

Sen perforation af tyndtarm efter laparoskopisk gastrisk bypass

Reservelæge Lene Spanager, overlæge Ulf Henrik Sigild & overlæge Anders Ulrich Neuenschwander

KASUISTIK

Nordsjællands Hospital,
Kirurgisk Afdeling

Adipositas er en tilstand i markant stigning i den vestlige verden og adipositas kirurgi udføres med større hyppighed – også i Danmark. Det må derfor forventes, at der indlægges flere patienter med komplikationer til denne type kirurgi på afdelinger, der ikke har deltaget i den primære behandling.

SYGEHISTORIER

I. En 58-årig mand indlagdes under en hedebløge på en lokal kirurgisk afdeling med hyperakut indsættende voldsomme mavesmerter fem måneder efter at have gennemgået en laparoskopisk gastrisk bypass (LGB). Han havde haft et vægttab på 50 kg og vejede nu 116 kg. Ved indlæggelsen fandtes han peritoneal, men i øvrigt afebril og respiratorisk og cirkulatorisk upåvirket. Røntgenoversigt over abdomen viste fri luft.

Ved eksplorativ laparotomi fandt man let diffus peritonitis samt en perforation i umiddelbar nærhed af jejunum-jejunum (jj)-anastomosen. Hele tyndtarmen var dilateret og udtamponeret med fast pastøs fæces. Perforationen blev oversyet, og afføringen blev malket til colon efter indgift af en liter vand gennem ventrikelsonde.

Forløbet var herefter ukompliceret, og han blev udskrevet i velbefindende på syvendedagen.

II. En 29-årig kvinde der havde haft smerter i øvre del af maven gennem 14 dage indlagdes pga. akut smerteforværring. Hun havde ligeledes fire måneder

tidligere gennemgået en ukompliceret LGB og havde tabt sig 20 kg til 113 kg. Blodprøver viste forhøjede infektions- og levertal. Akut computertomografi (CT) af thorax og abdomen viste dilatation af distale ventrikel, duodenum og et stykke af jejunum samt store mængder fri væske intraperitonealt, men ingen fri luft. Patienten blev svært septisk og akut laparoskopi viste store mængder purulent galde, hvorfor man konverterede. Ved laparotomi fandt man kinkning af jj-anastomosen med aflukning af afløbet fra det biliære ben og perforation af dette klos på anastomosen (**Figur 1**). Der var 2.500 ml galdefarvet væske i peritoneum. Man genanlagde anastomosen håndsyet og aflastede ventriklen med gastrostomi. Patienten gennemgik herefter et langvarigt postoperativt forløb pga. peritonitis og sårinfektion, men der var ingen problemer med den genanlagte anastomose, og hun blev udskrevet efter i alt 53 dages indlæggelse.

DISKUSSION

Fedmekirurgi bliver i Danmark udført på fem offentlige og tre private centre, som alle er udpeget af Sundhedsstyrelsen, og mere end 85% af operationerne udføres på de private centre. Det drejer sig alt-overvejende om LGB og laparoskopisk gastrisk *banding* med bypass som det dominerende indgreb.

Ved gastrisk bypass deles ventriklen i fundus, således at den proksimale del danner en meget lille ny ventrikel, der rummer 15-20 ml. Jejunum deles 30-60 cm fra duodenum, og den distale ende anastomoseres til den ny ventrikel. Den proksimale ende med den blindlukkede store ventrikel, der benævnes det biliære ben, anastomoseres *side to side* med den nedre tyndtarm ca. 120 cm analt for gastro-jejunostomien

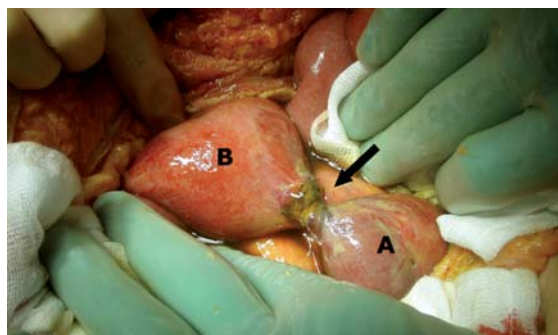
Komplikationerne til LGB optræder fra få dage til flere måneder efter operationen [1-5]. Den hyppigste senkomplikation er intern herniering med afklemning af enten det biliære eller det alimentære tarmben, hvor det hernierer ind bag jj-anastomosen eller det alimentære ben. Tilstanden ses hos 1-3% [1-4].

I denne kasuistik præsenteres to sent opståede perforationer, hvor den første formentlig skyldtes massiv obstipation i tyndtarmen som følge af insufficiens væskeindtag, selv om underliggende ulcus også er en mulighed. Ulcera optræder dog oftest i relation

FIGUR 1

Kinkning af entero-entero-anastomose efter gastrisk bypass. Alimentære ben (A), biliære ben (B). Selve anastomosen markeret med pil.

Fotograf: Anders Ulrich Neuenschwander.



til gastro-jejunostomien [1, 2]. En afklemning af jj-anastomosen eller af det biliære tarmben, som beskrevet i den anden sygehistorie, er – som nævnt – oftest forårsaget af en intern herniering. Kinkning af jj-anastomosen er dog tidligere beskrevet [1, 3]. Fælles for de to tilfælde er, at sene perforationer af tarmen er et sjældent fænomen.

Akut CT kan være et nyttigt værktøj i den akutte diagnostik af komplikationer efter LGB [3, 5]. Dog kan de radiologiske fund være mangelfulde, ligesom det kliniske billede kan være vagt. Derfor anbefaler man en lav tærskel for diagnostisk laparoskopi hos denne patientgruppe.

Specielt skal enhver bypasspatient, som klager over recidiverende svære abdominalsmerter, mistænkes for intern herniering. Hvis billediagnostik viser dilatation af ventriklen og det biliære ben, bør

der akut foretages laparoskopi med reponering af tyndtarmen og lukning af brokporten. Afhængig af forholdene kan ventriklen aflastes med perkutan gastrostomi.

KORRESPONDANCE: Lene Spanager, Hillerød Hospital, Kirurgisk Afdeling K, 3400 Hillerød. E-mail: lenand@noh.regionh.dk, aun@dadlnet.dk

ANTAGET: 1. september 2009

FØRST PÅ NETTET: 23. november 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Suter M, Calmes JM, Giusti V. European experience with laparoscopic roux-en-y gastric bypass in 466 obese patients. *Br J Surg* 2006;93:726-32.
2. DeMaria E, Sugerman H, Kellum J et al. Results of 281 consecutive total laparoscopic roux-en-y gastric bypasses to treat morbid obesity. *Ann Surg* 2002;5:640-7.
3. Husain S, Ahmed A, Johnson J et al. Small-bowel obstruction after laparoscopic roux-en-y gastric bypass. *Arch Surg* 2007;142:988-93.
4. Podnos Y, Jimenez J, Wilson S et al. Complications after laparoscopic gastric bypass. *Arch Surg* 2003;138:957-61.
5. Andrés M, Péres M, Roldán J et al. Roux-en-y gastric bypass: major complications. *Abdom Imag* 2007;31:613-8.

Bækkenbundstræning til gravide og barslende kvinder – en gennemgang af et Cochrane-review

Overlæge Søren Brostrøm, fysioterapeut Ulla Due & professor Gunnar Lose

RESUME

Bækkenbundstræning er ofte det første led i forebyggelse og behandling af inkontinens hos gravide og barslende kvinder. Femten randomiserede studier med i alt 6.181 kvinder bidrog til dataanalysen. En metaanalyse af de sammenlagte data fra fem studier, i hvilke man havde tilbudt træning til gravide uden urininkontinens (UI), viste en halvering af risikoen for at udvikle UI senere i graviditeten eller efter fødslen. En metaanalyse af de sammenlagte data fra tre studier, i hvilke man havde vurderet effekten af træning til barselskvinder med UI, viste en 20% reduktion i risikoen for fortsat at have UI et år efter fødslen.

Fire ud af ti kvinder oplever urininkontinens (UI) i årene efter deres første fødsel. Hos mange indtræder spontan remission [1]. Inkontinenssymptomer i graviditets- og barselsperioden fordobler risikoen for blivende inkontinens [2], og graviditeten og barselsperioden kan således betragtes som en »stress-test« for udviklingen af senere sygdom.

Udviklingen af stress-UI, hvor de ufrivillige urinlækager er relateret til host, nys og anden fysisk

anstrengelse, efter graviditet og fødsel skyldes formentlig en skade eller svækkelse af urinrørets lukkeapparat, der består af ligamenter og andet bindevæv, samt af de muskelstrukturer (sphincter urethrae og levator ani), der stabiliserer og lukker urinrøret. Formentlig bidrager skade på de motoriske og sensoriske nervebaner, der forsyner de nedre urinveje og de omgivende muskler, også til patogenesen hos en del patienter.

Det største bidrag til disse skader synes at være den første vaginale fødsel i en kvindes liv. Komplikationer til fødslen som forløsning med tang/sugekop eller store bristninger øger risikoen, som også er større, jo ældre kvinden er ved sin første vaginale fødsel. Efterfølgende graviditeter og fødsler synes ikke at bidrage væsentligt til risikoen for inkontinens senere i livet. Planlagt kejsersnit medfører formentlig ikke den samme risiko for udvikling af inkontinens i barselsperioden. Det er fortsat uafklaret, i hvor stort omfang selve graviditeten bidrager til udviklingen af inkontinens senere i livet. Jo flere år der går efter den første fødsel, des mindre bidrager obstetriske faktorer til risikoen for at udvikle inkontinens.

EVIDENSBASERET MEDICIN

Herlev Hospital,
Gynækologisk-obstetrisk
Afdeling, og
Hvidovre Hospital,
Fysio- og Ergoterapeutisk
Afdeling