

Intern herniering under a. iliaca externa efter radikal prostatektomi med ekstensiv lymfadenotomi

Erik Frostberg

KASUISTIK

Organ- og Plastikkirurgisk Afdeling, Vejle Sygehus – Sygehus Lillebælt

Ugeskr Læger
2019;181:V02170151

Dansk Urologisk Cancer Gruppe anbefaler ekstensiv lymfeknudeeksrese i forbindelse med radikal prostatektomi hos patienter med højrisikoprostatkræft [1]. Komplikationer i forbindelse med indgrebet er veldokumenterede [2], men i denne kasuistik beskrives et sjældent tilfælde af intern herniering af tyndtarmen under a. iliaca externa.

SYGEHISTORIE

En 65-årig, tidligere gastrointestinalt sund og rask mand blev indlagt akut på en mave-tarm-kirurgisk afdeling med pludseligt indsættende nedre mavesmerter lokaliseret i venstre side med udstråling mod venstre lyske. Han havde haft smerter i lidt over et døgn med ledsagende kvalme, opkastninger samt afførings- og flatusstop. Femten måneder før indlæggelsen gennemgik han en robotassisteret laparoskopisk radikal prostatektomi pga. prostatakræft (T3a, Gleason score 4 + 3). Ved operationen blev der fjernet retroperitonealt beliggende lymfeknuder ved a. iliaca externa på venstre side. A. iliaca externa blev således blotlagt, og peritoneum blev ikke genetableret.

Ved den objektive undersøgelse fandt man, at patienten var relativt upåvirket. Abdomen var blødt med diffus ømhed med smertemaksimum i nedre venstre

kvadrant. Han vurderedes ikke til at være peritoneal. Ved rektaleksploration fandt man hårde afføringsknolde i ampullen. Der blev registreret normale vitalparametre, og patienten var afebril. Biokemisk fandt man leukocytose (20 mia./l), normalt C-reaktivt proteinniveau på 7 mg/l og normale væske- og levergaldetal fraset en isoleret bilirubinforhøjelse (45 mikromol/l). Man formodede, at patienten havde forstoppelse, og der blev ordineret rektal laksantiabehandling.

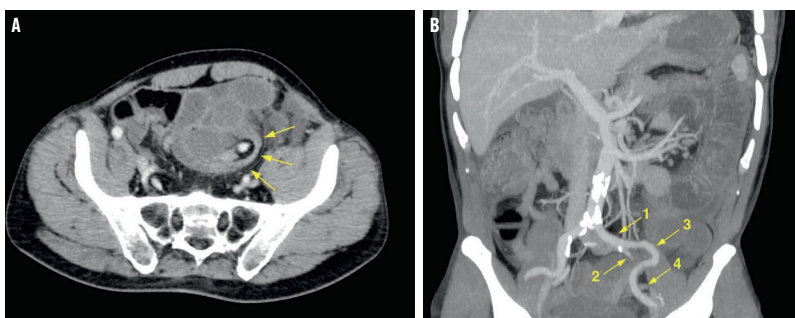
Ved fornyet vurdering i det efterfølgende døgn fandt man patienten svært smerteforpint, klamtsvedende og med peritoneal reaktion i venstre nedre kvadrant. Vitalparametrene var fortsat fine. C-reaktivt proteinniveauet var 194 mg/l, og der var fortsat leukocytose. En CT viste intern herniering af tyndtarmen i relation til a. iliaca externa sinister med begyndende iskæmi af tarmvæggen (**Figur 1**). Ved akut laparotomi fandt man 70 cm iskæmisk tyndtarm beliggende under den fritlagte arterie på venstre side. Blodkarret kunne nemt være blevet forvekslet med at blot at være en bred, fibrøs streng, og pga. de præoperative radiologiske fund blev den ikke delt. Tarmen løsnedes med digital manipulation, og det afficerede tarmstykke reseceredes. Der blev anlagt en midlertidig ileostomi. Arterien var uden synlige skader, og man valgte ikke at gendanne peritonealbeklædning over den. Efterforløbet var præget af en dysfungerende stomi, som blev tilbagelagt ca. to måneder efter den akutte operation. Ved afsluttende ambulant kontrol havde patienten det godt.

DISKUSSION

For at tilgå de retroperitonealt beliggende lymfeknuder skal peritoneum åbnes, hvorefter man kan høste lymfeknuderne. Dermed dannes en iatrogen defekt i peritoneum, og der er sparsom evidens for, hvorvidt den peritoneale beklædning efterfølgende skal gendannes eller ej. Hyppigheden af komplikationer hos kvinder, som har fået foretaget ekstensiv lymfadenotomi omkring iliaca karrene pga. endometrie- eller cervixcancer, er undersøgt i et randomiseret studie, hvor defekten enten blev efterladt åben, eller peritoneum blev genetableret [3]. Man konkluderede, at defekten kunne efterla-

FIGUR 1

A. CT-billede, horisontalsnit. De gule pile peger på tyndtarmen, som ses stranguleret omkring en kontrastopladd a. iliaca externa på venstre side. B. CT-billede, koronalt snit. Tyndtarmen ligger bag arterien. 1 = a. iliaca communis, 2 = a. iliaca interna, 3 = a. iliaca externa og 4 = tyndtarm.



des åben uden større risiko for f.eks. infektion, fisteldannelse eller tarmobstruktion.

Kun få tilfælde af intern herniering omkring iliaca-karrene som følge af radikal lymfadenotomi er beskrevet i litteraturen, og der findes en variation i den kirurgiske håndtering af peritonealdefekten. En mulighed er at høste et stykke af peritoneum fra forreste bugvæg til at dække defekten med, alternativt bruge en omentsnip eller *mesh* [4]. I et tilfælde var man nødsaget til at lave en arterietomi med trombefjernelse og efterfølgende karanastomose pga. manglende karpulsation, og karret blev efterfølgende fikseret til den laterale bugvæg med en kollagenplade [5]. Hos patienten i sygehistorien valgte man at efterlade defekten åben for ikke at risikere beskadigelse af karret, som var blevet påvirket af langvarig tension fra tarmen.

Man bør være opmærksom på denne mulige komplikation hos patienter, som tidligere fået foretaget ekstensiv lymfeknudeeksrese, og som har nedre abdominalsmerter og ileussympotomer. Diagnosen kan stilles ved en CT med kontrast, og i sygehistorien kunne man måske have sparet patienten for en tarmresektion og en aflastende stomi, hvis man havde foretaget en billeddiagnostisk udredning tidligere i sygdomsforløbet.

SUMMARY

Erik Frostberg:

Internal herniation underneath the left external iliac artery after radical prostatectomy with extensive lymph node dissection

Ugeskr Læger 2019;181:Vo2170151

A 65-year-old male underwent acute surgery because of a partly ischaemic small intestine due to internal herniation underneath the left external iliac artery. The iatrogenic defect in the peritoneum was created 15 months earlier, when the patient had a robot-assisted radical prostatectomy with pelvic lymph node dissection performed. The ischaemic small bowel was resected under a laparotomy, and creation of a temporary stoma was necessary. The peritoneal defect was left open. The patient recovered, and the stoma was surgically closed two months later.

KORRESPONDANCE: Erik Frostberg, E-mail: erik.frostberg@rsyd.dk

ANTAGET: 8. januar 2019

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 25. februar 2019

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

LITTERATUR

1. Dansk Urologisk Cancer Gruppe. Nationale retningslinjer for diagnostik og behandling af prostatacancer, 2017. <http://ducg.dk/daproca-prostatacancer/kliniske-retningslinjer-2017/> (16. dec 2018).
2. Briganti A, Blute ML, Eastham JH et al. Pelvic lymph node dissection in prostate cancer. *Eur Urol* 2009;55:1251-65.
3. Franchi M, Ghezzi F, Zanaboni F et al. Nonclosure of peritoneum at radical abdominal hysterectomy and pelvic node dissection: a randomized study. *Obstet Gynecol* 1997;90:622-7.
4. Dumont KA, Wexels JC. Laparoscopic management of a strangulated internal hernia underneath the left external iliac artery. *Int J Surg Case Rep* 2013;4:1041-3.
5. Viktorin-Baier P, Randazzo M, Medugno C et al. Internal hernia underneath an elongated external iliac artery: a complication after extended pelvic lymphadenectomy and robotic-assisted laparoscopic prostatectomy. *Urol Case Rep* 2016;8:9-11.