
Tarminvaginasion hos barn

REDAKSJONELT

VIDDAL KO

Invaginasion av tarm er en tilstand som er knyttet til spedbarnsalder/småbarnsalder, men bare et fåtall av tilfellene er forårsaket av en medfødt feil. Det er sannsynlig at det lymfatiske vev i tarmveggen, som er spesiellhyperplastisk i aktuelle aldersperiode, oftest er årsak til invaginasion. Dette støttes av at flere av disse pasientene har hatt eller har en viral eller bakteriell infeksjon (adenovirus, rotavirus, yersinia) ved sykdomsdebut. Invaginasioner som sees postoperativt eller som kan være forårsaket av tarmveggsblødning, polypper, besoarar eller svulster, har ikke overhyppighet i samme aldersperiode.

I dette nummer av Tidsskriftet presenterer Eikeset og medarbeidere en undersøkelse der de har sett på forekomst av invaginasion hos barn i Hordaland. De sammenliknet pasientgruppen som ble henvist til sykehusinnleggelse av allmennpraktikere med gruppen av pasienter som ble henvist av pediater (1). Rydning og medarbeidere har publisert en undersøkelse av barn som ble behandlet for invaginasion ved Sentralsjukehuset i Rogaland (2). Materialene viser en insidens på 1,4-2 per 1000 levendefødte og en overhyppighet hos gutter. I Rogaland-materialet var 100% og i Hordaland-materialet 82% av pasientene under to år. Disse funn er helt i samsvar med litteraturen.

Den klassiske symptomtriaden med takvise smerteanfall, brekninger og blodig slim eller avføring per rectum ble funnet hos 29% i Rydning og medarbeideres materiale (2), mens intervallsmerter ble observert hos over 70% i begge materialer (1, 2). De fleste barna har ett av de typiske symptomene, de færreste har alle tre. Selv om innleggelsesdiagnosen oftere var mer upresis fra allmennpraktiker enn fra pediater, så førte ikke det til forsinket behandling eller dårligere resultater (1).

Undersøkelse og behandling av barn med invaginasion kan sies å ha vært nokså standardisert siden Hutchingson gjennomførte den første vellykkede operasjon i 1871 og Hirschsprung beskrev hydrostatisk reposisjon av invaginatet i 1876. I de siste tiår har det imidlertid skjedd en utvikling, spesielt når det gjelder bildefremstilling og metoder for ikke-operativ reposisjon. Ultralydundersøkelse

har, som på mange andre områder, også fått betydning for diagnostikk av tarminvaginater, med de typiske "target"- og pseudonyreter. Det angis opptil 100% sensitivitet og spesifisitet ved slikundersøkelse (3). Selv om bariumundersøkelse med påfølgende reposisjonsforsøk fortsatt er sterkt utbredt, kommer det flere og flere arbeider som omtaler luft (4) eller saltvann (5) som reposisjonsmiddel, med bruk av ultralydkontrollistedenfor røntgengjennomlysning. Bariumklyster er i økende grad blitt erstattet av disse metoder på grunn av større reposisjonssuksess (over 90% i enkelte materialer) (4, 5), redusert stråledose, raskere og enklere gjennomføring og redusert morbiditet ved eventuell perforasjon (6).

Barnerøntgenseksjonen ved Ullevål sykehus har brukt både luft og saltvann med gjennomlysning eller ultralydkontrolli en femårsperiode, og resultatene så langt er oppmuntrende (7).

Et annet viktig moment ved den ikke-operative behandling er at reposisjonsbør forsøkes selv ved lang sykehistoriedersom det ikke er tegn til perforasjon, peritonitt eller sjokk. Hvis man i tillegg gjentar reposisjonsforsøket både enog to ganger før man gir opp, vil antall pasienter som trenger operasjon kunne reduseres betydelig (8). Det er alltid frustrerende å finne et reponert eller nesten reponert invaginat ved operasjon. Laparoskopisk reposisjon av invaginat benyttes av noen, men har ikke fått utbredt anvendelse.

Ved manglende hydrostatisk eller pneumatisk reposisjon eller hvis pasienten er dårlig, takykard med feber og tegn på peritonitt, må operasjon gjøres omgående. Ved vedvarende kompresjon mot distale ende av invaginatet og eventuell digital dilatasjon av "invaginatthalsen" (9) vil nesten alle kunne reponeres peroperativt. Det er velkjent at man bør unngå å trekke i tarmen, både fordi det sjelden fører til målet og fordi det da lettere oppstår tarmskade. Til tross for betydelig ødem og stivhet i tarmveggen vil tarmen i de aller fleste tilfeller kunne reddes. Det foretas troligaltfor mange reseksjoner. Appendektomi gjøres av mange en passant, men dette er omdiskutert. Residivinvaginater angiså inntreffe i 5-8% av tilfellene (10), og sees oftest etter hydrostatisk eller pneumatisk reposisjon. Vellykketreposisjon uten operasjon skjer like hyppig ved residivinvaginater som ved primærinvaginater. Selv om invaginater hos barn er en relativt sjelden tilstand, vil både allmennpraktikere, pediatere, kirurger og røntgenleger måtte vurdere og behandle slike pasienter fra tid til annen. Hvis tilstanden oversees, kan det få alvorlige følger og i verste fall føre til døden. Det er derfor all grunn til å være på vakt overfor denne tilstanden, selv om symptomene er vage.

Karl Olav Viddal

LITTERATUR

1. Eikeset K, Markestad T. Tarminvaginater hjå barn i Hordaland fylke 1983-92. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 4197-9.
2. Rydning A, Søreide JA, Berget M, Hylland A. Invaginater hos barn. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 117: 3117-9.
3. Pracros JP, Tran-Minh VA, Morin De Finfe CH, Deffrenne-Pracros P, Louis D, Basset T. Acute intestinal intussusception in children. Contribution of ultrasonography (145 cases). Ann Radiol (Paris) 1987; 30: 525-30.

4. Guo J, Ma X, Zou Q. Results of air pressure enema reduction of intussusception: 6396 cases in 13 years. *J Pediatr Surg* 1986; 21: 1201-3.
 5. Rohrschneider WK, Troger J. Hydrostatic reduction of intussusception under US guidance. *Pediatr Radiol* 1995; 25: 530-4.
 6. Daneman A, Alton DJ, Ein S, Wesson D, Superina R, Thorner P. Perforation during attempted intussusception reduction in children - a comparison of perforation with barium and air. *Pediatr Radiol* 1995; 25: 81-8.
 7. Nordshus T, Borthne A. Invaginasjon hos barn. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 24: 3027-8.
 8. Saxton V, Katz M, Phelan E, Beasley SW. Intussusception: a repeat delayed gas enema increases the nonoperative reduction rate. *J Pediatr Surg* 1994; 29: 588-9.
 9. Hase T, Kodama M, Mizukurov T, Kishida A, Shomadera S, Ohno M et al. Manual reduction with index finger for infantile intussusception. A modification of Hutchinson's maneuver. *Pediatr Surg Int* 1998; 13: 223-5.
 10. Fecteau A, Flageole H, Nguyen LT, Laberge JM, Shaw KS, Guttman FM. Recurrent intussusception: safe use of hydrostatic enema. *J Pediatr Surg* 1996; 31: 859-61.
-

Publisert: 10. november 1998. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.