

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIKKER

Laparoskopisk operation for kolovesikal fistel

1. reservelæge Tove H. Filtenborg Tvedskov,
overlæge Henrik Ovesen & afdelingslæge Michael Seiersen
Roskilde Sygehus, Kirurgisk Afdeling

På Kirurgisk Afdeling, Roskilde Sygehus, har man siden 2005 foretaget laparoskopisk operation for kolovesikal fistel på udvalgte patienter. Vi beskriver her to tilfælde med pneumaturi og recidiverende urinvejsinfektion. Computertomografi, cystoskopi og sigmoideoskopi viste tegn på en kolovesikal fistel, og der blev foretaget laparoskopisk operation. Operationstiden var hhv. 280 minutter og 285 minutter, efterforløbet var ukompliceret. Indlæggelsestiden var hhv. fire dage og fem dage. Vi foreslår laparoskopisk operation for kolovesikal fistel som et godt alternativ til åben operation i udvalgte tilfælde.

Figur 1. Kolovesikal fistel tubuleret med ureterkateter under cystoskopi. Ved efterfølgende kontrastinjektion synliggøres fistel og sigmoideumslynge.



Melkersson-Rosenthals syndrom behandlet med clofazimin

Reservelæge Marie Toft-Petersen & overlæge Anette Bygum
Odense Universitetshospital, Dermato-venerologisk Afdeling I

Melkersson-Rosenthals syndrom (MRS) er en triade bestående af facialisparese, lingua plicata og orofacial hævelse. Der kan ses mono- eller oligosymptomatiske former, og cheilitis granulomatosa opfattes ofte som en monosymptomatisk form af MRS. Histopatologisk ses der i de kroniske stadier nonkaseøse epiteloidecellegranulomer. Ætiologien er ukendt, og behandlingen er vanskelig. I få, ukontrollerede studier har man påvist effekt af bl.a. glukokortikoid og clofazimin. Vi forelægger en sygehistorie, hvor en 31-årig mand med komplet MRS responderede godt på clofaziminbehandling.



Figur 1. B. Lingua plicata.

Ukontrollabel blødning efter tonsillektomi behandlet med aktiveret faktor VII

Reservelæge Andreas Schjellerup Jørkov
Næstved Sygehus, Anæstesiaafdelingen

Tonsillektomi er et hyppigt udført indgreb i øre-næse-hals-regi, og postoperativ blødning er en velkendt komplikation. I dette tilfælde blev en 34-årig mand uden kendt koagulationsdefekt opereret pga. obstruktiv søvnapnø. Tredive minutter efter operationen fik patienten primær postoperativ blødning, og kirurgisk hæmostase kunne ikke opnås. Efter en times sekundær kirurgi blev der givet 1 g tranexamsyre og 10 mg phytomenadion, men den diffuse blødning fortsatte indtil indgift af 96 mikrogram/kg rekombinant aktiveret faktor VII, som medførte hæmostase.

Tabel 1. Medicinindgift og væskebehandling under hæmostaseoperationen.

	OP-start, kl.										OP-slut, 18.00
	AI	15.00	16.00	17.00	18.00	19.00	20.00	21.00	22.00	23.00	
Puls	65	70	85	90	60	60	60	60	60	60	
Blodtryk (mmHg)	80/50	60/30	60/25	70/30	85/45	90/50	80/60	105/60	105/60	105/60	I alt
Indgift											
Medikation											
Efedrin	12,5	12,5	10	10	10	10					75 mg
Phytomenadion				10							10 mg
Tranexamsyre				1							1 g
rFVIIa								4,8+4,8+2,4			12 mg
Væsker											
NaCl	1000	1000	1000	1000							5.000 ml
Hydroxyethylstivelse	500	500	500	500							2.000 ml
SAG-M	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	2.700 ml
Frisk froset plasma						300	300	300	300		1.200 ml
Udgang											
Akkumuleret blodtab				450 ml	500 ml	600 ml	750 ml				750 ml
Blodigt ventrikeldrainage (opkast)											1.500 ml
Sug fra ventrikeldrainage											1.000 ml

AI = anæstesiindledning; rFVIIa = rekombinant aktiveret koagulationsfaktor VII; eptacog alfa; SAG-M = saltvand, adenin, glukose og mannitol.

W Læs mere på Ugeskriftet.dk

Du kan læse mere på Ugeskriftet.dk
Hvis du vil læse artiklerne i fuld længde, kan du gå ind på Ugeskrift for Lægers hjemmeside.
Klik ind på www.ugeskriftet.dk - > Seneste nummer