

14. Coupland SG, Zackon DH, Leonard BC, Ross TM. Vigabatrin effect on inner retinal function. *Ophthalmology* 2001;108:1493-6.
15. Malmgren K, Ben-Menachem E, Frisén L. Vigabatrin visual toxicity: evolution and dose dependence. *Epilepsia* 2001;42:609-15.
16. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om synsfeltsundersøgelse ved behandling med lægemidlet Vigabatrin. *Ugeskr Læger* 1999;161:4101-2.
17. Drance SM, Berry V, Hughes A. Studies of the effects of age on the central and peripheral isopters of the visual field in normal subjects. *Am J Ophthalmol* 1967;63:1667-72.
18. Egge K. The visual field in normal subjects. *Acta Ophthalmol* 1984;(suppl 169):1-64.
19. Gloor B. Untersuchung mit dem Goldmann Perimeter. I: Gloor B, ed. *Perimetrie, mit besonderer Berücksichtigung der automatischen Perimetrie*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1993:26-30.
20. Ritch R. Principles of perimetry. I: Ritch R, Shields MB, Krupin T, eds. *The glaucomas*. St. Louis: Mosby, 1996:499-504.
21. Manuchehri K, Goodman S, Siviter L, Nightingale S. A controlled study of vigabatrin and visual abnormalities. *Br J Ophthalmol* 2000;84:499-505.
22. Johnson MA, Krauss GL, Miller NR, Medura M, Paul SR. Visual function loss from vigabatrin: effect of stopping the drug. *Neurology* 2000;55:40-5.
23. Krakow K, Polizzi G, Riordan-Eva P, Holdr G, McLeod WN, Fish DR. Recovery of visual field constriction following discontinuation of vigabatrin. *Seizure* 2000;9:287-90.

Laparoskopisk kileresektion af stromal ventrikeltumor vejledt af laparoskopisk UL-scanning

KASUISTIK

Per Jess & Kirsten Hougaard Jensen

Laparoskopisk kileresektion af stromale ventrikeltumorer er af flere anbefalet som en velegnet metode (1-3). Et problem ved metoden kan imidlertid være at lokalisere tumor peroperativt. Almindelig gastroskopi eller endoskopisk UL-scanning (EUL) kan anvendes (3, 4). Laparoskopisk UL-scanning (LUS) forekommer dog at være mere velegnet (5).

Der fremlægges en sygehistorie, hvor en stromal ventrikeltumor er fjernet ved laparoskopisk kileresektion vejledt af laparoskopisk UL-scanning.

Sygehistorie

En 64-årig mand, som blev indlagt på medicinsk afdeling til udredning for anæmi (Hb 3,6 mmol/l). Patienten havde op til indlæggelsen været træt og haft sort afføring. Ingen symptomer i øvrigt. Han var i behandling med hjertemagnyl 75 mg dgl. på grund af tidligere AMI. En gastroskopi viste midt på forvæggen af ventriklen en ca. 3 cm i diameter, bredbaset polyplignende dannelse med et fibrinbelagt ulcus i midten (**Fig. 1**). Der blev biopteret herfra. Mikroskopi viste en gastrointestinal stromal tumor (GIST). Man kunne på det foreliggende grundlag ikke udtale sig om tumorens biologiske potentiale. EUL viste, at tumoren var submukøst beliggende (**Fig. 2**). Ventrikelvæggen i øvrigt var normal. CT af thorax og abdomen viste normale forhold. Der blev herefter foretaget laparoskopisk kileresektion af tumoren. Efter etablering af pneumoperitoneum med Veress kanyler indførtes 10 mm trokar samt 30 grader optik ved umbilicus. Der indførtes herefter en 12 mm trokar lateralt i højre hypochondrium og en 15 mm trokar lateralt i venstre hypochondrium. Ved hjælp af en laparoskopisk UL-scanner sikrede man sig tumorens beliggenhed. På begge sider af og lateralt for tumoren sattes i ventriklens forvæg en 2-0 Ethilon holdetråd dobbeltarmeret på lige nåle, som førtes gennem bugvæggen. Man kunne således holde op i det tumorbærende om-

råde af ventriklens forvæg, som herefter blev kileformet reseceret i UL-bedømt sundt væv med ENDO GIA II 60 4.8. SULU indført gennem 15 mm trokaren. Resektatet blev anbragt i en pose (LiNA Endobag: EB 60) og fjernet gennem trokarstedet i ve. hypochondrium. Operationstiden var 45 min. Patienten blev udskrevet tre dage efter operationen og kontrolleret første gang ambulante en måned herefter. Det postoperative forløb var helt ukompliceret. Mikroskopi af ventrikelresektatet viste GIST af *borderline*-type med frie resektionsrande.

Kontrol gastroskopi og EUL blev foretaget tre måneder postoperativt. Bortset fra at metalclipsene i resektionslinjen kunne erkendes ved EUL, fandtes der normale forhold. Biopsier fra området ved resektionslinjen viste ligeledes normale forhold.

Diskussion

Minimalt invasiv kirurgi har en række efterhånden velkendte potentielle fordele i forhold til konventionel åben kirurgi som følge af det mindre kirurgiske traume med deraf følgende kortere indlæggelsestid og rekonvalescenstid samt et bedre kosmetisk resultat. En ulempe ved laparoskopisk kirurgi er imidlertid den manglende mulighed for taktile vej-

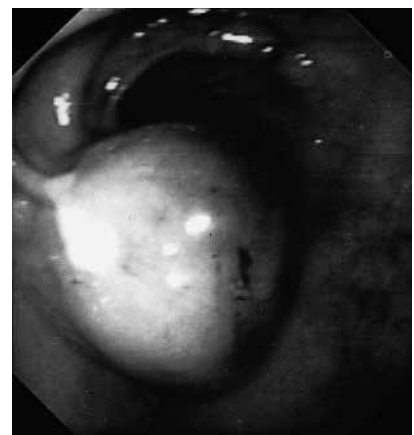


Fig. 1. *Gastroskopi billede af stromal ventrikeltumor.*



Fig. 2. Endoskopisk UL-scanning, der viser den submukost beliggende stromale tumor i ventriklen (markeret med x og +).

ledning. Ved peroperativ LUS, som i den fremlagte sygehistorie, kan man kompensere herfor og sikre sig den nøjagtige position af tumoren samt frie resektionsrande, ligesom UL-scanningen kan give vigtige oplysninger om lymfeknudeforstørrelser eller metastatiske læsioner (lever, retroperitoneum, etc.) ved uventede maligne tilfælde (5). Det skal i denne forbindelse anføres, at selv om den laparoskopiske procedure primært anbefales til benigne stromale ventrikeltumorer (2, 5), finder nogle den også velegnet i behandlingen af maligne stromale tumorer, medmindre de er af en sådan størrelse, at man risikerer ruptur af tumoren i forbindelse med indgrebet (1, 3).

Tumorer i ventriklens forvæg er naturligvis lettest tilgængelige, men den laparoskopiske procedure kan også anvendes ved tumorer i ventriklens bagvæg ved at mobilisere den store kurvatur ved hjælp af fx UL-dissektion (5).

Endoskopisk mucosaresektion, som er en rent endoskopisk metode, synes lovende ved tidlige stadier af adenokarcinomer i ventriklen (6). Der foreligger dog ingen randomiserede undersøgelser, der sammenligner denne behandling med kirurgisk behandling (7), og metoden er næppe anvend-

delig ved stromale tumorer, da perforationsrisikoen må antages at være betydelig.

Vi må derfor konkludere, at specielt den laparoskopiske metode synes indtil videre at være velegnet ved behandling af stromale ventrikeltumorer. Man må afklare dette nærmere gennem videre forskning på området.

Summary

Per Jess & Kirsten Hougaard Jensen: Laparoscopic wedge resection of stromal gastric tumor by guidance of laparoscopic UL-scanning.

Ugeskr Læger 2003;165:1038-9.

A case of stromal gastric tumor in a 64-year-old man treated by laparoscopic wedge resection guided by laparoscopic ultrasonography is described. The procedure seems very suitable because it combines the advantages of minimal surgery with the application of ultrasonography, which compensates for the lack of tactile sensitivity in laparoscopic surgery.

Reprints not available. Correspondence to: Per Jess, Organkirurgisk Afdeling A, Hillerød Sygehus, DK-3400 Hillerød.

Antaget den 18. september 2002.
Hillerød Sygehus, Organkirurgisk Afdeling A.

Litteratur

1. Yoshida M, Otan Y, Ohgami M, Kubota T, Kumai K, Mukai M et al. Surgical management of gastric leiomyosarcoma: evaluation of the propriety of laparoscopic wedge resection. *World J Surg* 1997;21:440-3.
2. Röthlin M, Schöb O. Laparoscopic wedge resection for benign gastric tumors. *Surg Endosc* 2001;15:893-5.
3. Walsh RM, Heniford BT. Laparoscopic treatment of gastric stromal tumors. *Semin Laparosc Surg* 2001;8:189-94.
4. Choi YB, Oh ST. Laparoscopy in the management of gastric submucosal tumors. *Surg Endosc* 2000;14:741-5.
5. Cugat E, Hoyuela C, Rodríguez-Santiago JM, Marco C. Laparoscopic ultrasound guidance for laparoscopic resection of benign gastric tumors. *J Laparoendosc Adv Surg Tech* 1999;9:63-7.
6. Inoue H. Treatment of esophageal and gastric tumors. *Endoscopy* 2001;33:119-25.
7. Leiper K, Morris AI. Treatment of oesophago-gastric tumours. *Endoscopy* 2002;34:139-45.

Miltcyster – patogenese, diagnostik og behandling

KASUISTIK

Stud.med. Anne Claudi Møller, Rene Jensen & Mark Berner Hansen

Miltcyster er sjældne og deres symptomatologi afhænger af cystens størrelse. De små er i reglen asymptomatiske og diagnosticeres tilfældigt (1). Store cyster giver derimod ofte trykken eller smerter lokalt. Symptomerne forårsages af

kompression og dislokation af tilstødende organer samt af den øgede tension i miltkapslen (2). Med denne sygehistorie ønsker vi at belyse aspekter vedrørende patogenese, diagnosticering og behandling af specielt benigne non-parasitære miltcyster.

Sygehistorie

En 65-årig mand blev udredt for rygggener. Der blev konstateret en udfyldning i venstre hypochondrium, og en CT af-