

Vena cava agenesi kan vise sig som inkarcereret lyskebrok

Kristina Safir-Hansen & Michael Patrick Achiam

KASUISTIK

Parenkymkirurgisk
Afdeling, Køge Sygehus

Ugeskr Læger
2014;176:V10120612

Vena cava agenesi (VCA) er sjælden med en incidens på 0,6-0,8% [1] og skyldes medfødte misdannelser under embryogenesen. Vena cava anlægges af tre parrede embryotiske vener i uge 6-8 i føtallivet [2]. Udviklingsanomalier opstår typisk i denne periode og kan vise sig med symptomer i form af emboli, dyb venøs trombose (DVT) [1] eller aneurisme [3], men asymptomatisk VCA er hyppigst.

I tilfælde af sjældne sygdomme og udviklingsanomalier kan der naturligt forekomme fejlagnostik, specielt hvis optageområderne, som i Danmark, er begrænsede, og diversiteten af sygdomme derfor er mindre. Ukorrekte diagnoser kan medføre forsinkelser eller ukorrekt behandling af patienten og må derfor søges undgået ved et tæt samarbejde mellem kliniske og parakliniske afdelinger samt en kritisk selvstændig vurdering af alle patientcases.

I denne sygehistorie gengives et differentialdiagnostisk problem, hvor VCA primært radiologisk blev tolket som stranguleret lyskebrok [4].

SYGEHISTORIE

En 45-årig svensk mand blev indlagt på en kirurgisk afdeling på mistanke om inkarcereret højresidigt inguinalhernie. Han havde pludselig fået svære konstante smerter i højre lyske, men havde haft normal afføring samme dag og ingen kvalme eller opkastninger. Han havde siden spædbarnsalderen haft en dilateret vene subkutant på højre side af abdomen.

Objektivt fandt man fra højre lyske en stor subkutan udfyldning, der strakte sig 10 cm lateralt og kranialt og gav ømhed ved palpation (Figur 1). En biokemisk undersøgelse viste en normal laktatkoncentration og forhøjet D-dimerkoncentration på 0,45 mg/l, men ellers normale forhold. Patienten fik foretaget akut computertomografi (CT) af abdomen, hvor man beskrev dilateret vene i højre fossa og mistanke om trombe i venen eller inkarcereret lyskebrok. Undersøgelsen blev primært tolket radiologisk som et lyskebrok på 5 × 3 cm, og der var mistanke om strangulation (Figur 1). Kirurgisk blev det efterfølgende vurderet, at der ikke var sammenhæng mellem anamnesen, de objektive fund og tolkningen af CT'en. Karkirurgerne vurderede efter konference, at patienten havde VCA infrarenalt og ikke hernie. Patienten

fik foretaget en ultralydskanning, som viste DVT i et aneurisme i højre lyske, hvilket også efterfølgende kunne ses på CT. Patienten blev sat i relevant anti-koagulansbehandling. Trods dette fik han et døgn senere trykken i brystet ved dyb inspiration, men uden dyspnø. En elektrokardiografi gav mistanke om lateralt inferiort infarkt, og troponinkoncentrationen steg fra 2,83 til 5,50 mikrogram/l. D-dimerkoncentrationen faldt til 0,17 mg/l. Mistanke om akut myokardieinfarkt og lungeemboli udløste en spiral-CT, ekkokardiografi og koronarangiografi, som viste normale forhold. Ifølge den kardiologiske bagvagt var der tale om ST-segmentelevationsmyokardieinfarkt på baggrund af paradoks emboli fra DVT i lysken. Ved udskrivelsen blev der anbefalet opfølgende transøsofageal ekkokardiografi på grund af mistanke om persisterende foramen ovale eller speciel venøs anatomi. Patienten rejste imidlertid til Sverige, og yderligere information om det videre forløb foreligger ikke.

FIGUR 1

Koronalt snit; pilene viser aneurisme i højre lyske og dilaterede vener langs abdomens højre side.



DISKUSSION

I sygehistorien blev VCA tolket radiologisk som inkarcereret lyskebrok, hvilket kunne have medført alvorlige konsekvenser, såfremt patienten var blevet opereret ukritisk.

Det er tidligere påvist, at den radiologiske vurdering og beskrivelse af undersøgelser er afhængig af det faglige niveau hos den pågældende radiolog. Dette gør risiko for fejldiagnostik variabelt afhængig af den vagthavende radiologs kompetencer [5], men korrekt diagnostik forudsætter dog oftest en god henvisning.

I denne sygehistorie havde patienten et aneurisme i lyskeområdet, hvilket er en risikofaktor ved medfødt VCA. Aneurisme forårsaget af VCA medfører endvidere risiko for DVT, hvilket også skete for patienten [3]. I henvisningen til radiologen beskrives dilateret vene i højre fossa og mistanke om trombe i vene eller inkarcereret lyskebrok som tentative diagnoser. Dette illustrerer vigtigheden af samarbejde mellem specialerne og understreger nødvendigheden af en udtømmende anamnese, en grundig objektiv undersøgelse og en klinisk relevant henvisning. Endvidere viser sygehistorien, at en kritisk tilgang til objektive fund, det kliniske billede og parakliniske undersøgelser er nødvendige hver gang. Dermed forebygges forhåbentlig unødigt behandling, som i bedste fald kan være forsinkende, men i værste fald medføre alvorlige komplikationer.

SUMMARY

Kristina Safir-Hansen & Michael Patrick Achiam:

Vena cava agenesis presented as incarcerated groin hernia
Ugeskr Læger 2014;176:V10120612

The case describes a 45-year-old man with a rare finding of vena cava agenesis presented as incarcerated groin hernia. From childhood the patient had developed dilatation of subcutaneous veins with establishment of aneurismal dilatation in the lower right side of the abdomen and groin. The patient was submitted with severe abdominal pain in the lower right side. The case describes the difficulties of an initially incorrect radiological diagnosis of incarcerated groin hernia and the discrepancy of the clinical findings. The case stresses the importance of a thorough evaluation of each patient.

KORRESPONDANCE: Kristina Safir-Hansen, Kirurgisk Afdeling, Køge Sygehus, Lykkebækvej 1, 4600 Køge. E-mail: ksaf@regionsjaelland.dk

ANTAGET: 10. januar 2013

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 24. juni 2013

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

LITTERATUR

1. Pop S, Opincaru I. Anomalies of the inferior vena cava in patients with deep venous thrombosis. *Med Ultrason* 2012;14:53-9.
2. Bass JE, Redwine MD, Kramer LA et al. Spectrum of congenital anomalies of the inferior vena cava: cross sectional imaging findings. *Radiographics* 2000;20:639-52.

3. Mookadam F, Rowley VB, Emani UR et al. Aneurysmal dilatation of the inferior vena cava. *Echocardiography* 2011;28:833-42.
4. Álvarez JA, Baldonado RF, Bear IG et al. Incarcerated groin hernias in adults: presentation and outcome. *Springer Hernia* 2004;8:121-6.
5. Bechtold R, Chen M, Ott D et al. Interpretation of abdominal CT: analysis of errors and their causes. *J Comput Assist Tomogr* 1997;21:681-5.