skrevet af *Rabinowitz et al*. Et tilfælde af fenestrering med en fosterarm, der gik ud gennem uterusvæggen, blev behandlet afventende, idet amnion var intakt og moderen var velbefindende [4].

Ved akut ruptur hænger barnets overlevelse sammen med tiden fra uterusrupturen til forløsningen: Ca. 90% vil overleve, hvis forløsning sker umiddelbart efter rupturen [2]. Dette forhold understreger behovet for akut intervention ved ruptur, og udgør dermed et argument for observation under indlæggelse. Omvendt forekommer ruptur ikke uprovokeret, men under veaktivitet, hvorfor indlæggelse måske kan afvente symptomfrembud.

Der er ikke fundet belæg for screening at tidligere sectiopatienter for fenestrationer, blandt andet fordi procentdelen af kvinder med afsmalning af myometriet er høj sammenlignet med frekvensen af rupturer [5].

På baggrund af ovenstående kasuistik og litteraturen på området, finder vi, at der med hovedvægt på klinikken og supplerende ultralyds-vurderinger, kan planlægges et individuelt forløb for patienter med rupturrisiko. Grundet fænomenets karakter vil det ikke være muligt at foretage egentlige prospektive randomiserede undersøgelser, men vigtigheden af at indsamle data til fortsat akkumulering af viden på området må understreges.

**KORRESPONDANCE:** *Elise Hoffmann Munk Nielsen*, Nørrebrogade 164A, 5., 2200 København N. E-mail: elisehoffmann@gmail.com
**ANTAGET:** 22. juli 2007
**FØRST PÅ NETTET:** 21. december 2009
**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

**LITTERATUR**

1. Gotoh H, Masuzaki H, Yoshida A et al. Predicting incomplete uterine rupture with vaginal sonography during the late second trimester in women with prior cesarean. Obstet Gynecol 2000;95:596-600.
2. Golan A, Sandbank O, Rubin A. Rupture of the pregnant uterus. Obstet Gynecol 1980;56:549-54.
3. van Alphen M, van Vugt JM, Hummel P et al. Recurrent uterine rupture diagnosed by ultrasound. Ultrasound Obstet Gynecol 1995;5:419-21.
4. Rabinowitz R, Samueloff A, Sapirstein E et al. Expectant management of fetal arm extruding through a large uterine dehiscence following sonographic diagnosis at 27 weeks of gestation. Ultrasound Obstet Gynecol 2006;28:235-7.
5. Ofili-Yebovi D, Ben-Nagi J, Sawyer E et al. Deficient lower-segment Cesarean section scars: prevalence and risk factors. Ultrasound Obstet Gynecol 2008;31:72-7.

# Tyndtarmsileus forårsaget af en displaceret øsofagusstent

Reservelæge Julie Bay & 1. reservelæge Luit Penninga

**KASUISTIK**

Rigshospitalet, Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling C

Incidensen af adenokarcinom i øsofagus er stigende i den vestlige verden [1]. Behandlingen består af kirurgisk øsofagusresektion, dog anbefales onkologisk og palliativ behandling hos patienter med lokalt udbredt sygdom, fjernmetastaser eller patienter med betydelig komorbiditet [1]. Mange af de patienter, som ikke er kandidater til kirurgisk øsofagusresektion, har dysfagi og får med god effekt anlagt en stent i øsofagus [2-4]. I denne sygehistorie beskriver vi en patient, som udviklede en sjælden stentkomplikation.

## SYGEHISTORIE

En 80-årig mand blev diagnosticeret med inoperabelt adenokarcinom i den distale del af øsofagus. Canceren var stenoserende, og patienten havde udtalte synkeproblemer, hvorfor der med god effekt blev anlagt en *coated,* selvudfoldende øsofagusstent. Efterfølgende gennemgik patienten behandlingen med en kombination af kemo- og radioterapi med radiologisk god respons på øsofaguscanceren. Tre måneder senere opstod ileuslignende symptomer i form af kolikagtige smerter ved fødeindtagelse, kvalme og opkastninger. Der blev foretaget computertomografi (CT) af thorax og abdomen, som viste, at stenten var displaceret til tyndtarmen ca. 50 cm fra Treitz' ligament og med ødem og inflammation omkring stenten (**Figur 1**). Tyndtarmen var lettere dilateret oralt for stenten, men på CT'en var der ingen tegn til perforation eller fri intraperitoneal væske. Efterfølgende tyndtarmspassage bekræftede CT-fundet. Der blev foretaget laparotomi, og her fandt man, at stenten delvist var migreret ud af tyndtarmslumen ca. 50 cm fra Treitz' ligament med truende perforation. Der var lokal abcesdannelse, men der fandtes ingen generaliseret peritonitis. Der blev foretaget resektion af 20 cm tyndtarm, inklusive stenten, og der blev udført en primær tyndtarmsanastomose. Patienten blev udskrevet i velbefindende ni dage efter operationen.

## DISKUSSION

Selvudfoldende metalstenter er ofte anvendt som palliativ behandling af patienter med maligne strikturer eller stenosedannelser i øsofagus. Stentbehandling betragtes som effektiv og forbedrer synkefunktionen væsentligt [1, 2]. Anlæggelsen af stentene er blevet nemmere med årene, og stentene er blevet mere sikre

FIGUR 1

Computertomografi, hvor pilen viser displacering af øsofagusstenten til tyndtarmen.

med hensyn til komplikationer. Displacering af en stent er en velkendt komplikation til stentanlæggelsen og antages at forekomme hos 3-35% af alle patienter [1, 5]. Displaceringen opstår hyppigst inden for de første uger efter stentanlæggelsen, dog er senere displaceringer også beskrevet. *Coating* af stenter med silikone mindsker indvækst
af tumorvæv igennem stenten, men øger risikoen for displacering. Hos vores patient antages tumorsvind på grund af god respons på den onkologiske behandling at være den udløsende årsag til stentdisplaceringen.

Generelt er det sjældent, at stenten displaceres analt for ventriklen, dog er det beskrevet, at stenten udskilles spontant per rectum. Hos patienter, hvor man (tilfældigt) finder en displaceret stent, anbefaler man at afvente *(wait and see),* så længe patienten er asymptomatisk [5]. Behandling reserveres til patienter med abdominale gener eller ileuslignende symptomer [5]. En symptomgivende stent, som er displaceret til ventriklen, kan fjernes endoskopisk, mens symptomgivende stenter, der er displaceret til tyndtarm eller colon kræver åben eller laparoskopisk fjernelse [3-5].

Det konkluderes, at ileus og tarmperforation på grund af en displaceret øsofagusstent er sjældne, men skal overvejes i differentialdiagnosen hos patienter med øsofagusstent og abdominale symptomer.

**KORRESPONDANCE:** *Luit Penninga,* Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling C, 2122, Rigshospitalet, 2100 København Ø. E-mail: Penninga@dadlnet.dk

**ANTAGET:** 19. december 2009

**FØRST PÅ NETTET:** 22. marts 2010

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

Artiklen bygger på en større litteraturgennemgang. En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.

**LITTERATUR**

1. DeMeester SR. Adenocarcinoma of the esophagus and cardia: a review of the disease and its treatment. Ann Surg Oncol 2006;13:12-30.
2. Tan KT, Borley N, Hopkins R. Abdominal pain in a patient with an oesophageal stent. Gut 2005;54:1535.
3. Govender P, McAuley G, Murphy C et al. Small bowel obstruction- an unusual complication of oesophageal stent migration. Br J Radiol 2007;80:767-8.
4. MacDonald AJ, Drummond RJ, Wright DM. Migration of a metal esophageal stent presenting as obstruction at the ileocoecal valve 2 years postinsertion. Endosc 2007;39:E190.
5. DePalma GD, Iovino P, Catanzano C. Distally migrated esophageal self-expanding stents: wait and see or remove? Gastrointest Endosc 2001;53:96-8.

## LÆGEMIDDELSTYRELSEN

### TILSKUD TIL LÆGEMIDLER

Lægemiddelstyrelsen meddeler, at der pr. 14. juni 2010 ydes generelt tilskud efter sundhedslovens § 144 til følgende lægemidler:

(R-01-AD-12) Avamys næsespray*, Singad Pharma ApS
(B-01-AC-07) Persantin tabletter*, EuroPharmaDK ApS
(R-03-AC-12) Serevent inhalationspulver*, Singad Pharma ApS
(R-03-AK-07) Symbicort Mite Turbuhaler inhalationspulver*, 2care4 ApS
(L-02-AE-03) Zoladex implantat*, 2care4 ApS
(L-02-AE-03) Zoladex LA implantat*, 2care4 ApS

gruppe uden klausulering over for bestemte sygdomme.

(C-09-DA-06) Hytacand tabletter*, EuroPharmaDK ApS

gruppe klausuleret til personer, der opfylder følgende sygdomsklausul: Patienter med behandlingskrævende hypertension eller anden form for hjerte-kar-sygdom, hvor behandling med lægemidler med virkning på renin-angiotensin systemet med generelt tilskud uden klausulering har vist sig utilstrækkelig eller ikke tolereres, eller i helt særlige tilfælde – efter lægens samlede kliniske vurdering af patientens tilstand – ikke er hensigtsmæssig. En betingelse for at opnå tilskud er, at lægen har skrevet »tilskud« på recepten.

(C-10-AA-07) Simestat tabletter*, Orifarm A/S

gruppe klausuleret til personer, der opfylder følgende sygdomsklausul: Patienter med behandlingskrævende hyperlipidæmi, for hvem behandling med generelt tilskudsberettiget statin (simvastatin, lovastatin eller pravastatin) har vist sig utilstrækkelig, eller som ikke tåler disse lægemidler. En betingelse for at opnå tilskud er derfor, at lægen har skrevet »tilskud« på recepten.

(N-03-AE-01) Rivotril tabletter*, 2care4 ApS

gruppe klausuleret til personer, der opfylder følgende sygdomsklausul:

Kroniske spastiske tilstande forårsaget af lidelser i centralnervesystemet.
Epilepsi.

En betingelse for at opnå tilskud er, at lægen har skrevet »tilskud« på recepten.

(S-01-GX-01) Lomudal øjendråber*, 2care4 ApS

gruppe klausuleret til personer, der modtager pension efter lov om social pension eller til personer, der er omfattet af følgende tilskudsklausul: Allergisk konjunktivitis.

En betingelse for at opnå tilskud efter tilskudsklausulen er, at lægen har skrevet »tilskud« på recepten.

Denne bestemmelse trådte i kraft den 14. juni 2010.

*) Omfattet af tilskudsprissystemet.