

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

forekommer sammen med visceral fedme, er risikoen for aterosklerose mærkbart forøget. For postmenopausale kvinder er det derfor nødvendigt at nuancere klassifikationen af fedme således, at kun de kvinder, der har størst risiko for udvikling af kardiovaskulær sygdom, anbefales vægttabsbehandling. Et enkelt diagnostisk redskab til identifikation af dem er kombineret måling af taljeomkreds og plasmatriglycerid, hvor personer med kombineret taljemål større end 88 cm og plasmatriglycerid over 1,45 mmol/l har markant højere risiko for at have insulinresistens og kardiovaskulær morbiditet [7].

Det er endnu uvist, om vore observationer ligefrem skaber grundlag for at hævde, at specifik reduktion af perifere fedtdepoter udgør en egentlig sundhedsrisiko, men det er interessant, at man i flere populationsbaserede studier har haft vanskeligt ved at vise, at vægttab per se ikke udviser klar sammenhæng med nedsat mortalitet. Der er derfor behov for mere forskning i regionale fedtdepoters betydning for sundhedstilstanden, og i hvordan fremtidens vægtreducerende terapi sikrer specifik reduktion af det viscerale fedtkompartiment.

Korrespondance: *Laszlo B. Tanko*, Center for Clinical and Basic Research, Ballerup Byvej 222, DK-2750 Ballerup. E-mail: lbt@ccbr.dk

Antaget: 16. marts 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

This article is based on a study first reported in the *Circulation* 2004;110:2246-52.

Ovenstående artikel bygger på en større litteraturgennemgang, der fremgår af litteraturlistens nummer 1.

Litteratur

1. Tanko LB, Bruun JM, Alexandersen P et al. Novel associations between bioavailable estradiol and adipokines in elderly women with different phenotypes of obesity: implications for atherogenesis. *Circulation* 2004;110:2246-52.
2. Tanko LB, Bagger YZ, Alexandersen P et al. Peripheral adiposity exhibits an independent dominant antiatherogenic effect in elderly women. *Circulation* 2003;107:1626-31.
3. Wajchenberg BL. Subcutaneous and visceral adipose tissue: their relation to the metabolic syndrome. *Endocr Rev* 2000;21:697-738.
4. Lihn A, Richelsen B, Pedersen SB et al. Increased expression of adipose tissue TNF α , IL-6, and IL-8 in HALS: implications for the reduced adiponectin expression and plasma levels. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2003;285:E1072-80.
5. Lihn A, Pedersen SB, Richelsen B. Adiponectin: action, regulation and association to insulin sensitivity. *Obes Rev* 2005;6:13-21.
6. Pedersen SB, Børglum JD, Brixen K et al. Relationship between sex hormones, body composition and various metabolic risk parameters in premenopausal women. *Eur J Endocrinol* 1995;133:200-6.
7. Tanko LB, Bagger YZ, Qin G, Alexandersen P et al. Enlarged waist combined with elevated triglycerides (EWET) is a strong predictor of accelerated atherogenesis and related cardiovascular mortality in postmenopausal women. *Circulation* 2005 (i trykken).

Tyndtarmstumor med ektopisk pancreasvæv og akut pankreatitis

Reservelæge Christina Damsted Petersen &
1. reservelæge Mona Skarbye

Amager Hospital, Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling

Pancreasvæv med ektopisk lokalisation er ofte et tilfældigt fund under kirurgi eller obduktion. På verdensbasis rapporteres der om en incidens ved kirurgi på 1:600 tilfælde [1]. Ifølge *Barbosa* [1] fordeler det sig med 3:1 blandt mænd og kvinder.

Ektopisk beliggende pancreasvæv er altid histologisk identisk med normalt beliggende pancreasvæv. Der er generel enighed om, at tilstanden skyldes en udviklingsanomali [2].

Ektopisk pancreasvæv kan være lokaliseret i pylorus, duodenum, Meckels divertikel, oment, galdeveje, ileum, jejunum, salpinges, lever, milt og lunger [1]. Tilstanden forekommer både hos børn og voksne, og diagnosen stilles sjældent præoperativt [1].

I det følgende rapporteres der om et tilfælde med akutte abdominale smerter og peroperativt fund af en 8 × 5 cm stor

tumor i tyndtarmskrøset indeholdende ektopisk inflameret pancreasvæv.

Sygehistorie

En 86-årig kvinde blev indlagt akut via skadestuen med to døgn varende turvise abdominalsmerter. Hun var ikke tidligere blevet opereret i abdomen. Der havde ikke været tarmfunktion igennem et døgn. Patienten havde en velbehandlet hypertension og hypertyrose.

Ved indlæggelsen fandt man patienten blussende, men afebril, og smerteforpint ved bevægelse. Klinisk fandt man abdomen symmetrisk, med diffus ømhed og universel peritoneal reaktion. Ved biokemisk analyse fandt man C-reaktivt protein-niveau på 222 mg pr. l (<10), alanin-aminotransferase-niveau på 42 U pr. l (<35), amylase på 870 U pr. l (30-190) og glukose på 16,1 mmol pr. l (2,5-7,5). De øvrige analyser viste normale forhold.

Idet patienten var diffust peritoneal, blev der foretaget en eksplorativ laparotomi uden forudgående diagnostisk røntgenundersøgelse.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK/LÆGEMIDDELSTYRELSEN

20 cm fra Treitz' ligament fandt man en 8 × 5 cm stor tumor i tyndtarmskrøset. Tumoren var nekrotiserende i overfladen og var penetreret til tarmen, men den var ikke stenoserende. Man fandt desuden i tyndtarmskrøset flere nodulære forandringer, som peroperativt blev tolket som forstørrede lymfeknuder. Ved peroperativ intraabdominal palpation fandt man ventriklen, colon, genitalia interna og hepar makroskopisk opfaldende. Der blev resekeret 15 cm af jejunum, 10 cm fra Treitz' ligament oralt, med anlæggelse af en primær anastomose.

Det postoperative forløb var ukompliceret, og patienten blev udskrevet på sjette postoperative dag. Histologisk undersøgelse af krøsføringerne viste ektopisk pancreasvæv med tegn på pankreatitis. Man fandt ingen maligne, histologiske forandringer.

Diskussion

De fleste patienter med ektopisk pancreasvæv går gennem livet uden symptomer. Symptomerne er relateret til det ektopiske pancreasvævs lokalisation. De omfatter abdominal-smerter, kvalme, forstoppelse og gastrointestinal blødning [3]. Symptomerne kan være følger af tyndtarmsobstruktion, obstruktion af galdeveje, pankreatitis eller malignitet.

En præoperativ diagnose er ofte vanskelig at stille, men radiologiske eller endoskopiske undersøgelser kan til tider være til hjælp. *Palmer* [4] gennemgik 215 patienttilfælde med ektopisk pancreasvæv og fandt, at den korrekte præoperative diagnose ikke var blevet stillet i et eneste tilfælde. *Barbosa* fandt, at en korrekt diagnose blev stillet i halvdelen af tilfældene, når læsionen befandt sig i ventriklen, og i en femtedel af tilfældene, når det ektopiske væv sad i tyndtarmen.

Hos denne patient gav tilstanden anledning til perforation af tyndtarmen som følge af pankreatitis i det ektopiske væv, som var beliggende i tæt relation til tyndtarm. Da patienten var akut påvirket og peritoneal, valgte man trods parakliniske tegn på pankreatitis at operere hende uden yderligere præoperative undersøgelser. Den patologiske S-amylase henførte man til en reaktiv tilstand. Peroperativt havde man ingen mistanke om ektopisk pancreasvæv i den fundne tyndtarms-tumor, og retrospektivt er det vanskeligt at vurdere, om man ved præoperative diagnostiske undersøgelser kunne have stillet en præcis diagnose. En computertomografi af abdomen kunne eventuelt have bragt diagnosen nærmere.

Pankreatitis i ektopisk beliggende væv med hæmoragisk nekrose, akut inflammation eller kronisk inflammation er tidligere kasuistisk beskrevet, men altid som en histologisk diagnose [5]. Årsagerne til inflammation hos denne patient kendes ikke. Patienten havde intet kendt alkohol- eller medicinmisbrug.

Man kan konkludere, at tilstedeværelse af ektopisk pancreasvæv er en ofte fejl-diagnosticeret tilstand, som giver symptomer, der kan give differentialdiagnostiske vanskeligheder.

Når ektopisk pancreasvæv findes accidentielt ved en operation, synes der at være enighed om, at resektion af det afficerede væv er den bedste behandling, således at fremtidige komplikationer undgås. Er der tvivl om den peroperative diagnose, bør man om muligt foretage frysemikroskopi på præparatet for ikke at overse en malign tilstand.

Korrespondance: *Christina Damsted Petersen*, Vesterbrogade 46, 5., DK-1620 København V. E-mail: cdamsted@inet.uni2.dk

Antaget: 12. januar 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Barbosa J, De Castro J, Dockerty M et al. Pancreatic heterotopia. *Surg Gynecol Obstet* 1946;82:527-42.
2. Armstrong CP, King PM, Dixon JM et al. The clinical significance of heterotopic pancreas in the gastrointestinal tract. *Br J Surg* 1981;68:384-7.
3. Elfving G, Hästbacka J. Pancreatic heterotopia and its clinical importance. *Acta Chir Scand* 1965;130:593-602.
4. Palmer ED. Benign intramural tumors of the stomach two aberrant pancreatic tumors. *Medicine* 1951;30:83-96.
5. Rubesin SE, Furth EE, Birnbaum B et al. Ectopic pancreas complicated by pancreatitis and pseudocyst formation mimicking jejunal diverticulitis. *Br J Radiol* 1997;70:311-3.

Tilskud til lægemidler

Lægemiddelstyrelsen meddeler, at der pr. 29. august 2005 ydes generelt tilskud efter sygesikringslovens § 7 til følgende lægemidler:

- (A-10-AB-06) Apidra injektionsvæske, Aventis Pharma A/S.
- (H-01-BA-02) Desmopressin »Nordic Drugs« tabletter*, Nordic Drugs Danmark.
- (J-02-AC-02) Niddazol kapsler*, PharmaCoDane ApS.
- (A-07-EC-02) Pentasa suppositorier*, Orifarm A/S.
- (C-09-AA-05) Ramipril »Sandoz« tabletter*, Sandoz A/S.
- (G-04-BD-09) Spasmolyt overtrukne tabletter*, Paranova Danmark A/S.
- (D-01-BA-02) Terbinafin »Actavis« tabletter*, Actavis Nordic A/S.
- (D-01-BA-02) Terbinafin »Ratiopharm« tabletter*, ratiopharm A/S.
- (D-01-BA-02) Terbinafin »Stada« tabletter*, PharmaCoDane ApS.

gruppe uden klausulering over for bestemte sygdomme

Denne bestemmelse trådte i kraft den 29. august 2004.

*) Omfattet af tilskudsprissystemet.