

Obturatorhernie af Richter-type, en diagnostisk udfordring

Reservelæge Sharafaden Karim Mohammad

Slagelse Sygehus, Parenkymkirurgisk Afdeling

Hernie i foramen obturatum er en sjælden hernietype, som kun udgør 0,07-1,4% af alle abdominale hernier og 0,2-5,8% af årsagerne til tyndtarmsileus [1]. På grund af de uspecifikke symptomer stilles diagnosen ofte sent og kun ved laparotomi på indikation af ileus. Man bør være opmærksom på tilstanden hos ældre, slanke kvinder, som ikke tidligere er abdominalt opereret, og som har ileussyntomer [2]. I nedenstående sygehistorie berettes om en patient med obturatorhernie af Richter-typen, hvor diagnosen var svær at stille.

Sygehistorie

En 88-årig kvinde med smerter i højre lyske blev af sin praktiserende læge henvist til en ortopædkirurg. Hun var blevet opereret i højre hofte 14 år tidligere og fik protese, som fungerede uden problemer. Kvinden var slank, havde født flere børn, og var aldrig tidligere blevet opereret i abdomen. Smerterne blev fortolket som muskelsmerter, og hun blev sendt hjem med rådgivning og smertestillende medicin.

På mistanke om gastroenteritis på grund af multiple opkastninger og vandtynde afføringer blev hun en uge senere indlagt på en internmedicinsk afdeling til rehydrering. Ved indlæggelsen var kvinden dehydreret, alment dårlig og træt. Hendes abdomen var blødt, lidt ømt og ikke særligt meteoristisk. Ingen ingvinal- eller femoralhernier blev fundet. Patienten var afebril, og ved biokemiske prøver og måling af hæmoglobin blev der fundet normale forhold. Bortset fra smerter i højre lyske havde hun typiske gastroenteritis-symptomer.

To dage senere blev patientens tilstand forværret med fortsatte opkastninger og diareer flere gange daglig. Abdomen blev mere og mere meteoristisk og ømt med metalliske tarmlyde ved auskultation. På mistanke om ileus, blev der foretaget en røntgenundersøgelse af abdomen efterfulgt af en tyndtarmspassage. Diagnosen blev bekræftet, idet man fandt tyndtarmsdilatation. Niveaue af obstruktion kunne ikke ses ved passagen. Patienten blev akut eksplorativt laparotomeret.

Ved en peroperativ gennemgang af tyndtarmen blev der fundet et inkarcereret obturatorhernie på højre side ved den terminale ileum. Det drejede sig om et Richters hernie (hvor kun halvdelen af tarmvæggen var indeklemmet). Tarmen var vital og uden serosariffer. Defekten i membrana obturatoria var ca. 10 mm i diameter. Defekten blev lukket retroperitonalt

med enkelte prolene 2-0-suturer. Patienten havde et ukompliceret postoperativt forløb og blev udskrevet en uge senere.

Diskussion

Foramen obturatum er en anatomisk struktur dannet af ossis pubis og ossis ischii og dækket af musculus obturatorius internus og fascia obturatoria (som tilsammen danner membrana obturatoria). Nervus obturatorius, vena obturatoria og arteria obturatoria passerer via den naturlige åbning i membranen, betegnet som canalis obturatorius.

Obturatorhernie forekommer sjældent, idet musculus obturatorius internus og fascia obturatoria normalt er stærke nok til at tåle det intraabdominale tryk. Tilstanden skyldes en defekt i membrana obturatoria, især hos ældre, slanke mennesker [3]. Obturatorhernie forekommer hyppigere hos kvinder end hos mænd, idet kvinder har et videre bækken end mænd og foramen obturatum er mere trekantet i formen end hos mænd. Hos ældre kvinder fører vægttab til, at præperitonealt fedt, som ligger over canalis obturatorius, bliver mindre.

Den kliniske diagnose er vanskelig at stille, og man må være opmærksom på diagnosen hos en ikke abdominalt opereret, ældre patient med ileussyntomer, når der intet hernie kan findes eksternt. Smerter i nervus obturatorius' innervationsområde (Howship-Rombergs test) beskrives som patognomonisk. Smerterne forværres ved ekstension og abduktion eller indadrotation af låret [3]. Computertomografi (CT) kan være afgørende, når diagnosen skal stilles, men er ikke altid specifik. Ved skanning kan man påvise inkarcereret tyndtarm bagved musculus pectineus. I en undersøgelse var CT'en positiv hos 11 ud af 14 patienter med obturatorhernie [4].

Alternativt, og hvis diagnosen alligevel ikke kan stilles ved skanning, bør der foretages laparoskopisk. Så snart herniet er diagnosticeret, kan det behandles laparoskopisk med anlæggelse af net [5].

Denne sygehistorie viser, at man bør overveje sandsynligheden for obturatorhernie hos patienter med uspecifikke subileussyntomer, især hos ældre, slanke kvinder. Delvis obstruktion af tyndtarmen (Richter-hernie) gjorde diagnosen vanskelig at stille, idet symptomerne lignede gastroenteritis. Denne patient havde udviklet obstruktion langsomt og havde hele tiden luft- og fæcesafgang. Total obstruktion ville give mere akutte symptomer på et tidligere tidspunkt i forløbet.

Korrespondance: Sharafaden Karim Mohammad, Slagelse Sygehus, Parenkymkirurgisk Afdeling, DK-4200 Slagelse. E-mail: sharaf73@hotmail.com

Antaget: 9. november 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

Tak til 1. reservelæge *William Lütken*, Parenkymkirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus, for vejledning.

Litteratur

- Lo CY, Lorentz TG, Lau PW. Obturator hernia presenting with small bowel obstruction. *Am J Surg* 1994;167:396-8.
- Shapiro K, Patel S, Choy C et al. Totally extra peritoneal repair of obturator hernia. *Surg Endoscop* 2004;18:954.
- Bjork KJ, Mucha P Jr, Cahill DR. Obturator hernia. *Surg Gynecol Obstet* 1988; 167:217-22.
- Yokoyama Y, Yamaguchi A, Isogai M. Thirty-six cases of obturator hernia: does computed tomography contribute to postoperative outcome? *World J Surg* 1999;23:214-6.
- Haith LR Jr, Simeone MR, Reilly KJ et al. Obturator hernia: laparoscopic diagnosis and repair. *JSL* 1998;2:191-3.

Behandling af postiktal (emergens) delirium i forbindelse med elektrokonvulsiv terapi

Reservelæge Kasper Lenni Andersen & overlæge Poul Videbech

Kognitive og undertiden motoriske aspekter af delirium opleves postiktalt af mange patienter efter elektrokonvulsiv terapi (ECT). Symptomerne ses i opvågningsfasen, er oftest selvlimiterende og af 10-20 minutters varighed [1]. Imidlertid ses der hos 10% af patienterne en tilstand karakteriseret ved rastløs agitation, desorientering, påvirket bevidsthed, repetitive stereotype bevægelser, nedsat forståelseevne, mangelfuld respons på kommandoer samt amnesi [2]. Tilstanden, der benævnes »emergens delirium«, er oftest korterevarende, men kan undertiden vare timer [1]. Den har mange karakteristika til fælles med komplekse partielle (psikomotoriske) epileptiske anfald og med nonkonvulsiv generaliseret status epilepticus.

Sygehistorie

En 50-årig kvinde, der tidligere var blevet behandlet med ECT for depression, blev indlagt med svære depressive symptomer, herunder ønsket om at dø, selvforringende tanker og urealistiske og depressivt farvede forestillinger vedrørende sin egen situation. Endvidere var hun fortvivlet og uden håb for fremtiden. Ved indlæggelsen var der desuden dårlig formel kontakt, ligesom kvinden fandtes at være grådlabil, i en agiteret tilstand og svært forpint.

Somatisk havde kvinden et år forud for indlæggelsen haft en cerebral emboli, formentlig med udgangspunkt i atrieflimren, og deraf følgende mediainfarkt.

Der påbegyndtes ECT-behandling, initialt i form af blokbehandling i tre på hinanden følgende dage, hvorefter kvinden fulgte vanligt regimen med tre behandlinger ugentlig. ECT-apparatet var af typen Thymatron DG (*bipolar brief pulse square wave*).

Der blev givet i alt 18 behandlinger, i hvilke der klinisk fandtes en gennemsnitlig krampetid på 36,8 sekunder. Elektroencefalografi-verificeret fandtes en gennemsnitlig krampe-

tid på 48,9 sekunder. Den gennemsnitlige ladning var 163,8 m Coulombs (151,2-176,4). Ved de tre første behandlinger (en bloc) var elektrodeplaceringen bilateral, herefter unilateral ad modum d'Elia. Anæstesen indledtes med atropin, tiomebumal og indgift af succinylcholin. Patienten blev herefter hyperventileret med 100% ilt på maske.

Den medicinske behandling bestod i venlafaxin 225 mg×1, ziprasidon (påbegyndt ved indlæggelsen) initialt 40 mg×2, senere 80 mg×2, oxazepam efter behov dog højst 15 mg×3 (der seponeredes aftenen før hver behandling) samt ramipril 10 mg×1, warfarin 7,5-10 mg afhængig af *international normalized ratio*-niveau og metoprolol 50 mg×1.

Efter femte behandling sås der god effekt på de depressive symptomer. Kvinden var dog meget konfus i efterforløbet af hver enkelt behandling, undertiden i op til 4-5 timer. Desuden var hun præget af varierende grader af agitation og desorientering, ligesom hendes evne til at forstå enkle beskeder var svært læderet. Hun var desuden upassende fjoget og grinende samt stærkt hukommelsespåvirket.

På mistanke om emergens delirium blev kvinden behandlet med stesolid 5 mg intravenøst (i.v.) i opvågningsfasen, hvorefter hun i efterforløbet af den enkelte ECT-behandling fremtrådte nær sin habitualltilstand, hvad angår de ovenfor beskrevne karakteristika. På grund af en misforståelse blev der en enkelt gang ikke givet stesolid i opvågningsfasen, hvorefter kvinden på ny blev konfus og hukommelsespåvirket. Ved påbegyndelse af stesolidbehandlingen ændredes ECT-serien til to ugentlige behandlinger.

Diskussion

Emergens delirium er en prolongeret delirøs tilstand, hvor årsagsforholdene, herunder hvilke patienter der rammes af tilstanden, hidtil er uafklarede. Faktorer som alder, præ-ECT-agitation, antallet af ECT-behandlinger i en serie, barbiturat- eller succinylcholinindosis eller krampetid spiller næppe nogen rolle [3]. Det prolongerede delirium ses dog hyppigere hos patienter med patologiske forandringer i hjernen, herunder