

Duplikationscyste som årsag til ileus hos en 16-årig pige

Anastasia S. Buch¹ & Rie Adser Virkus²

KASUISTIK

1) Kirurgisk Afdeling, Nordsjællands Hospital – Hillerød
2) Gynækologisk Obstetriske Afdeling, Nordsjællands Hospital – Hillerød

Ugeskr Læger
2017;179:V05170393

Duplikationscyster er en sjælden, medfødt misdannelse. Pga. deres raritet er incidensen af duplikationscyster oftest udregnet ud fra enkelte studier, f.eks. 1:4.500 i et autopsistudie med børn under et år [1]. Cysterne kan være lokaliseret i alle dele af det gastrointestinale system [2], men næsten 50% af tilfældene er dog lokaliseret i tyndtarmen. Dernæst er øsofagus og colon de hyppigste lokalisationer (**Tabel 1**) [3]. Der ses en øget hyppighed hos drenge. Cysterne er karakteriseret ved at indeholde glatmuskulatur i væggene og ved at være beklædt med epitel fra gastrointestinalkanalen, men ikke nødvendigvis fra deres udspringsområde. Således kan man finde ventrikelslimhinde eller pancreasvæv i duplikationscyster lokaliseret i hele gastrointestinalkanalen. Duplikationscyster kan være isoleret fra eller kommunikere med lumen af gastrointestinalkanalen [3] og kan være lokaliseret mesenterielt eller antimesenterielt.

En mindre andel af patienterne med en duplikation har yderligere malformationer i form af enten multiple duplikationer eller spinale malformationer [4]. Patogenesen bag duplikationerne er endnu ikke fuldt forklaret [3].

SYGEHISTORIE

En tidligere rask 16-årig pige blev indlagt via 1813 pga. mavesmerter. Smerterne var lokaliseret centralt i nedre abdomen og strålede ud til begge flanker. Hun havde oplevet en pludselig debut efterfulgt af tiltagende, konstante smerter. Hun blev vurderet til at være peritoneal med smertemaksimum i nedre abdomen. Paraklinisk var der som eneste fund let leukocytose, mens urinstiks var normal og S-HCG var negativ. Ved et gynækologisk tilsyn viste en vaginal ultralydskanning en cystisk proces, der var ottetalsformet og målte ca. 45 × 30 mm. Der blev yderligere fundet fri væske i fossa Douglasi, og man havde mistanke om torkveret ovariecyste eller hydrosalpinx. Derfor blev der udført diagnostisk laparoskopikopi, hvorved genitalia interna og appendix vurderedes normale. Ved gennemgang af tyndtarmene lokaliserede man den cystiske forandring antimesenterielt ca. 40 cm fra ileocækalstedet (**Figur 1**). Oralt for cysten var tarmen dilateret og analt herfor sammenfaldet. Den cystiske forandring blev receseret gennem en pannenstiel incision, og der blev udført håndsytet *end to end*-anastomose. Der blev ikke fundet yderligere intraabdominal patologi. Det postoperative forløb var ukompliceret, og patient blev udskrevet efter få dage.

Den patologiske undersøgelse viste en simpel cyste beklædt med tyndtarmsepitel, infiltration af inflammatoriske celler og indhold af glatmuskulatur i cystens væg. Der var ingen tegn til malignitet, og alle prøver for endometriose var negative.

DISKUSSION

Duplikationscyster i tyndtarmen viser sig oftest inden for de første to år efter fødslen, men kan findes i alle aldre [2]. De kliniske symptomer er uspecifikke og kan inkludere abdominalsmerter, ileus, abdominal udfyldning, akut abdomen pga. perforation og/eller anæmi ved indhold af ulcereret ventrikelslimhinde.

Da duplikationscyster er sjældne og findes i hele mave-tarm-systemet, er der multiple differentialdiagnoser. Ved lokalisation i nedre abdomen kan der hos kvindelige patienter være mistanke om en ovariecyste, evt. som led i endometriose, eller anden benign tumor f.eks. teratom. Pga. hyppig lokalisation i tyndtarmen, er Meckels divertikel eller appendicitis ofte differentialdiagnoser, alternativt invagination hos yngre patienter. Ved lokalisation i øvre abdomen eller thorax er der of-

TABEL 1

Fordeling af duplikationer gennem gastrointestinalesystemet og mængden af duplikationer med indhold af ektopisk mucosa angivet i procent af totalen. Adapteret fra [3].

Lokalisation	Fordelingen af duplikationer	Den enkelte lokalisationers indhold af	
		gastrisk mucosa	pancreasvæv
Tunge	< 1	-	-
Øsofagus	20	43	-
Mavesæk		-	37
Pylorus	< 1		
Øvrige mavesæk	7		
Duodenum	5	21	-
Tyndtarm		24	
Jejunum	10		8
Ileum	33		-
Ileocækal	4		-
Colon	13	2	5
Rectum	4	-	-
Torakoabdomen	2	29	-
Andre	< 1	-	-

test mistanke om ulcus, pankreatitis, pneumoni eller kardiologiske sygdomme.

Udredningen kan omfatte flere modaliteter, herunder ultralydskanning, CT og MR-skanning afhængigt af patientens symptomer og cystens placering. For at afklare, om cysten indeholder ventrikelslimhinde, kan der udføres ^{99m}Tc -scintigrafi.

Behandlingen af duplikationscyster er oftest kirurgisk. Dog kan der ved lokalisation i duodenum eller øsofagus være kontraindikationer for kirurgi. Her kan man forsøge med drænage, evt. endoskopisk ultralydvejledt. Hvis duplikationen er et tilfældigt fund, anbefales observation, evt. med kontrol med ultralydskanning, hvis lokaliseringen tillader det. Ved mistanke om ventrikelslimhinde kan der suppleres med protonpumppeinhibitor-behandling [2].

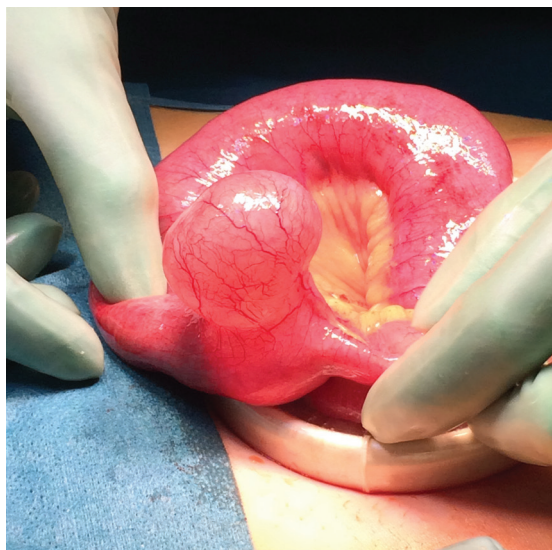
SUMMARY

Anastasia S. Buch & Rie Adser Virkus:

Duplication cyst as cause of ileus in a 16-year-old girl
Ugeskr Læger 2017;179:Vo5170393

A 16-year-old girl was admitted to hospital with lower abdominal pain. An ultrasound examination suggested an ovarian cyst. A laparoscopic procedure found that a duplication cyst in the patient's ileum had caused mechanical ileus. The cyst was surgically resected through the creation of an end-to-end anastomosis, and pathological examination confirmed it to be a duplication cyst. Duplication cysts are a rare congenital disorder, especially past infancy. They are characterized by an epithelium of gastrointestinal origin and a lining of smooth muscle in their walls. The treatment is surgical resection when possible.

 FIGUR 1



Duplikationscyste in situ lokaliseret antimesenterielt med dilateret tarm oralt for og sammenfaldet tarm analt for.

KORRESPONDANCE: Anastasia Buch.

E-mail: anastasiabuch@hotmail.com

ANTAGET: 27. september 2017

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 15. januar 2018

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

TAKSIGELSE: Lene Buhl Riis, Patologisk Afdeling, Herlev Hospital, takkes for patologisk assistance.

LITTERATUR

1. Dennis PL. Alimentary tract duplications. I: Grosfeld J, O'Neill J, Coran A et al, red. Pediatric Surgery 6th ed. Mosby, 2006:1389-98.
2. Morris G, Kennedy A Jr, Cochran W. Small bowel congenital anomalies: a review and update. Curr Gastroenterol Rep 2016;18:16.
3. Macpherson RI. Gastrointestinal tract duplications: clinical, pathologic, etiologic, and radiologic considerations. Radiographics 1993;13:1063-80.
4. Ildstad ST, Tollerud DJ, Weiss RG et al. Duplications of the alimentary tract. Ann Surg 1988;208:184-9.