

både sarkom og malignt lymfom skal overvejes og udelukkes med biopsi. Vigtige differentialdiagnoser er: sarkoidose, hæmangiomer, arteriovenøse fistler og kronisk venøs insufficiens [3-5].

Det er velkendt, at Lyme-borreliose kan give hudsymptomer i form af erythema migrans. Desuden ses symptomer fra nervesystemet, hjertet og bevægeapparatet. Dermatologisk borreliose inddeles i tre stadier. Det primære stadium viser sig ved erythema migrans [3, 5]. Sekundær borreliose kan vise sig ved lymphocytoma cutis, en rød nodulus, ofte lokaliseret på en øreflip, en brystvorte, i ansigtet eller på scrotum. Hævelsen er velafgrænset, uømt og ofte selvlimiterende. Lyme-borreliose i tertiært stadium kan vise sig ved ACA. Det kliniske billede viser sig måneder til år efter den primære infektion. Symptomerne er en lokaliseret, men ikke skarpt afgrænset hævelse, blålig misfarvning og fortykkelse af huden. Ofte ses symptomerne på de distale dele af ekstremiteterne på ekstensorsiden. Huden vil med tiden blive atrofisk. Patienten kan opleve ændret sensibilitet og smerter i området. Desuden vil nogle opleve uspecifikke symptomer som træthed, vægttab, hovedpine og myalgier [3].

Diagnosen stilles ofte på kliniske symptomer og anamnese med flåtbid. Desuden kan serologiske prøver for *Borrelia*-antistoffer styrke mistanken. Forhøjede *Borrelia*-IgG-titre vil dog være til stede i årevis trods effektiv behandling. Guldstandard for diagnostik af dermatologiske borrelioser er påvisning af *B. burgdorferi* ved dyrkning/polymerasekædereaktionsanalyser fra biopsi.

Til behandling af ACA anbefales doxycyclin 100 mg × 2 i 14-21 dage [2, 3].

**KORRESPONDANCE:** Signe Rosenlund, Ortopædkirurgisk Afdeling, Køge Sygehus, Lykkebækvej 1, 4600 Køge. E-mail: signe.rosenlund@gmail.com

**ANTAGET:** 2. marts 2011

**FØRST PÅ NETTET:** 20. juni 2011

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen

En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.

#### LITTERATUR

1. Dessau RB, Bangsbo JM, Ejlersen T et al. Laboratoriediagnostik af infektion forårsaget af *Borrelia burgdorferi*. Ugeskr Læger 2006;168:2805-7.
2. Hengge UR, Tannapfel A, Tyring SK et al. Lyme borreliosis. Lancet Infect Dis 2003;3:489-500.
3. Müllegger RR, Glatz M. Skin manifestations of Lyme borreliosis. Am J Clin Dermatol 2008;9:355-68.
4. Kütting B, Bonsmann G, Metz D et al. *Borrelia burgdorferi*-associated primary cutaneous B-cell lymphoma. J Am Acad Dermatol 1997;36:311-4.
5. Wahle M, Baerwald CGO. Unusual differential diagnosis of a swollen toe. J Rheumatol 2004;31:617-9.

## Subfrenisk Meckels divertikel som differentialdiagnose til Chilaiditis syndrom

Charles Boy Kromann & Randi Beier Holgersen

Meckels divertikel er den hyppigste medfødte tarmmisdannelse og skyldes inkomplet obliteration af ductus omphalomesentericus [1]. Divertiklet er almindeligvis placeret i den anale del af ileum under 100 cm fra den ileocøcale overgang. Lidelsen ses hos 2-4% af befolkningen, men er dog sjældent symptomgivende [2].

I kasuistikker er perforation af Meckels divertikel beskrevet som forårsaget af blandt andet fremmedlegemer eller enterolitter [2]. Klinisk mistolkes perforation af Meckels divertikel ofte som perforeret ventrikel/duodenalulcera eller imitation af appendicitis [2] og subfrenisk absces [3].

#### SYGEHISTORIE

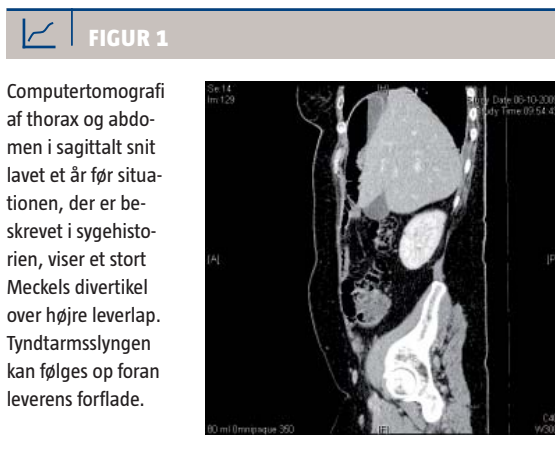
En 67-årig kvinde blev indlagt for cholecystitis acuta obs. Hun havde haft pludseligt indsættende smerter under højre kurvatur strålende om i ryggen. Ved ind-

læggelsen havde hun et spændt og opdrevent abdomen og voldsomme smerter, der forværredes ved bevægelse.

Et år tidligere havde patienten henvendt sig med et lignende, men mildere symptombillede og fik under denne indlæggelse foretaget computertomografi af abdomen (**Figur 1**). Her sås en tarmanomali tydeligt, og tyndtarmen kunne følges fra sin normale position i midtabdomen med et slankt tarmstykke op forbi leverens forflade til et stort divertikel under højre diafragmakuppel. Dengang blev divertiklet radiologisk tolket som tyktarm og dermed som udtryk for Chilaiditis syndrom, hvor colon er interponeret mellem diafragma og højre leverlap. Tilstanden findes hos op til 1% af en geriatrisk population. Symptomerne er abdominale smerter, distension og natligt opkast og indicerer ikke umiddelbart laparotomi [4]. Patientens smerter gik i sig selv, og videre

#### KASUISTIK

Kirurgisk Afdeling,  
Helsingør Hospital



opfølgning blev skønnet unødvendig, da hun i efterløbet var anfaldsfri.

I den aktuelle situation blev der på mistanke om perforeret ulcus foretaget oversigt over abdomen og røntgenoptagelse af thorax. Her fandt man pneumoperitoneum med rigelige mængder fri luft.

Der blev foretaget akut eksplorativ laparotomi med en øvre midtlinje-incision. Peroperativt fund var et knyttet stort Meckels divertikel med en slank stilk og en 3-5 mm stor perforation. Der blev foretaget en mindre tyndtarmsresektion med en *end to end*-anastomose.

Ved åbning af det resekerede divertikel blev der ikke fundet nogen umiddelbar årsag til perforationen, men væggen var tyndere end på normal tyndtarm. En mikroskopi viste, at divertiklet penetrerede tunica muscularis. Slimhinden var bevaret, men var affladet med svær akut inflammation. Der var intet malignt.

Det postoperative forløb var ukompliceret, og patienten kunne udskrives på femte postoperative dag.

## DISKUSSION

Præoperativ diagnostik af perforeret eller inflammert Meckels divertikel er svær, og tilstanden er klart hyppigst hos børn og yngre mennesker. Patientens relativt høje alder, størrelse og placering af divertiklet taget i betragtning er det her beskrevne tilfælde formentlig umådeligt sjældent. Subfrenisk Meckels divertikel er dog ikke fuldstændig ukendt. I en indisk kasuistik fra 2001 beskrives et perforeret Meckels divertikel, der havde samme placering og fremstod som en subfrenisk absces hos et 11 måneders gammelt barn [3].

Endvidere beskrev Webster i en kasuistik fra 1966 et stort subfrenisk, torkverret Meckels divertikel [5]. Disse er de eneste lignende tilfælde, vi har fundet i litteraturen.

I det beskrevne tilfælde synes perforationen at være forårsaget af hel eller delvis afklemning af divertiklet, hvilket ledte til inflammation i tarmvæggen, der over tid medførte et »svagt« område og perforation.

Chilaiditis syndrom forekommer noget sjældnere end Meckels divertikel [4]. En relevant differentialdiagnostisk fremgangsmåde kunne være at lave kontrastundersøgelse for at skelne mellem de to mulige patologier, således at et divertikel kan fjernes, hvis det er symptomatisk. På den anden side forekommer Chilaiditis syndrom nok stadig hyppigere end et Meckels divertikel, der er interponeret mellem lever og diafragma, hvilket sammenholdt med patientens anfaldsfrihed forklarer, at diagnostikken oprindeligt ikke fortsattes.

## KONKLUSION

Denne kasuistik kan hjælpe i differentialdiagnostisk øjemed i forbindelse med radiologiske fund af store levercyster, subfreniske abscesser eller besynderlige konfigurationer foran eller over leveren. Ved mistanke om Chilaiditis syndrom kan man for at skelne det fra et eventuelt Meckels divertikel udføre kontrastundersøgelse.

**KORRESPONDANCE:** Charles Boy Kromann, Kirurgisk Afdeling, Helsingør Hospital, 3000 Helsingør. E-mail: charles.kromann@gmail.com

**ANTAGET:** 10. marts 2011

**FØRST PÅ NETTET:** 27. juni 2011

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen

## LITTERATUR

1. Sagar J, Kumar V, Shah D. Meckel's diverticulum: a systematic review. *J Royal Soc Med* 2006;99:501-5.
2. Elsayes K, Menias C, Harvin H et al. Imaging manifestations of Meckel's diverticulum. *Am J Roentgenol* 2007;189:81-8.
3. Kundra R, Wardhan H. Perforated Meckel's diverticulum presenting as subphrenic abscess. *Ind J Pediatr* 2001;68:353-4.
4. Walsh S, Gruikshank J. Chilaiditi syndrome. *Age Ageing* 1977;6:51-7.
5. Webster JHH. Torsion of subphrenic Meckel's diverticulum. *Arch Surg* 1966;92:318-20.