

Jejunal divertikulitis som årsag til akut abdomen

Ivan Arsic¹, Pedja Cuk², Michael Festersen Nielsen² & Enas Basim Abd Al Karim¹

KASUISTIK

1) Radiologisk Afdeling,
Viborg Regionshospital
2) Kirurgisk Afdeling,
Viborg Regionshospital

Ugeskr Læger
2014;176:V02130111

Jejunum- og ileumdivertikler (eksklusive Meckels divertikel) er de sjældnest forekommende divertikler i gastrointestinalkanalen. Incidensen for jejunale divertikler er 0,02-1%. Man skelner mellem »sande« divertikler, der indeholder alle tarmens lag, og »falske« divertikler, der ikke indeholder tarmens muscularis mucosa og adventitia [1]. Jejunoileale divertikler er asymptomatiske i ca. 80% af tilfældene. I de fleste tilfælde kan jejunale divertikler give anledning til andre gastrointestinale symptomer som f.eks. flatulens, dyspepsi, epigastriske smerter og postprandialt ubehag. De kliniske symptomer ved jejunal divertikulitis kan ligne symptomerne ved akut appendicitis, akut kolecystitis, perforeret ulcus eller diverticulitis coli.

Perforation af jejunumdivertikler er en sjælden komplikation med uspecifikke og uforklarlige centrale mavesmerter, hvilket kan gøre det differentialdiagnostisk vanskeligt ved akut abdomen [2].

Kompliceret divertikulitis kan være svær at diagnosticere. Forsinket initiering af behandling kan have alvorlige konsekvenser. Sygdommen bør altid have i mente differentialdiagnostisk ved uforklaret akut abdomen, specielt hos ældre patienter [3].

Behandlingen af perforeret divertikulitis uden peritonitis er antibiotisk. Ved sværere tilfælde og peritonealia er eksplorativ laparotomi med tyndtarmsresektion og primær anastomose oftest nødvendig, især ved multipel divertikelsygdom [4].

SYGHEHISTORIER

I. En 48-årig kvinde blev indlagt med ti timer varende

venstresidige abdominalsmerter. Abdomen var fladt og blødt overalt, fraset i venstre fossa, hvor hun var udtalt palpationsøsm og diskret lokal peritoneal. Hun var febril med en temperatur på 38,5 °C og et niveau af C-reaktivt protein (CRP) på 176 mg/l. En CT viste en 5 × 4 cm stor afrundet, tykvægget kavitet, der var beliggende i krøset i venstre fossa og indeholdt lidt væske samt grumset udseende tykt materiale, luft og perimesenteriel fedtvævsinflammation. Tilstanden lignede mest tyndtarmsdivertikulitis (Figur 1).

En UL-skanning viste et betydeligt inflammeret og ødematøst tyndtarmssegment med peristaltik og luft i lumen i venstre fossa. Kranielt for dette tyndtarmssegment sås en luftholdig forandring og en ganske tynd forbindelse med luft mellem tyndtarmssegmentet og den påviste ansamling samt ødem i tarmvæggen. Forandringen blev diagnosticeret som et tyndtarmsdivertikel med inflammation. Patienten blev med god effekt behandlet konservativt med antibiotika og udskrevet i velbefindende.

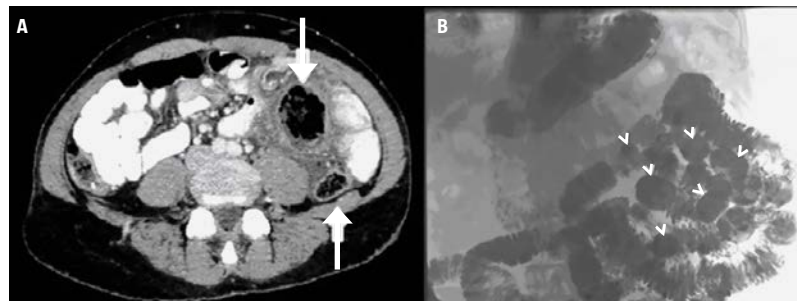
II. En 67-årig mand havde gennem et år haft tendens til mavesmerter ved fødeindtagelse samt uregelmæssig afføring og tre tilfælde af frisk blødning per rectum. Ved sidste tilfælde blev han indlagt akut og koleskoperet uden tegn på patologi bortset fra udpræget divertikulose i colon sigmoideum. Efter to måneder blev han indlagt igen med diffuse mavesmerter, opkastninger og dårlig appetit. Han var febril med en temperatur på 38,5 °C og havde forhøjede infektionstal: CRP-niveau 251 mg/l og leukocytniveau $20,6 \times 10^9/l$. En CT viste svær vægfortykkelse i jejunum med perimesenteriel fedtvævsinflammation, som gav mistanke om jejunal divertikulitis. En undersøgelse af tyndtarmspassage (TTP) viste multiple divertikler i jejunum, hvor den største målte 3 cm i diameter. Den iværksatte konservative behandling med antibiotika havde god effekt, og patienten blev udskrevet.

DISKUSSION

De ovennævnte patienter med jejunal divertikulitis blev begge diagnosticeret med CT, UL og TTP. Med abdominal CT med dobbelt oral og intravenøs kontrast kan man stille diagnosen jejunal divertikulitis baseret på følgende kendetegn: koncentrerede bobler af ekstraluminal luft i nærheden af tarmvæggen, asymmetrisk fortykkelse af tarmvæggen og ødem af

FIGUR 1

A. CT med dobbelt oral og intravenøs kontrast – pilene viser jejunal divertikulitis. B. Tyndtarmspassage – pilehovederne viser multiple divertikler i jejunum.



det omkringliggende fedtvæv [5]. Hvis man finder en enkelt divertikel er det tilstrækkeligt at foretage tangentiel divertikelresektion. Til gengæld er det nødvendigt at foretage segmentresektion med primær anastomose ved perforeret divertikulitis med peritonitis, hvor der er ≥ 3 divertikler. Oftest er der affektion af et kort tyndtarmssegment med adskillige divertikler. Behandlingen af perforeret divertikulitis uden peritonitis er antibiotika [4]. I begge sygehistorier viste CT suppleret med UL og TTP jejunale divertikulitis uden fri luft intraperitonealt. Begge patienter blev konservativt behandlet, da det kliniske billede sammenholdt med de radiologiske undersøgelser ikke indicerede kirurgisk behandling.

SUMMARY

Ivan Arsic, Pedja Cuk, Michael Festersen Nielsen & Enas Basim Abd Al Karim:

Jejunal diverticulitis as the cause of acute abdomen
Ugeskr Læger 2014;176:V02130111

We present two patients with jejunal diverticulitis. Diverticula in jejunum and ileum are very rare, occurring with an incidence of 0.07-2% in the gastrointestinal tract. They are often associated with unspecific symptoms as intermittent abdominal pain, nausea and diarrhoea. The treatment of mild diverticular disease is intravenous fluids and antibiotics. If there is an occurrence of peritonitis as a complication of jejunal diverticulitis, laparotomy may be indicated. Both of the patients received a conservative treatment with intravenous fluids and antibiotics with good response.

KORRESPONDANCE: Ivan Arsic, Radiologisk Afdeling, Viborg Regionshospital, Heibergs Alle 4, 8800 Viborg. E-mail: aksonarsa@yahoo.com

ANTAGET: 27. marts 2013

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 29. juli 2013

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

LITTERATUR

1. Garg N, Khullar R, Sharma A et al. Total laparoscopic management of large complicated jejunal diverticulum. *J Minim Access Surg* 2009;5:115-7.
2. Akhrass R, Yaffe MB, Fischer C et al. Small-bowel diverticulosis: perceptions and reality. *J Am Coll Surg* 1997;184:383-8.
3. Schloerliche E, Zimmermann MS, Hoffmann M et al. Complicated jejunal diverticulitis: a challenging diagnosis and difficult therapy. *Saudi J Gastroenterol* 2012;18:122-8.
4. Tsiotos GG, Farnell MB, Ilstrup DM. Nonmeckelian jejunal or ileal diverticulosis: an analyse of 112 cases. *Surgery* 1994;116:726-31, 731-2.
5. Coulier B, Maldague P, Bourgeois A et al. Diverticulitis of the small bowel: CT diagnosis. *Abdom Imaging* 2007;32:228-33.