

Anlæggelse af fistelstomi ved sen anastomoselækage

Frederikke Schønfeldt Troelsen & Anders Tøttrup

KASUISTIK

Mave- og Tarmkirurgi,
Aarhus Universitets-
hospital

Ugeskr Læger
2017;179:V09170661

Anastomoselækage er en hyppig og alvorlig komplikation i forbindelse med kolorektal kirurgi [1]. Ved behandling af større og operationskrævende anastomoselækage med generaliseret peritonitis anbefales i dag resektion af anastomosen og etablering af stomi ved selve defekten eller proksimalt herfor [2, 3].

I komplicerede tilfælde kan anlæggelse af en stomi dog være teknisk umulig. Faktorer, som gør stomianlæggelse vanskelig, er inflammation, adhærens, karcinomatose og betydelig overvægt. I disse tilfælde kan det være komplekst at sikre patienten mod yderligere lækage fra tarmen til abdominalkaviteten.

I sygehistorien beskrives, hvorledes en fistelenterostomi hos en patient med anastomoselækage sikrede patienten mod yderligere lækage.

SYGEHISTORIE

En 47-årig mand, der syv år forinden var gastrisk bypass-opereret, blev akut indlagt med ileus betinget af intern herniering med inkarceration af den terminale ileum/caecum. Der blev foretaget eksplorativ laparotomi med reponering af tarmen. Ved en kontrol to dage senere fandtes iskæmi af caecum. Man foretog ileocolic resektion med blindlukning af de tilstødende tarm-

segmenter. Tre dage senere blev der anlagt en staplet ileokolisk anastomose.

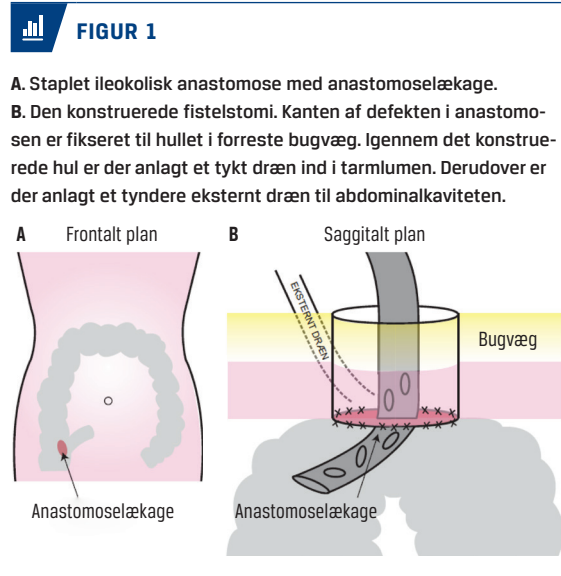
Patienten blev overflyttet til et regionssygehus, men efter få dage fandtes der tegn på peritoneal reaktion. Ved en ny laparotomi fandtes peritonitis og fascieruptur. Abdomen blev skyllet og lukket med *vacuum assisted closure therapy* (VAC). På dag 15 efter tarmresektionen fandtes ved VAC-skifte en stor anastomoselækage samt fasciediastase og adhærente tarme. Pga. sen diagnosticering af lækagen var det ikke muligt at anlægge konventionel stomi. Derfor blev der anlagt et Foleykateter i defekten. De efterfølgende dage fandtes ved VAC-skifte svær forurening, og patienten blev overflyttet til et universitetshospital.

Her fandt man fortsat svær forurening fra lækagen og tarmødem. Forureningen blev håndteret ved dannelse af en fistelstomi. Der blev konstrueret et 4 cm stort hul i bugvæggen, hvortil kanten af defekten i anastomosen blev fikseret ved hjælp af 2-0 monofilament resorberbar sutur (**Figur 1**). Ved skylning fandtes sutureringen tæt. Der blev anlagt et tykt dræn ind i tarmlumen via bugvægsdefekten og et eksternt dræn ind i bughulen. Abdomen blev igen lukket temporært med et VAC-system. Dagen efter operationen fungerede den anlagte fistel med produktion af tyndtarmssekret, mens der hverken var produktion fra VAC-svampen eller det eksterne dræn. Fra femtedagen efter anlæggelsen af fistelstomien fik patienten frit flydende ernæring.

Ved efterfølgende VAC-skifte sås ingen tegn på forurening. Man syede *prolene mesh* til fasciekanterne og planlagde VAC-skifte og stramning af *mesh*'en hver anden dag. Det interne og eksterne dræn blev seponeret på hhv. dag 13 og 14 efter anlæggelse af fistelstomien. Huden blev lukket på dag 20, og på dag 33 var fistlen lukket spontant.

DISKUSSION

Guldstandard for kirurgisk behandling af større intraperitoneal anastomoselækage er som hovedregel anlæggelse af stomi. Hovedformålet for reoperation efter anastomoselækage er at forhindre yderligere abdominal forurening. Hos patienten i sygehistorien opnåede man dette ved hjælp af etablering af en kontrolleret fistel.



Visse forudsætninger for en sådan fistelstomi skal være opfyldt: For det første skal defekten kunne lateraliseres og trækkes ud til indersiden af den forreste bugvæg uden tension. Derudover skal den omgivende tarmvæg være vital og solid. Proceduren kan være anvendelig ved tilfælde af større anastomoselækage, hvor der ikke kan anlægges stomi. Ved mindre defekter kan det overvejes at konstruere en Foleykateterenterostomi som alternativ til en fistelstomi [4].

Hos patient i sygehistorien lukkede tarmfistlen spontant. Man kan formentlig ikke forvente, at dette altid vil ske, hvorfor visse patienter må se frem til en senere operativ fistellukning. Man kan overveje, om anvendelse af stapler er hensigtsmæssig, når der anlægges tarmanastomose efter *damage control*-kirurgi.

SUMMARY

Frederikke Schönfeldt Troelsen & Anders Tøttrup:

Fistula construction in a late anastomotic leakage

Ugeskr Læger 2018;180:V09170661

Post-operative bowel perforation is often a consequence of an anastomotic leakage. In most cases of major anastomotic leakage with generalised peritonitis a stoma formation at the point of perforation is recommended. In some cases, however, stoma formation is not impossible. In this case report an artificial fistula was made. The edge of the defect in the anastomosis was sutured to an incision in the iliac fossa to provide source control in a difficult case of anastomotic leakage. The abdominal cavity was found without faecal contamination on the fourth post-operative day.

KORRESPONDANCE: Frederikke Schönfeldt Troelsen.

E-mail: f.schoenfeldt.troelsen@gmail.com

ANTAGET: 19. december 2017

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 26. februar 2018

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

TAKSIGELSER: Designer Mette Guldager takkes for kompetent hjælp i forbindelse med udarbejdelse af illustration.

LITTERATUR

1. Bertelsen CA, Andreassen AH, Jørgensen T et al. Anastomotic leakage after anterior resection for rectal cancer: risk factors. *Colorectal Dis* 2010;12:37-43.
2. Phitayakorn R, Delaney CP, Reynolds HL et al. Standardized algorithms for management of anastomotic leaks and related abdominal and pelvic abscesses after colorectal surgery. *World J Surg* 2008;32:1147-56.
3. Byrn JC, Schlager A, Divino C et al. The management of 38 anastomotic leaks after 1,684 intestinal resections. *Dis Colon Rectum* 2006;49:1346-53.
4. Tøttrup A. Foley catheter enterostomy for postoperative bowel perforation: an effective source control. *World J Surg* 2010;34:2752-4.