
Medfødt peritoneal innkapsling

MEDISINEN I BILDER

HENRIK K. THOMASSEN

hekrth@ous-hf.no

Avdeling for gastro- og barnekirurgi

Oslo Universitetssykehus, Ullevål

Henrik K. Thomassen er LIS3-lege i gastroenterologisk kirurgi.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MERETE S. DOLVA

Avdeling for gastro- og barnekirurgi

Oslo Universitetssykehus, Ullevål

Merete S. Dolva er spesialist i generell- og gastroenterologisk kirurgi og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANSELM SCHULZ

Klinikk for radiologi og nukleærmedisin

Seksjon for onkologisk og abdominal radiologi

Oslo Universitetssykehus, Ullevål

Anselm Schulz er ph.d., spesialist i radiologi og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

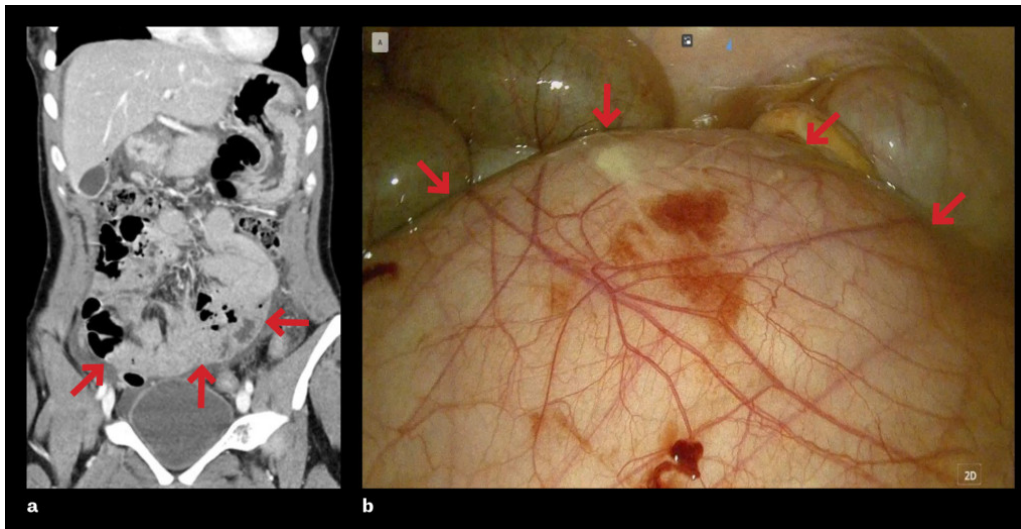
MAGNUS HØLMO FASTING

Avdeling for gastro- og barnekirurgi

Oslo Universitetssykehus, Ullevål

Magnus Hølmo Fasting er ph.d., spesialist i generell- og gastroenterologisk kirurgi og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.



Bildene viser medfødt peritoneal innkapsling som ble avdekket tilfeldig hos en ung kvinne operert for perforert ulcus duodeni. Hun ble innlagt ved gastrokirurgisk avdeling med epigastriesmerter av ett døgns varighet, med kraftig forverring samme morgen som innleggelsen. CT abdomen viste fri luft i bukhulen og mistenkt veggdefekt i bulbus duodeni. Tilstanden var forenlig med perforert ulcus duodeni, og hun ble laparoskopert to timer etter innkommst. Hullet ble sydd og tildekket med en flik av oment (tegmentert). Under operasjonen så man påfallende lite tynntarm, og en stor peritonealkledd oppfylning på bakre bukvegg.

På grunn av de uventede peroperative funnene ble CT-bildene og operasjonsvideoen gjennomgått i etterkant. Funnene er mest forenlig med medfødt peritoneal innkapsling, en sjelden tilstand hvor en tynn, aksessorisk peritonealmembran dekker hele eller deler av tynntarmen.

Peritonealmembranen er festet lateralt til colon ascendens og descendens, superiort til colon transversum og inferiort til bakre overflate av parietale peritoneum. De fleste tilfeller er asymptomatiske og avdekkes tilfeldig peroperativt eller ved obduksjon (1). For pasienter som utviser symptomer, er magesmerter, kvalme og oppkast vanligst, ofte som uttrykk for partiell eller komplett tynntarmsileus.

Anomalien ble for første gang beskrevet i 1868 (2), og det er uklart hvordan den oppstår. Insidensen av tilstanden er ukjent, det er beskrevet ca. 50 tilfeller av tilstanden i litteraturen. Fra åttende gestasjonsuke vokser midttarmen raskt i forhold til resten av bukhulen slik at den slynger seg sammen og skyves ut som et fysiologisk navlebrokk. Ved tolvte gestasjonsuke trekkes tarmslyngene tilbake til bukhulen, og den mest aksepterte teorien er at hinnene som omslutter plommesekken, følger tarmslyngene inn i bukhulen og danner en ekstra peritonealhinne.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

REFERENCES

1. Dave A, McMahon J, Zahid A. Congenital peritoneal encapsulation: A review and novel classification system. *World J Gastroenterol* 2019; 25: 2294–307. [PubMed][CrossRef]
2. Cleland J. On an abnormal arrangement of the peritoneum, with remarks on the development of the Mesocolon. *J Anat Physiol* 1868; 2: 201–6. [PubMed]

Publisert: 18. januar 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0564

Mottatt 7.9.2023, første revisjon innsendt 13.11.2023, godkjent 4.12.2023.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 21. mars 2026.