet og målte 20×30 cm (**Figur 1**).

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK



Figur 1. A. En 20×30 cm stor milt løftet frem fra bækkenkaviteten. B. Den forstørrede milt havde en lang tyk karstilk med snoede kollateralvenner.

En næsten underarmtyk 15-20 cm lang karstilk indeholdt en tyk snoet arterie og talrige op til tommelfingertykke vener (Figur 1). Karstilken endte ud for pancreas og venerne drænerede til portavenesystemet. Milten vejede 986 gram. Den histologiske undersøgelse viste normalt miltvæv, men præget af svær kronisk stase. Ligeledes fandtes tromber i nogle af venerne. Postoperativt blev patienten pneumokokvaccineret. Det postoperative forløb var ukompliceret, og patienten var siden symptomfri.

Diskussion

Patogenesen til vandremilt er formentlig slaphed af de gastro- og frenikospleniske ligamenter [2-4]. Det forekommer hyppigst hos kvinder på 20-40 år [1]. En tredjedel af tilfældene forekommer hos børn [3]. Vandremilt giver i sig selv ingen symptomer. Hvis milten på grund af sit lange karkrøs torkverer, medfører dette stase stigende til inkarcuration med abdominale smerter, tryk på nærliggende organer, kvalme og opkastninger [1]. Torsion af en vandremilt forekommer yderst sjældent: i 0,2% af splenektomier [5]. Ofte kan den displacerede milt føles distalt i abdomen som en glat, mobil udfyldning, der i tilfælde af torsion vil være øm. Den her omtalte

patient fik først symptomer, der medførte indlæggelse, i en alder af 20 år. Årsagen til hendes vandremilt kunne være den i spædbarnsalderen udførte nefrektomi, som havde svækket miltens ophængningsapparat.

Diagnosen vandremilt kan verificeres ved billeddiagnostiske metoder (ultralydskanning, CT, MR, skintigrafi og angiografi) [2-4]. Diagnosen hos den omtalte patient blev først fastslået med sikkerhed, efter at alle de nævnte undersøgelser var gennemført. Hun blev i en periode udredt for hæmatologisk sygdom på grund af trombocytopeni, men dette er beskrevet at forekomme ved vandremilt med torsion [3].

Behandlingen af symptomgivende vandremilt er splenektomi. Splenopektomi er beskrevet som behandlingsmulighed, men kan ikke tilrådes ved en vandremilt med langt karkrøs. I dette tilfælde var der svær splenomegali forårsaget af kronisk venøs stase med udvikling af store kollaterale vener.

Selv om vandremilt er en yderst sjælden tilstand, især symptomgivende vandremilt, bør man overveje diagnosen hos tilsyneladende raske patienter med mobil udfyldning distalt i abdomen. Diagnosen bekræftes let ved moderne billeddiagnostiske metoder. Behandlingen er splenektomi.

Korrespondance: *Jakob Burcharth*, Strandboulevarden 97, DK-2100 København Ø. E-mail: jakobburcharth@hotmail.com

Antaget: 7. november 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Abell I. Wandering spleen with torsion of the pedicle. *Ann surg* 1933;98: 722-35.
2. Robinson AP. Wandering spleen: case report and review. *Mount Sinai J Med* 1988;55:428-34.
3. Buehner M, Baker MS. The wandering spleen. *Surg Gynecol Obstet* 1992;175:373-87.
4. Gayer G, Zissin R, Apter S et al. CT findings congenital anomalies of the spleen. *Br J Radiol* 2001;74:767-72.
5. Sayeed S, Korinaris LG, Kovach SJ et al. Torsion of a wandering spleen. *Surgery* 2002;132:535-6.