

# Faran med invagination

Mattias Egberth  
Kir. Klin  
Lindesberg/Örebro

- 29-årig kvinna
- Aspergers Syndrom
- Måttlig depression
- Opererad 2015-02-04 med lap. GBP
- Väs. komplikationsfritt efterförlopp

- Inkom med plötsligt påkomna buksmärter till annat sjukhus  
2016-06-30
- DT visar misstanke om inre herniering
- Laparoskopisk operation som konverteras till öppen kirurgi

- Ur operationsberättelsen framkommer att man med en del möda med ”mjölkande, tryck och drag” kan desinvaginera tarmen
- Tarmen är initialt blå, utan serosarifter
- Förbättras direkt i färg och efter att ha väntat i 25 minuter bedömer man att tarmen är i så bra skick att någon resektion ej är nödvändig
- Även mesenteriet ser bra ut

- Patienten återgår till hemmet
- Söker på nytt 2016-07-12 med två dagars anamnes på buksmärtor av intervallkaraktär
- Kräks och har svårt att försörja sig per os
- DT utföres...

- Man ser en påtaglig vidgning av biliära benet, Roux-slyngan samt hela EA:n och början av common channel
- Man laparotomerar och ser redan från början flera serosarifter
- Efter adherenslösning noteras ett strikturerat parti i orala delen av common channel cirka 20 cm från EA:n

- Resektion utförs där cirka 70 cm tunntarm borttages
- Härefter gör en anastomos end to end samt att det biliära benet sys in end to side aboralt om den första anastomosen
- En gastrostomi anlägges

- Okomplicerat postoperativt förlopp
- Kommer igång att försörja sig bra per os utan smärtor
- 2016-08-25 kommer patienten på återbesök och man tar bort gastrostomin
- Fortsatt uppföljning enligt rutin



# Lärdomar?

- Skulle denna komplikation kunnat undvikas?
- Ska resektion utföras mer liberalt vid invaginationer i EA:n?
- Passageundersökning postoperativt för att se om det föreligger strikturering till följd av ischemi?
- Andra förslag?

**THE END!**

