

Traumatisk udløst abdominalt hernie hos et barn efter cykelstyrt

Magnus Strøh Schmidt, Jacob Rosenberg & Mette Astrup Tolver

Traumatisk udløst abdominalt hernie hos børn er en sjælden tilstand, som bl.a. kan forårsages af et cykelstyrt, hvor cykelstyret presses mod bugvæggen. Et sådant hernie uden perforerende skader på den overliggende hud kaldes i litteraturen *handlebar hernia*.

Mekanismen bag traumatisk udløst abdominalt hernie menes at være den relativt større elasticitet i huden end i den underliggende og mindre eftergivelige fascie og bugvægsmuskulatur [1]. *Handlebar hernia* er associeret med betydelig risiko for intraabdominale skader, formentlig på grund af direkte kompression af cykelstyret mod abdomen. Udredningen og behandlingen heraf er essentiel for at undgå betydelig komorbiditet.

Vi beskriver en sygehistorie med en 15-årig dreng, der havde et nyopstået højresidigt lyskenært hernie efter et cykelstyrt.

SYGEHISTORIE

En 15-årig dreng henvendte sig på skadestuen få timer efter, at han var styrtet på sin cykel. Med lav fart var han kørt ind over en kantsten med forhjulet først, hvorefter han væltede forover og fik trykket enden af cykelstyret mod den nedre højre del af abdomen. Hans eneste gene var smerter og en mindre frembuling i den højre ingvinalregion, netop der hvor cykelstyret havde ramt. En objektiv undersøgelse viste en mindre frembuling, der kun fremkom ved hoste eller i oprejst stilling (**Figur 1**). Der var intet synligt hæmatom, og huden var intakt. Der var ømhed ved højre ingvinalkanal, hvor der var en mærkbar defekt i abdominalvæggen. Der fandtes ingen peritonealreaktion, og der var normal puls over arteria femoralis. Han havde ingen tidligere anamnese med hernie og var desuden sund og rask.

Der blev udført UL-skanning, hvor man bekræftede et traumatisk udløst ingvinalhernie. UL-skanningen viste et højresidigt mediant ingvinalhernie med manglende bugvæg og frembuling af fedtvæv gennem en brokport på 27 × 15 mm på lokalisationen for udfyldningen. Der var ingen fri væske i området eller under blæren, som i øvrigt var normalt kontureret.

Som følge af den relativt lille brokport og det kun milde ubehag over udfyldningen blev det besluttet at behandle herniet konservativt. Der blev givet en tid til ambulans opfølgning fem uger senere. Patienten tog dog kontakt til ambulatoriet tre dage efter pga. smerter

og fik foretaget åben herniotomi senere samme dag. Der blev foretaget ingvinalincision, som viste et underliggende hæmatom og traumatisk ruptur af musculus obliquus externus-aponeurosen samt fascia transversalis fra annulus internus til annulus externus. Der var ingen intraabdominale skader. Defekten blev syet med absorberbar sutur. Ved 30-dagesopfølgning var der ingen klinisk tegn til recidiv, og patienten havde genoptaget sin sædvanlige aktiviteter med fodboldspil.

DISKUSSION

Mistanken om traumatisk bugvægshernie opstår ofte ved anamneseoptag. Under undersøgelsen er der i nogle tilfælde *handlebar sign*, der ses som en ringformet ekkymose, hvor cykelstyret har ramt. Dette udgør en øget risiko for associerede intraabdominale skader [2], hvilket dog ikke var tilfældet hos patienten i sygehistorien. På grund af den hyppige lokalisation i nedre abdomen ses skaderne primært i tarmen (25%), mens skader i milten og leveren kun udgør henholdsvis 3,8% og 1,9% [2]. Det modsatte ses ved stumpe abdominale traumer hos børn, hvor lever- og miltlæsioner er hyppige, mens tarmskader er relativt sjældne [3]. Udred-

KASUISTIK

Gastroenheden,
Kirurgisk Sektion, Herlev
Hospital

Ugeskr Læger
2018;180:V08170616

FIGUR 1

Et synligt *handlebar hernia* opstået i højre ingvinalregion efter et cykelstyrt.



ningen af *handlebar hernia* afhænger af traumemekanismen, og CT er den foretrukne undersøgelse hos et hæmodynamisk stabilt barn, der har været udsat for et abdominalt højenergitraume [3]. Ved lavenergitraumer og upåvirket almentilstand stilles diagnosen ofte klinisk, men UL-skanning kan med fordel anvendes, da den giver samtidig mulighed for at identificere fri væske i bughulen. UL-skanning er dog i høj grad operatøraftængig, og der er tidligere beskrevet et tilfælde, hvor et traumatisk bugvægshernie med tarminvolvering indledningsvist blev tolket som et hæmatom [4].

Behandlingen er omdiskuteret, men der anbefales åben operation med primær lukning af alle lag forudgået af evakuering af hæmatomet [2]. Laparoskopisk suturering af herniet ved diagnostisk laparoskopi er tidligere udført med succes [5]. Dette kan med fordel anvendes, da det giver mulighed for at diagnosticere tarmlæsioner og behandle mindre organskader, der

kan være svære at visualisere på CT eller UL-skanning af abdomen. Konservativ behandling af traumatisk udløst små abdominale hernier er tidligere beskrevet i litteraturen, men kan ikke anbefales generelt.

KORRESPONDANCE: *Magnus Strøh Schmidt*.
E-mail: magnussschmidt@gmail.com

ANTAGET: 6. december 2017

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 19. februar 2018

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

LITTERATUR

1. Goliath J, Mittal V, McDonough J. Traumatic handlebar hernia: a rare abdominal wall hernia. *J Pediatr Surg* 2004;39:e20-e22.
2. Talutis SD, Muensterer OJ, Pandya S et al. Laparoscopic-assisted management of traumatic abdominal wall hernias in children: case series and a review of the literature. *J Pediatr Surg* 2015;50:456-61.
3. Miele V, Piccolo CL, Trinci M et al. Diagnostic imaging of blunt abdominal trauma in pediatric patients. *Radiol Med* 2016;121:409-30.
4. Singal R, Gupta R, Mittal A et al. Delayed presentation of the traumatic abdominal wall hernia; dilemma in the management – review of literature. *Indian J Surg* 2012;74:149-56.
5. Rowell EE, Chin AC. Laparoscopic repair of traumatic abdominal wall hernia from handlebar injury. *J Pediatr Surg* 2011;46:e9-e12.