

Retrograd invagination af jejunum efter gastrisk bypass

Lars Lehrskov-Schmidt & Inge Poulsen

KASUISTIK

Gastroenheden,
Kirurgisk Sektion,
Hvidovre Hospital

Ugeskr Læger
2015;177:V01130033

Der opereres 2.000 patienter i Danmark årligt (2011) for sygelig overvægt [1]. Den foretrukne operationsmetode, som bruges hos 97,5%, er *Roux-en-Y*-gastrisk bypass (GBP) [1, 2].

Ved dette indgreb deles ventriklen i to, jejunum deles og anastomoseres til ventriklen, og der laves en jejunum-jejunum-anastomose distalt (**Figur 1**).

Generelt ses der en lav forekomst af komplikationer efter GBP, når man f.eks. sammenligner med kolecystektomier, hvor genindlæggelsesraten inden for de første 30 postoperative dage er dobbelt så høj [1, 3].

Blandt de tidlige komplikationer i forbindelse med GBP er blødning og anastomoselækage de mest alvorlige. Sidstnævnte kræver ofte reoperation og drænanlæggelse. De senere komplikationer omfatter forøget risiko for galdestenssygdom, ulcera på den gastrojejunale overgang (marginal ulcer), intern herniering (evt. med faretruende dilatation af den udshuntede ventrikel) og sjældnere invagination [1].

I størstedelen af tilfældene vil en CT kunne af-

sløre tarmobstruktion og således være en vigtig del af den initiale vurdering af disse patienter.

Tarmobstruktion hos en patient med GBP kan være livstruende, og udredning og behandling skal derfor være hurtig, effektiv og relevant.

Der foreligger tidligere beskrevne tilfælde med invagination efter GBP, men vi kan med denne sygehistorie præsentere den første patient i Skandinavien med denne komplikation.

SYGEHISTORIE

En 37-årig kvinde blev opereret med laparoskopisk GBP i 2008. Hun havde ikke gener efter operationen og tabte sig ca. 60 kg.

I september 2012 fik hun om natten pludseligt indsættende, svære, abdominale smerter med udstråling til ryggen og blev akut indlagt på en afdeling med regionsfunktion for fedmeoperationer. Der blev foretaget akut CT på mistanke om intern herniering, hvilket sammen med mistanke om invagination i jejunum-jejunum-anastomosen og dilaterede tyndtarme distalt herfor blev bekræftet (**Figur 2**). Seks timer efter smertedebut blev der foretaget diagnostisk laparoskopi, men der blev konverteret til åben operation pga. manglende overblik. Der blev fundet invagination af fællesbenet op i både fødebenet og galdebenet af anastomosen. Invaginatet blev forsigtigt reponeret med vital tarm. Der blev foretaget peroperativ gastroskopi til 40 cm distalt for jejunum-jejunum-anastomosen, og man fandt ingen forklaring på invaginationen. Der var ikke tegn til intern herniering, og der blev anlagt en gastrostomisonde i den udshuntede ventrikel til aflastning. I invaginatets omslagsfold fandt man 20 cm påvirket tarm, som umiddelbart fremstod vitalt, men det blev besluttet at foretage en *second look*-operation efter et døgn. Her fandt man fortsat påvirkning af tarmstykket, som man valgte at recesere med primær anastomose. Histologisk blev der fundet iskæmisk nekrose.

Patienten kom sig hurtigt efter operationen og blev udskrevet i velbefindende på sjattedagen. Efterfølgende CT og MR-skanning gav ingen forklaringer på årsagen til invaginationen.

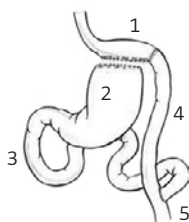
DISKUSSION

Hos GBP-opererede patienter med øvre gastrointestinale symptomer i form af svære, ofte intermitterende,

FIGUR 1

Ved *Roux-en-Y*-gastrisk bypass deles ventriklen i to, jejunum deles og anastomoseres til ventriklen, og der laves en jejunum-jejunum-anastomose distalt.

1) Neovenetriklen, 2) den udshuntede ventrikel, 3) galdebenet, 4) fødebenet (*Roux-slyngen*), 5) fællesbenet.



FIGUR 2

CT af invaginationen. **A.** Invaginationen i det coronale plan. **B.** Invaginationen i det transverselle plan. Begge steder ses det karakteristiske *target sign*.



øvre abdominalsmerter, evt. ledsaget af kvalme og opkastninger, må man have mistanke om tarmobstruktion. Årsagen kan være internt hernie, adhærens, volvulus, *kinking* af et tyndtarmsben eller invagination. Er der vag klinisk mistanke om tarmobstruktion, skal der straks foretages en CT. Denne giver i de fleste tilfælde diagnosen, men er skanningen negativ/inkonklusiv skal fortsat klinisk mistanke medføre akut diagnostisk laparoskopi.

Viser CT'en dilatation af den udshuntede ventrikel, hvilket er en ekstrem farlig tilstand med truende perforation, skal der foretages akut laparoskopi med afhjælpning af årsagen til obstruktionen og anlægelse af perkutan gastrostomi.

Ved intern herniering opsøges tyndtarmen distalt og udredes i oral retning, indtil hernieringen er reponeret, hvorefter begge slidser/spatier lukkes. Er det galdebenet (Figur 1), der er hernieret, skal der anlægges perkutan gastrostomi til aflastning.

Indgriben ved den kliniske mistanke om tarmobstruktion hos patienter med GBP skal være hurtig, effektiv og relevant. En patient med dilatation af et tarmafsnit eller af den udshuntede ventrikel skal ikke lægges til observation. I nogle tilfælde drejer det sig om *closed-loop*-obstruktioner og truende iskæmi og perforationsfare.

SUMMARY

Lars Lehrskov-Schmidt og Inge Poulsen:

Retrograde jejunal intussusception after gastric bypass

Ugeskr Læger 2015;177:V01130033

The preferred technique in Denmark for surgical intervention for morbid obesity is laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. A rare complication to gastric bypass is intussusception of the small intestines. However, this diagnosis is difficult to determine clinically and an acute computed tomography is often necessary. We present the first case of retrograde jejunal intussusception after gastric bypass in Scandinavia.

KORRESPONDANCE: Lars Lehrskov-Schmidt, Gastroenheden, Kirurgisk Sektion, Kettegård Allé 30, 2650 Hvidovre. E-mail: lars@lartin.eu

ANTAGET: 25. april 2013

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 5. august 2013

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

LITTERATUR

1. Dansk Fedmekirurgiregister. Årsrapport 2011. Aarhus: Dansk Fedmekirurgiregister, 2012:33.
2. Humadi S, Welbourn R. Bariatric surgery: rationale, development and current status. I: Taylor I, Johnson C, red. Recent advances in surgery. London: Royal Society of Medicine Press, 2008;31:1-12.
3. Dansk Galdedatabase. Årsrapport 2009-10. København: Dansk Galdedatabase, 2012:52.