

Akut tyndtarmspåvirkning efter alkoholindtag hos en gastrisk bypass-opereret patient

Thomas Korgaard Jensen

KASUISTIK

Kirurgisk Afdeling,
Gastroenheden,
Herlev Hospital

Ugeskr Læger
2017;179:V02170142

Laparoskopisk gastrisk bypass (LGBY)-operation er sammen med laparoskopisk *gastric sleeve* de to foretrukne bariatriske indgreb i Danmark. Antallet af LGBY-indgreb har været hastigt faldende; i 2010, blev der foretaget mere end 4.000 indgreb. I 2015 blev der foretaget færre end 500 [1]. I akutmodtagelsen ses tidligere LGBY-opererede patienter dog fortsat ofte. De differentialdiagnostiske overvejelser hos denne gruppe patienter adskiller sig fra overvejelserne hos andre patienter pga. en række specifikke senkomplikationer, der kan forekomme mange år efter indgrebet (**Tabel 1**). Den akutte udredning består især af diagnosticering af intern herniering, ulcussygdom og galdesten, men generelle abdominalkirurgiske senkomplikationer som mekanisk tyndtarmsileus og incisionelle hernier skal også overvejes, omend de er sjældent forekommende [2].

SYGEHISTORIE

En 55-årig mand var tidligere blevet opereret med LGBY. Der var ingen komorbiditet, og det postoperative forløb havde hidtil været ukompliceret. Han blev indlagt med akut indsættende mavesmerter, der var begyndt 18 timer forinden. Han var akut smertepåvirket med svær diffus ømhed abdominalt uden peritonealia. Han var hæmodynamisk upåvirket med stabil respiration og subfebril 38,4 °C. Biokemisk fandt man flg. vær-

TABEL 1

De hyppigste bariatrelaterede årsager til mavesmerter efter gastrisk bypass.

Behov for kirurgisk intervention

Intern herniering
Intussusception
Anastomosestenose
Adhærensileus
Fistel mellem neoventrikel og udshuntet ventrikel
Incisionelt hernie
Galdestenssygdom

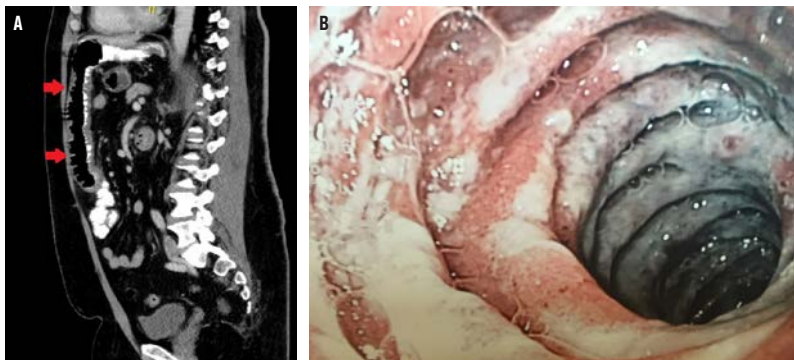
Behov for medicinsk intervention

Ulcus: *pouch*/anastomose
Overspisning
Bakteriel overvækst
Dumpingsyndrom

dier: leukocytter 20,2 mia./l og C-reaktivt protein 135 nmol/l og ellers normale værdier af blodprøver – inklusive normal arteriellaktat. På mistanke om intern herniering blev der foretaget CT (**Figur 1A**) af abdomen med peroral og intravenøs kontrast. Denne viste et ødematøst fortykket Rouxben fra anastomosen til restventriklen og ca. 50 cm i anal retning. Den distale øsofagus og restventrikel var billeddiagnostisk upåfaldende. Der var ingen tegn til intern herniering eller ileus. Pga. den klare anatomiske overgang fra en upåfaldende øsofagus og restventrikel til ødematøst fortykket jejunum havde man primært mistanke om en vaskulær årsag. Den akutte opståen gav mistanke om akut embolus. Der blev foretaget diagnostisk laparoskopi, som viste normale forhold, inklusive et upåfaldende Rouxben. Operationen blev derfor efterfulgt af øvre endoskopi, som viste en upåfaldende øsofagus og restventrikel, mens der i Rouxbenet, umiddelbart efter anastomosen, blev fundet ødematøst fortykket, men vitalt mucosa med udbredte, ikke fastsiddende, hvidlige belægninger (**Figur 1B**). Undersøgelserne var diagnostisk inkonklusive. Dagen efter oplyste patienten, at han kunne relatere smerterne til et accidentelt indtag af et enkelt glas 80% spiritus (8-10 cl) 1-2 timer før, de opstod. Han havde ikke et tidligere kendt stort alkoholfor-

FIGUR 1

A. CT af abdomen med ødematøst Rouxben (røde pile). B. Endoskopiske fund.



brug. Han blev observeret yderligere et døgn for sine symptomer og blev herefter udskrevet i fuldstændig smertefri remission. En gastroskopi en måned efter indlæggelse viste helt normale forhold.

DISKUSSION

Der findes ingen tidligere rapporterede tilfælde af tyndtarmspåvirkning efter alkoholindtag hos LGBY-opererede patienter. Det er tidligere påvist, at der i forbindelse med indtag af alkohol hos raske personer foregår en vis nedbrydning i ventriklen [3]. Desuden er det påvist, at LGBY-opererede patienter under indtag af alkohol får en hurtigere stigning i alkoholpromillen end kontrolpersoner [4]. Dette kan tolkes som udtryk for, at den alkohol, som en LGBY-opereret patient indtager, passerer hurtigere og i en højere koncentration til tyndtarmene og derved – i hvert fald teoretisk – øger risikoen for lokal toksisk og irriterende skade.

Sygehistorien viser en situation, hvor klinisk undersøgelse og billeddiagnostik hos en LGBY-opereret patient førte til diagnostisk laparoskopi på mistanke om iskæmi. Et indgreb som, såfremt en klar anamnestic sammenhæng kunne påvises, formentlig kunne undgås.

SUMMARY

Thomas Korgaard Jensen:

Acute impact of the small intestine in a patient after gastric bypass surgery and alcohol intake

Ugeskr Læger 2017;179:V02170142

This case recounts the management of a patient, who had previously undergone laparoscopic gastric bypass surgery and was admitted with sudden onset of severe abdominal pain. A computed tomography suggested acute ischaemia of the Roux limb. A normal diagnostic laparoscopy was performed, and a subsequent upper endoscopy showed a severely inflamed Roux limb. The patient informed that he had accidentally ingested a single glass of strong liquor. The endoscopy was repeated a month after discharge and was normal. This case suggests a link between intake of strong liquor and local inflammation of the Roux limb.

KORRESPONDANCE: *Thomas Korgaard Jensen.*

E-mail: draagrok@gmail.com

ANTAGET: 31. maj 2017

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 21. august 2017

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Sundhedsdatastyrelsen. Sundhedsregistre: LPR avanceret. <http://esundhed.dk/sundhedsregistre/LPR/Sider/LPROGA.aspx> (4. jan 2017).
2. Greenstein AJ, O'Rourke RW. Abdominal pain following gastric bypass: suspects & solutions. *Am J Surg* 2011;201:819-27.
3. Frezza M, Padova CD, Pozzato G et al. High blood alcohol levels in women: the role of decreased gastric alcohol dehydrogenase activity and first-pass metabolism. *N Engl J Med* 1990;322:95-9.
4. Klockhoff H, Näslund I, Jones AW. Faster absorption of ethanol and higher peak concentration in women after gastric bypass. *Br J Clin Pharmacol* 2002;54:587-91.