

Kongenit transmesenterielt hernie med inkarceration hos en femårig dreng

Sophie Bjørnstrup Kristiansen¹, Pia Hedegaard Johnsen² & Thorbjørn Sommer²

KASUISTIK

1) Anæstesiologisk Afdeling, Regionshospitalet Randers

2) Organkirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Randers

Ugeskr Læger

2014;176:V08140444

Blindtarmsbetændelse er en hyppig årsag til akut opståede mavesmerter hos børn. Diagnosen er klinisk, og i tvivlstilfælde udføres der diagnostisk laparoskopisk. Kongenit internt hernie med tarmobstruktion er en yderst sjælden årsag til akut abdomen hos børn og skyldes som regel medfødte defekter i mesenteriet, hvori et tarmsegment hernierer [1].

SYGEHISTORIE

En femårig tidligere rask dreng blev indlagt via egen læge med mistanke om akut blindtarmsbetændelse. Forældrene berettede, at han 18 timer forinden pludselig havde klaget over mavesmerter, senere fik han feber og kastede op. Ved modtagelsen var drengen vågen og relevant orienteret, men påvirket af mavesmerter, kvalme og klinisk dehydrering. Der var ikke tegn på nakke-ryg-stivhed. Respirationsfrekvensen var 36 åndedrag/min med stødende vejrtrækning, og den perifere iltmætning var 98% uden ilttilskud. Blodtrykket var 135/96 mmHg, der var sinustakykardi med en frekvens på 155 slag/min, og temperaturen målt rektalt var 38,8 °C. Der blev ikke fundet noget unormalt ved stetoskopi af hjerte og lunger.

Der var normale tarmlyde, men abdomen var spændt, og der var kraftig smertereaktion ved palpation omkring umbilicus og over højre fossa. På klinisk

mistanke om perforeret appendicitis blev der udført diagnostisk laparoskopi. Ved indblik i abdomen fandt man mørkfarvet tarm, hvorfor der blev konverteret til åben kirurgi (**Figur 1**). Man lokaliserede et transmesenterielt internt hernie fra Treves fold til ileummesenteriet, hvor 30 cm af tyndtarmen med karforsyning var inkarcereret. Der blev foretaget tyndtarmsresektion med primær anastomose. Efter operationen var der spontan påvirket international normaliseret ratio på 1,5, og faktor II, VI, X (protrombintid) var nedsat til 0,45 (0,70-1,30). Niveaue af C-reaktivt protein var 75 mg/l og leukocytaltallet $7,5 \times 10^9/l$. Hæmoglobinniveaue var 4,6 mmol/l, hvilket var tegn på, at patienten var svært syg. Det postoperative forløb var ukompliceret og efter tre dages intravenøs antibiotisk behandling med cefuroxim og metronidazol blev han udskrevet til hjemmet i habituel tilstand.

DISKUSSION

Et internt hernie defineres som en protrusion af tarm igennem en normal eller abnorm peritoneal/mesenterial åbning intraabdominalt. Orificiet kan være enten erhvervet som en postkirurgisk, traumatisk eller postinflammatorisk defekt eller kongenit og inkludere både normale åbninger som foramen Winslowii og abnorme åbninger, der stammer fra anomalier i embryonal intern rotation og peritoneal tilhæftning [1]. Hos patienten i sygehistorien drejede det sig om et transmesenterielt hernie, der udgør 8% af alle interne hernier. Det forekommer hyppigst medfødt hos børn, mens det hos voksne oftest ses iatrogenet erhvervet efter f.eks. anlæggelse af Roux-en-Y-anastomose. Den type hernie er associeret med den højeste risiko for inkarceration [2].

Symptomerne på internt hernie spænder bredt mellem svage og intermitterende smerter og obstipation, over tegn på akut intestinal obstruktion med koliksmarter, opkastninger og opdrejet abdomen til tegn på strangulation af tarmene med peritoneal reaktion og sepsis. Til sammenligning er de klassiske symptomer på akut appendicitis kvalme og periumbilikal abdominal smerte, der migrerer til den højre nedre kvadrant (McBurneys punkt). Hos børn under femårsalderen er appendicitisdiagnosen en udfor-

FIGUR 1

Nekrotisk tyndtarm før tarmresektion.



dring, fordi symptomerne blot kan være irritabilitet, nedsat kontakt og diarré forud for abdominale smerter [3].

Hvis der ønskes radiologisk diagnostik af et internt hernie, er CT med oral kontrast den bedste måde at stille diagnosen på, men sensitiviteten er ofte lav pga. varierende lokalisation af herniet og fravær af fortykket broksæk [4].

Akut tarmobstruktion hos børn sekundært til en medfødt defekt i tyndtarmens mesenterium er meget sjældent, men hvis der sker inkarceration følger tarmiskæmi prompte.

Vi ønsker med denne sygehistorie at minde om internt hernie, evt. med inkarceration, som vigtig differentialdiagnose ved tilstande med abdominale smerter og peritoneal reaktion. Samtidig vil vi fremhæve fordelene ved akut diagnostisk laparoskopi frem for afventende holdning og evt. antibiotisk behandling ved mistanke om appendicitis, da et internt hernie kan være forbundet med en mortalitet så høj som 50% ved udvikling af inkarceration trods operation [2, 5].

SUMMARY

Sophie Bjørnstrup Kristiansen, Pia Hedegaard Johnsen & Thorbjørn Sommer:

Congenital trans-mesenteric hernia with incarceration in a five-year-old boy

Ugeskr Læger 2014;176:V08140444

This is a case report of a five-year-old boy, presenting with abdominal pain and signs of gastrointestinal emergency imitating appendicitis. Diagnostic laparoscopy revealed an incarcerated internal hernia involving 50 cm of ischaemic small bowel. Bowel resection and primary anastomosis was performed. The post-operative outcome was uneventful. We wish to shed light on a seldom but important differential diagnosis to appendicitis in children, and raise attention to internal hernias in patients presenting with acute abdomen, whether it is due to congenital defects or a post-operative complication.

KORRESPONDANCE: Pia Hedegaard Johnsen, Organkirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Randers, Skovlyvej 1, 8930 Randers. E-mail: pjaohns@rm.dk

ANTAGET DATO: 1. oktober 2014

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 8. december 2014

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Salar O, El-Sharkawy AM, Singh R et al. Internal hernias: a brief review. *Hernia* 2013;17:373-7.
2. Meyers MA. *Dynamic radiology of the abdomen: normal and pathologic anatomy*. 4th ed. New York: Springer-Verlag, 1994.
3. Shah S. An update on common gastrointestinal emergencies. *Emerg Med Clin N Am* 2013;31:775-93.
4. Mahdi B, Hansen LU, Zimmermann-Nielsen E. Diagnostik af et internt hernie ved computerdiagnostik. *Ugeskr Læger* 2009;171:34-5.
5. Martin LC, Merkle EM, Thompson WM. Review of internal hernias: radiographic and clinical findings. *Am J Roentgenol* 2006;186:703-17.