

at foretrække. Hvis man anvender GnRHa, bør man supplere med *add-back*-behandling. Førstevalg i medicinsk endometriosebehandling bør være enten p-piller, systemisk gestagen eller gestagenspiral, mens GnRHa kan forbeholdes de patienter, hos hvem ovenstående behandling ikke giver tilfredsstillende effekt.

**KORRESPONDANCE:** Mikkel Seyer-Hansen, Gynækologisk Afdeling Y, Aarhus Universitetshospital, Skejby, Brendstrupgårdsvej, 8000 Aarhus C.  
E-mail: mseyer@dadlnet.dk

**ANTAGET:** 6. marts 2012

**FØRST PÅ NETTET:** 14. maj 2012

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen

#### LITTERATUR

1. Brown J, Pan A, Hart RJ. Gonadotrophin-releasing hormone analogues for pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(12):CD008475.
2. Zupi E, Marconi D, Sbracia M et al. Add-back therapy in the treatment of endometriosis-associated pain. *Fertil Steril* 2004;82:1303-8.
3. Bedaiwy M, Caspar R. Treatment with leuprolide acetat and hormonal add-back for up to 10 years in stage IV endometriosis patients with chronic pelvic pain. *Fertil Steril* 2006;86:220-2.
4. Vercellini P, Trespidi L, Colombo A et al. A gonadotropin-releasing hormone agonist versus a low-dose oral contraceptive for pelvic pain associated with endometriosis. *Fertil Steril* 1993;60:75-9.
5. Parazzini F, Di Cintio E, Chatenoud L et al. Estroprogestin vs. gonadotropin agonists plus estroprogestin in the treatment of endometriosis-related pelvic pain: a randomized trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000;88:11-4.
6. Lockhat FB, Emembolu JO, Konje JC. The efficacy, side-effects and continuation rates in women with systematic endometriosis undergoing treatment with an intra-uterine administered progestogen (levonorgestrel): a 3 year follow-up. *Hum Reprod* 2005;20:789-93.

## Analsmerter og tenesmi udløst af stort appendixmukocele

Mikkel Tøttrup<sup>1</sup>, Carsten Krogh Jørgensen<sup>3</sup> & Mona Rosenkilde<sup>2</sup>

Appendixmukocele er en sjælden tilstand, hvor appendix progressivt fyldes og dilateres med mucinøst indhold. Forandringen findes i under 1% af alle appendektomi præparater og er ofte asymptomatisk. Man kan inddele mukocelerne i tre forskellige typer: 1) det simple mukocele, hvor der er ophobning af mucin i en histologisk normal appendix, og hvor tilstanden skyldes obstrueret afløb til caecum, 2) et cystadenom i appendix, hvor man i den mucinfyldte appendix finder adenomatøst mucosa, og 3) cystadenokarcinom, hvor der kan påvises adenokarcinom [1]. Mukocellet diagnosticeres ofte tilfældigt, og fund ved computertomografi (CT) mistolkes ofte, idet sammenhængen med caecum kan være vanskelig at påvise. Vi beskriver et tilfælde, hvor et kæmpemukocele blev opdaget ved rektaleksploration, og hvor præoperativ diagnostik havde været inkonklusiv.

#### SYGEHISTORIE

En tidligere rask 60-årig mand søgte læge pga. nedre abdominale smerter, tenesmi ved endetarmen og nyopstået hæmorideproblematik. Egen læge palperede ved rektaleksploration en glat udfyldning i det lille bækken og udførte herefter rektoskopi, der viste normale forhold. Patienten blev henvist til ambulant vurdering på en kirurgisk afdeling, hvor palpationsfundet blev bekræftet. Der blev fundet normale forhold

ved koloskopi. Herefter blev der foretaget CT og efterfølgende også magnetisk resonans-skanning, hvor der blev påvist en 13 × 5,5 × 5 cm stor, velafgrænset, cystisk forandring beliggende i højre side af bækkenet (Figur 1). Udgangspunktet for processen kunne ikke identificeres. Der var ingen tegn til invasiv vækst. Ved laparotomi fandt man et stort appendixmukocele adhärent ned i fossa rectovesicale. Mukocellet blev fjer-

#### KASUISTIK

- 1) Kirurgisk Afdeling P, Aarhus Universitetshospital, Tage-Hansens Gade
- 2) Billeddiagnostisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, Tage-Hansens Gade
- 3) Lægehuset GI. Stilling

FIGUR 1

Computertomografibillede af bækkenet med velafgrænset cystisk proces med kalk i væggen og randopladning.



net in toto, og basis af appendix blev delt med gastro-intestinal anastomose-stapler. Patologien var mucinøst cystadenom med fri resektionsrand.

### DISKUSSION

Symptomerne ved appendixmukoceler er meget varierende og uspecifikke, og tilstanden opdages ofte tilfældigt [1]. Som illustreret i denne sygehistorie er det ofte ikke muligt at stille diagnosen præoperativt [1], selvom der er fundet karakteristiske forandringer ved CT [2]. Det karakteristiske fund er en cystisk forandring, hvor der kan være vægforkalkninger. Associationen til caecum kan ikke altid påvises. Det er væsentligt, at diagnosen stilles, og at mukocellet fjernes, idet lidelsen kan være malign. Desuden kan spontan ruptur føre til pseudomyxoma peritonei, der er en potentielt dødelig tilstand [3]. Ved operativ fjernelse af mukoceler er det vigtigt, at der ikke opstår perforation, da en sådan kan være årsag til senere pseudomyxomdannelse [4]. Af denne grund anbefales også åben appendektomi, når tilstanden er erkendt [5]. Man må fraråde finnålsaspiration, hvis der er mistanke om mukocelle, og denne sygehistorie viser, at

man i tilfælde med cystiske intraabdominale processer bør være tilbageholdende med at nålebioptere. Hos kvinder og børn vil der være flere differentialdiagnoser (ovariecyster og kongenitte misdannelser), hvor finnålsaspiration i visse tilfælde udføres. Vi anbefaler derfor, at man hos disse patientgrupper undlader aspiration, hvis en cystisk proces kan have relation til caecum, eller hvis der er forkalkninger i væggen. Sygehistorien viser også, at vigtig patologi kan afsløres i almen praksis ved simpel rektaleksploration.

**KORRESPONDANCE:** Mikkel Tøttrup, Kirurgisk Afdeling P, Aarhus Universitetshospital, Tage-Hansens Gade 2, 8000 Aarhus C. E-mail: mikkel\_tottrup@hotmail.com

**ANTAGET:** 4. januar 2012

**FØRST PÅ NETTET:** 27. februar 2012

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen

### LITTERATUR

1. Stocchi I, Wolff BG, Larson DR et al. Surgical treatment of appendiceal mucocele. *Arch Surg* 2003;138:585-9.
2. Zissin R, Gayer G, Kots E et al. Imaging of mucocoele of the appendix with emphasis on the CT findings: a report of 10 cases. *Clin Radiol* 1999;54:826-32.
3. Hinson FL, Ambrose NS. Pseudomyxoma peritonei. *Br J Surg* 1998;85:1332-9.
4. Francica G, Lapicciarella G, Giardiello C et al. Giant mucocele of the appendix: clinical and imaging findings in 3 cases. *J Ultrasound Med* 2006;25:643-8.
5. Gonzalez MS, Shmookler BM, Sugarbaker PH. Appendiceal mucocele. Contraindication to laparoscopic appendectomy. *Surg Endosc* 1998;12:1177-9.

## Plastisk bronkitis hos en tiårig dreng med Fontan-kredsløb

Bo L. K. Chawes<sup>1</sup>, Tim Jensen<sup>2</sup>, Rúna Olsen<sup>3</sup>, Fródí Joensen<sup>3</sup>, Kim G. Nielsen<sup>1</sup> & Frederik Buchvald<sup>1</sup>

### KASUISTIK

1) Dansk BørneLunge-Center, BørneUngeKlinikken, Juliane Marie Centret, Rigshospitalet  
2) Børnekardiologisk Center, BørneUngeKlinikken, Juliane Marie Centret, Rigshospitalet  
3) Børneafdelingen, Landsygehuset, Tórshavn

Plastisk bronkitis er en sjælden tilstand, der er karakteriseret ved ekspektorering af ekstensive pastøse trakeobronkiale afstøbninger, som i varierende grad obstruerer luftvejene [1].

Initialt er plastisk bronkitis beskrevet hos patienter med luftvejslidelser såsom cystisk fibrose og astma, men i de seneste år er der rapporteret om et tiltagende antal tilfælde hos børn med funktionelt univentrikulære hjerter [2].

I denne kasuistik beskrives det første danske tilfælde af plastisk bronkitis hos en tiårig dreng med medfødt hjertesygdom og Fontan-kredsløb.

### SYGEHISTORIE

Drengen blev diagnosticeret neonatalt med strukturel hjertesygdom af typen tricuspidalatresi og hypoplastisk højre ventrikel, som led i kongenit korrigeret

transpositio vasorum. Han blev neonatalt pallieret med Blalock-Taussig-shunt, fik foretaget Glenns operation, da han var fem måneder gammel, og som tre-årig fik han foretaget en total cavopulmonal connexion (TCPC) med etablering af Fontan-kredsløb. Den afsluttende operation blev kompliceret af recidiverende højresidig chylothorax, der blev dræneret i syv uger og derpå remitterede uden senere recidiv.

Syv år postoperativt blev drengen indlagt på et lokalsygehus med catarrhalia, feber, dyspnø, hoste og en ilt saturation på 80%. Paraklinisk: C-reaktivt protein < 1 mg/l, leukocytal  $3,3 \times 10^9/l$  (referenceområde:  $5-13 \times 10^9/l$ ). En røntgenundersøgelse af thorax viste øget tæthed basalt bilateralt og normal hjertestørrelse. Han blev behandlet i ti dage med erythromycin og ilttilskud og var indlagt i en uge, hvorefter han begyndte at ophoste store formede afstøb-