

Kasuistik

Ugeskr Læger 2021;183:V02210130

Omentinfarkt forårsaget af intern herniering og omentorsion

Anders Bisgaard Jensen¹, Louise Schmidt Grau², Simon Meltesen¹, Uffe Schou Løve^{2,3} & Ivan Arsic¹

1) Røntgen og Skanning, Regionshospitalet Viborg, 2) Kirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Viborg, 3) Institut for Klinisk Medicin, Mave-, Tarm- og Brystkirurgi, Regionshospitalet Viborg

Ugeskr Læger 2021;183:V02210130

Omentinfarkt (OI) og epiploisk appendagitis er patologiske tilstande, som forårsager intraabdominal fokal fedtnekrose [1]. OI kan være primær eller sekundær og med eller uden torkvering. Primær torsion opstår, når omentum majus drejer om sig selv med vaskulær kompromittering til følge [1]. Primært OI ses hyppigst hos overvægtige voksne, oftest mænd, og blot 15% af tilfældene ses hos børn [2].

Klinisk ligner OI flere andre, langt hyppigere tilstande, som giver anledning til højresidig akut abdomen, såsom appendicitis, kolecystitis, pankreatitis og ulcus, hvorfor man sjældent får mistanke om OI. Der findes ikke større opgørelser over antallet af patienter med OI, hvorfor den egentlige incidens er ukendt. I et enkelt retrospektivt studie angives det, at akut appendicitis er 250 gange hyppigere end OI [3].

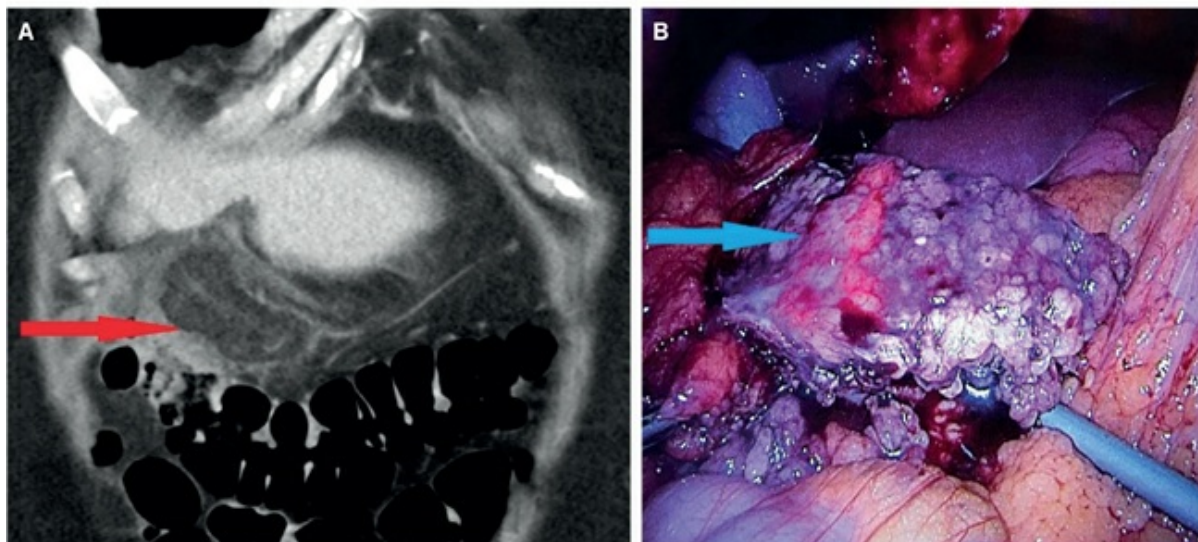
Formålet med denne kasuistik er at øge fokus blandt klinikere såvel som radiologer på denne sjældne tilstand og diagnostikken af den.

SYGEHISTORIE

En 66-årig kvinde, der var tidligere ryger, havde colitis ulcerosa og var i medicinsk behandling for proctosigmoiditis, blev indlagt efter tre døgn med konstante smerter under højre kurvatur. Objektivt fandt man distinkt ømhed under højre kurvatur og positivt Murphys tegn. Paraklinisk fandt man let påvirket leverfunktion med et C-reaktivt protein-niveau på 107 mg/l, et leukocytniveau på $10,2 \times 10^9/l$ og febrilia på 38,0 °C.

På mistanke om kolecystitis blev der foretaget UL-skanning af øvre abdomen, uden at man kunne påvise patologi, hvorfor der blev foretaget CT af abdomen med intravenøs kontrast i portovenøs fase otte timer efter UL-skanningen. I øvre højre kvadrant, i relation til ligamentum falciforme, fandt man et 6 x 3 cm stort fokalt område med fedtreaktion uden veldefineret hyperdens ring og med lidt fri væske omkring, hvilket er foreneligt med OI. Der var radiologisk mistanke om intern herniering af mesenterialt fedtvæv og torkvering pga. såkaldt whirl sign (Figur 1A). Patienten blev indlagt til observation. Pga. klinisk forværring og CT-verificeret omenttorkvering blev der foretaget laparaskopi. Peroperativt fandtes i ligamentum gastrocolicum mellem antrum og højre colon fleksur svært fortykket og hårdt nekrotisk oment, som blev fjernet laparoskopisk (Figur 1B).

FIGUR 1 A. CT-billede med intravenøs kontrast. Koronal rekonstruktion: Den røde pil viser fokalt fedtreaktion som tegn på omentinfarkt. B. Laparoskopisk billede: Den blå pil viser omentinfarkt.



Efter et ukompliceret postoperativt forløb blev hun udskrevet uden planlagt opfølgning. Histologisk undersøgelse af omentresektatet viste fedtnekrose uden tegn til vaskulitis, tromber eller malignitet.

DISKUSSION

Primært OI med torkvering som hos patienten i sygehistorien er yderst sjældent og volder ofte differentialdiagnostiske problemer, såvel klinisk som radiologisk. Den diagnostiske strategi må tilrettelægges ud fra kliniske og parakliniske fund og den heraf mest sandsynlige diagnose. Ved akut abdomen, fraset ved mistanke om akut kolecystitis, anbefales CT af abdomen med intravenøs jodholdig kontrast [1, 2].

Man kan få mistanke om OI ved ultrasonisk fund af en hyperekoisk, ikkekompressibel tumor i området for maksimal ømhed. På CT ses typisk en velafgrænset heterogen udtalt fortykkelse med fedtvævsdensitet og omkringliggende inflammatorisk reaktion i højre halvdel af omentet. Det kan være vanskeligt at skelne ukompliceret divertikulitis og epiploisk appendagitis fra OI, men typisk er processen anatomisk adskilt fra colon, adhærent til peritoneum og måler oftest 3-15 cm med fravær af hyperattenuerende ring-sign som ved appendagitis [1, 2]. Den radiologiske beskrivelse bør indeholde vurdering af mulig torsion, som der kan være mistanke om ved tilstedeværelse af whirl sign [1], da torsion kan være afgørende for valget mellem kirurgisk eller konservativ behandling. I valget af behandling inddrages også patientens kliniske tilstand og evt. sekundære komplikationer.

Der er ikke tidligere beskrevet komplikationer i form af f.eks ileus ved konservativ behandling, men i et større review fandt man, at 15,9% af patienterne efterfølgende blev behandlet kirurgisk. Dette skyldtes primært forværring i den kliniske tilstand, øget smerteintensitet, abscesdannelse eller sepsis [4]. Konservativ behandling kan bestå af smertestillende midler og evt. antibiotika i tillæg. I samme review fandt man, at indlæggelsestiden reduceredes fra 5,1 til 2,5 dage, og behovet for senere opfølgning mindskedes ved et kirurgisk behandlingsvalg [4]. Patienter med OI og påvirket almentilstand/intraktale smerter bør laparoskoperes, da det både er diagnostisk og terapeutisk samt reducerer indlæggelsestiden.

Korrespondance *Ivan Arsic*. E-mail: Ivan.Arsic@viborg.rm.dk

Antaget 5. maj 2021

Publiceret på ugeskriftet.dk 28. juni 2021

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2021;183:V02210130

SUMMARY

Omental infarction with omental torsion, a rare condition very seldom suspected clinically

Anders Bisgaard Jensen, Louise Schmidt Grau, Simon Meltesen, Uffe Schou Løve & Ivan Arsic

Ugeskr Læger 2021;183:V02210130

This is a case report of an adult female with omental infarction caused by internal herniation and omental torsion. The patient, who had no previous surgical record, presented with three days of pain in the right upper quadrant. Ultrasound evaluation showed no signs of cholecystitis, after which an abdominal computed tomography confirmed the diagnosis. The patient underwent laparoscopic omentectomy, with an uneventful recovery. This case highlights the importance of radiological and surgical awareness of this rare condition.

REFERENCER

1. Kamaya A, Federle MP, Desser TS. Imaging manifestations of abdominal fat necrosis and its mimics. *Radiographics* 2011;31:2021-34.
2. Puylaert JB. Right-sided segmental infarction of the omentum: clinical, US, and CT findings. *Radiology* 1992;185:169-72.
3. Pinedo-Onofre JA, Guevara-Torres L. Omental torsion. *Gac Med Mex* 2007;143:17-20.
4. Medina-Gallardo NA, Curbelo-Peña Y, Stickar T et al. Omental infarction: surgical or conservative treatment? *Ann Med Surg (Lond)* 2020;56:186-93.