

Valur Þór Marteinsson, Shree Datye

## INNHAULL SMÁPARMSSTÍFLA GEGNUM GLUFU Í BREIÐFELLINGU LEGS

### ÚTDRÁTTUR

Innhaular (hernia interna) eru andstætt ytri haulum sjaldgæfir og vandasamir í greiningu. Þeir geta annað hvort verið aftan lífhimnu (skínu) með eiginlegum haulpoka eða þar sem glufa er innan lífhimnuholsins í netju eða hengi og líffæri því skotist í gegnum (1). Glufa í breiðfellingu legsins (ligamentum latum uteri) gefur möguleika á innhaul og yfirleitt (90% tilfella) festist smáþarmur í glufunni (2). Sjúkdómsmyndin líkist þá bráðri smáþarmsstíflu, en undantekning er ef undirliggjandi orsök greinist fyrir skurðaðgerð. Fylgikvillar eftir aðgerðir eru háðir síðbúinni sjúkdómsgreiningu og hvort um er að ræða drep í þarminum þegar til aðgerðar kemur. Orsakir glufa í breiðfellingu legs eru einungis þekktar hjá sjúklingum sem hafa gengist undir legfestingu (uteropexia) eða lyftingu, þar sem op er gert í fellinguna (2,3). Hjá öðrum er orsökinn óviss, en bent hefur verið á sýkingar og bólgur í innri kynfærum og áverka við meðgöngur og fæðingar (2-4). Hugsanlega er einhver hluti meðfæddur. Við lýsum tilfelli þar sem um var að ræða glufu í breiðfellingu legs eftir legfestingaraðgerð og smáþarmur, sem lá í kreppu, var brottnuminn. Þetta er fyrsta tilfelli sinnar tegundar á Íslandi.

### INNGANGUR

Innhaular eru sjaldgæf, en mikilvæg orsök garnastífla og greinast oftast um síðir þegar drep hefur myndast í hinum sjálfhella þarmi vegna kreppuástands (2-6). Þeir eru flokkaðir annars vegar sem haular aftan lífhimnu (skínu) þar sem haulopið er myndað af lífhimnufellingu og eiginlegur haulpoki er

til staðar (dæmi: foramen epiploicum, fossae paraduodenales, fossae paracoecales) og hins vegar haular þar sem glufa er innan lífhimnuholsins í netju eða hengi og líffæri geta skotist í gegnum (1). Hinir síðarnefndu hafa engan haulpoka og eru því í raun falskir. Auk sjálfheldu og kreppu getur garnasnúningur orðið á hinum innklemmda þarmi. Þegar líffæri ganga í gegnum glufu á breiðfellingu legs má flokka það sem innhaul, með viðeigandi sjúkdómseinkennum í kjölfarið.

Hingað til hefur 93 tilfellum verið lýst í erlendum læknisfræðitímaritum þar sem um er að ræða innhaulun gegnum glufu í breiðfellingu legs (2). Við viljum bæta við einu slíku tilfelli, sem er hið fyrsta á okkar deild. Slíku tilfelli hefur ekki áður verið lýst á Íslandi og telst því fyrsta sinnar tegundar.

### SJÚKRASAGA

Fimmtíu og þriggja ára gömul kona innlögð með sjö klukkustunda sögu um verki í hægri síðu með leiðni niður í hægri mjaðmargróf að þvagblöðru. Stöðugur kveisukenndur verkur, sem skánaði við að liggja í keng. Talsverð ógleði, en ekki uppköst. Hitalaus. Hægðir eðlilegar, síðast daginn fyrir innlögn og hafði leyst vind innlagnardag.

Almennt hafði fyrra heilsufar sjúklings verið gott, fyrir utan erfiðleika við að losa þvag á stundum og samhliða því sviði við þvaglát. Hún hafði gengist undir nýrnafestingaraðgerð (nephropexia) vegna nýrnasígs (nephroptosis) fyrir 16 árum og aðgerð til festingar og lyftingar á legi vegna aftursveigju fyrir 10 árum, svonefnd Baldy-Webster aðgerð (7), þar sem sívalabönd legs (ligamentum teres uteri) eru dregin í gegnum breiðfellingarnar neðan við legpíurnar og saumuð föst saman

Frá handlækningadeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Valur Þór Marteinsson. Lykilorð: Breiðfelling legs, smáþarmsstífla.

aftan á leginu. Um aðrar kviðarholsaðgerðir var sjúklingi ekki kunnugt. Fjórar meðgöngur og fæðingar voru eðlilegar.

Við innlögn á sjúkrahúsið var sjúklingur haldinn mjög kvalafullum verk í hægri síðu með leiðni niður í mjaðmargróf. Við skoðun var sjúklingur bankaumur yfir hægri nýra og með væg þreifiefmsli í hægri mjaðmargróf. Garnahljóð voru eðlileg, líkamshiti 36,9° og hjartsláttur 76 slög/mínútu.

Við komu var tekin nýrnamynd, sem var eðlileg. Innri þreifing um leggöng gaf grun um blöðrulaga, auma fyrirferð hægri megin við afturbeygt legið. Hvít blóðkorn voru 12.700, +++sýklar fundust í þvagi, en aðrar blóðrannsóknir voru eðlilegar.

Ákveðið var að láta sjúkling fasta með vökvagjöf í æð ásamt verkjalyfjum.

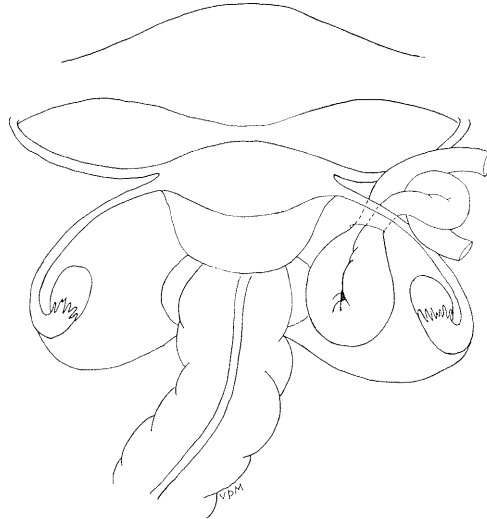
Verkurinn skánaði smám saman í síðunni, en færðist jafnframt ákveðnar niður í hægri mjaðmargróf, með dæmigerðum eymslum og vöðvavörn þar. Könnunarskurður var framkvæmdur 16 klukkustundum eftir innlögn þar sem grunur var um bráða botnlangabólgu.

Gerður var venjulegur skurður í hægri mjaðmargróf, en við aðgerðina kom í ljós að botnlanginn hafði áður verið fjarlægður og hluti dausgarnar (ileum) dregist framan frá í gegnum fingurbreitt op á hægri breiðfellingu legs, sem útbúið hafði verið við leglyftinguna í fyrri aðgerð (sjá mynd). Sívalaband legs var ekki í glufunni og hafði fyrri aðgerð því gefið sig. Nærri 20 cm dausgarnarinnar var dæmdur ólífvænlegur og því gert dausgarnarnám (resectio ileii) á viðkomandi svæði. Samgötun (anastomosis) var gerð á smáparminum og glufunni í breiðfellingunni lokað. Vefjagreining á hinum brottnumda þarmi sýndi algjört drep af völdum blóðþurrðar.

Sjúklingi heilsaðist vel eftir aðgerð og hefur verið einkennalaus síðan.

### UMRÆÐA

Innhaular eru ekki algeng orsök garnastíflu, en tíðni hefur verið frá 1% til 4,1% í nokkrum athugunum (8-10). Líklegast er smáparmssjálffhelda gegnum breiðfellingu legs mjög sjaldgæf, en hefur þó verið talin 4-5% allra innhaula (11). Fyrsta tilfellinu af slíkri innhaulun lýsti *Quain* árið 1861 við krufningu



Dausgarnarsjálffhelda gegnum glufu í breiðfellingu legs.

(4), en árið 1920 lýsti *Richardson* fyrsta tilfellinu af innhaul gegnum breiðfellingu legs eftir skurðaðgerð, þar sem um var að ræða smáparmsstíflu (2). Af þeim 93 tilfellum, sem lýst hefur verið, hafa 29 komið í kjölfar skurðaðgerðar (uteropexia), en 64 eru án þekktrar orsakar (de novo) (2).

Glufan í breiðfellingunni getur ýmist verið í gegnum fremri og aftari lífhimnufellinguna eða einungis aðra, en sjúklingur okkar var með glufu í gegnum báðar og hafði smáparmurinn skotist í gegn framan frá, sem er mjög fátítt (4). Í flestum tilfellum hefur haullíffærið verið smáparmur, en ristill, botnlangi, netja, þvagáll (ureter) og eggjastokkur hafa líka verið til staðar í glufunni (2,4).

Undantekning er, ef sjúklingar með innhaua greinast fyrir aðgerð og sjúkdómseinkenni flestra eru sambærileg við bráða smáparmsstíflu þegar til aðgerðar kemur. Þetta tilvik undirstrikar mikilvægi könnunarskurðar þar sem drep myndast skjótt í hinum aðkreppta þarmi og dánartíðnin hjá sjúklingum, sem ekki gangast undir aðgerð hefur verið allt að 40-80% (5). Skiptir hér væntanlega mestu máli hversu glufan er lítil og þröng og lendir hinn sjálffheldi þarmur því auðveldlega í blóðrásarkreppu.

Sjúkdómseinkenni okkar sjúklings líktust nýrnakveisu í byrjun, en þar sem nýrnamynd

var eðlileg ásamt því að verkurinn rénaði, var ákveðið að fylgjast með sjúklingi fyrst um sinn. Þau atriði, sem hugsanlega gætu hjálpað til sjúkdómsgreiningar í slíkum tilfellum eru fyrri skurðaðgerðir á innri kynfærum og ef fyrirferð finnst hliðlægt við leg hjá konum með kveisukennda verki um neðanverðan kvið. Einkenni um garnastíflu ýta enn frekar undir greininguna og kemur þá röntgengreining að góðum notum og sömuleiðis má ætla að ómskoðun gæti hjálpað til ef fyrirferð finnst hliðlægt við legið.

Einkenni sjúklingsins þróuðust ekki ólíkt því eins og um botnlangabólgu væri að ræða. Botnlanginn hafði hins vegar áður verið fjarlægður við kvensjúkdómaaðgerð, án vitneskju sjúklings. Undirstrikar þetta ennfremur mikilvægi þess, að sjúklingar fái áreiðanlegar upplýsingar um skurðaðgerðir og ekki sist þær, sem framkvæmdar eru í framhjálaupi og að lækna leiti sjálfir eftir aðgerðarlýsingum.

Orsakir glufa í breiðfellingu legs eru ekki þekktar nema hjá sjúklingum, sem hafa gengist undir skurðaðgerðir áður, þar sem gat er gert í breiðfellinguna eins og í okkar tilfelli og lýst hefur verið (3-5). Hjá öðrum er orsökinn óviss, en hugsanlega er einhver hluti glufa meðfæddur. Á móti því mælir að glufurnar eru á misjöfnum stöðum í breiðfellingunni (4). Bent hefur verið á aðra þætti, sem hugsanlega gætu átt þátt í myndun glufa (2,3,12). Helstir eru bólgur eða sýkingar í innri kynfærum og áverkar á breiðfellingu legsins við meðgöngur og barneignir.

Meðferð innhaua er skurðaðgerð. Sjálfhelda líffærið, sem yfirleitt er smáþarmur, er þá dregið til baka og glufunni lokað. Drep í þarmi (eða öðru því líffæri), sem liggur í kreppu er numið brott og samgötun gerð. Ganga skal úr skugga um hvort glufa sé til staðar í hinni breiðfellingunni. Glufum í báðum fellingunum án þekktrar orsakar hefur verið lýst hjá átta sjúklingum, en aldrei eftir skurðaðgerð (2).

Brýnt er að lækna, sem greina og meðhöndla kviðverki, hafi í huga innhaua, því afleiðingar þeirra geta orðið mjög alvarlegar. Undirstrikar þetta enn einu sinni mikilvægi könnunarskurðar tímanlega í sjúkdómsganginum, ef komast skal hjá verstu afleiðingum bráðrar garnastíflu.

## SUMMARY

*Internal herniation through a defect in the broad ligament of the uterus. A case report.*

Internal herniation through a defect in the broad ligament of the uterus is rare. Unless suspected after prior uteropy, accurate preoperative diagnosis is distinctly uncommon but most patients are admitted with symptoms and clinical signs of acute small bowel obstruction. Such a case of a postoperative defect is presented. The case was complicated by gangrenous small bowel requiring resection. We make sure this to be the first reported case in Iceland of small bowel obstruction with strangulation secondary to a postoperative defect in the broad ligament of the uterus.

## HEIMILDIR

1. Bertelsen S, Christiansen J. Internal hernia through mesenteric and mesocolic defects. A review of the literature and a report of two cases. *Acta Chir Scand* 1967; 133: 426-8.
2. Slezak FA, Schlueter TM. Hernia of the Broad Ligament of the Uterus. In: Nyhus LM, Condon RE, eds. *Hernia*, 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1989; 311-8.
3. Mersheimer WL, Kazarian KK, Roeder WJ. Internal hernia due to defects in the broad ligament. Report of two cases. *Review of Surgery* 1973; 30: 2415.
4. Mathieson AJM, Millar WG. Ileovaginal fistula. Complicating internal hernial strangulation through a broad ligament defect. *Br J Surg* 1971; 58: 353-5.
5. Livaudais W, Hartong JM, Ottersen WN. Small bowel herniation through a defect in the broad ligament. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 79: 927-8.
6. Armstrong CP, Drummond A. Small bowel obstruction and perforation through a defect in the broad ligament. *J R Coll Surg Edinb* 1983; 28: 333-4.
7. Kaser O, Iklé FA, Hirsch HA. *Atlas of gynecological surgery*. Edited by Friedman EA. Georg Thieme Verlag 1985; 6.3-6.5.
8. Wangenstein OH. *Intestinal obstruction*. Springfield: Charles C Thomas, 1955: 142.
9. Sufian S, Matsumoto T. Intestinal obstruction. *Am J Surg* 1975; 130: 9-14.
10. Mucha P Jr. Small intestinal obstruction. *Surg Clin North Am* 1987; 67: 597-620.
11. Karaharju E, Hakkiluoto A. Strangulation of small intestine in an opening of the broad ligament. *International Surgery* 1975; 60: 430.
12. Bolin TE. Internal herniation through the broad ligament. Case report. *Acta Chir Scand* 1987; 153: 691-3.