

- one or two antibiotics to eradicate *H pylori*. *Gastroenterology* 1995; 108: 63A.
15. Jaup BH, Norrby A. Comparison of two low-dose one-week triple therapy regimens with and without metronidazole for cure of *H pylori* infection. *Aliment Pharmacol Ther* 1996; 10: 275-7.
16. Peitz U, Nusch A, Tillenburg B, Becker T, Stolte M, Börsch G et al. Frequent metronidazole resistance without significant impact on the high cure rate of *H pylori* by triple therapy with omeprazole, metronidazole and clarithromycin. *Gastroenterology* 1996; 110: 226A.

Summary

Antibiotikaresistens hos stammar av *Helicobacter pylori* i Göteborg. Bakterierna resistenta mot metronidazol

Bernhard H Jaup, Åke Brandberg, Bo Stenquist, Anders Norrby

Läkartidningen 1997; 9: 279-81

Aim: Primary resistance of *H pylori* strains to antimicrobials has direct therapeutical implications. For this reason we studied the prevalence of primary resistance of *H pylori* of Sweden, in a regional setting.

Material and Methods: A total of 244 patients referred to our endoscopy unit have been evaluated prospectively for the occurrence of *H pylori*. *Helicobacter pylori* infection was established by a positive rapid urease test on an antral biopsy. If positive the biopsy specimen was transferred to a transportmedium for culture on a Skirrow medium. Antimicrobial resistance was evaluated by the E-test.

Results: In 109 patients *H pylori* infection was seen and in all of them the culture was positive. No resistance was seen for amoxycillin and tetracycline. The resistance against metronidazole was 40.3% and against clarithromycin it was 2.8%. For metronidazole there was a significantly higher resistance seen in women compared to men (53.3% vs 31.2%; $p < 0.001$).

Conclusions: Primary resistance to metronidazole was higher than expected and over average in Europe. The resistance for clarithromycin is still rare. Further monitoring is mandatory to detect changes in the community.

Correspondence: Associate professor Bernhard H Jaup, Dept of internal medicine, Lundby sjukhus, S-417 17 Göteborg.

Operatör överraskades av sällsynt komplikation

Patienten hade akut appendicit i ljumskbräck

En 70-årig man med klinisk bild av inkarcererat högersidigt ljumskbräck visade sig vid operation i stället ha en gangränös appendicit i bräcket. Sådana patienter kan opereras med appendektomi via bräcksnittet och bräckplastik. Diagnosen ställs nästan alltid på operationsbordet och prognosen torde numera vara god.

Innehållet i ett ljumskbräck kan variera. Vanligen är det tunntarm eller oment som glidit ut genom bräckporten, ibland ett ovarium, delar av kolon eller urinblåsa.

I exceptionella fall kan till och med en långsträckt ventrikel vid ventrikelröntgen ses doppa ner i bräcksäcken inför ögonen på den förvånade röntgenologen.

Appendix ligger i bräcksäcken i ungefär 1 procent av fallen [1]. Appendicit bör naturligtvis någon gång inträffa hos sådana patienter. Så är också fallet, även om det är ytterligt sällsynt. Frekvensen har beräknats till 0,1 procent av antalet appendiciter.

Hade haft bräcket i ett år utan besvär

Den 70-årige mannen, tidigare kolecystektomerad och opererad med knäprotes, inremitterades nyligen akut till kirurgiska kliniken med misstanke om ett högersidigt, inklämt ljumskbräck. Han hade sedan ett år noterat detta bräck men inte haft några besvär.

Under dagen hade han målat sitt hus och stått på en stege. På kvällen fick han akut insättande smärta i höger ljumske och upptäckte själv en ömmande svullnad där som han – till skillnad från tidigare – inte kunde trycka tillbaka in i buken. Han sökte därför lasarettets akutmottagning.

Han hade inte kräkts, inte ens varit illamående. Avföring och vattenkastning hade varit normala.

Buken var överallt mjuk och ööm. I höger ljumske palperades en irreponibel, kraftigt ömmande resistens. Ingen hyperemi eller missfärgning av hu-

den förelåg. Mannens temperatur var 39 grader och vita $22 \times 10^9/l$.

Operatören blev dubbelt förvånad

På misstanke om inklämt ljumskbräck anmälde mannen för akut operation.

Operatören instämde vid sin preoperativa undersökning i diagnosen men uttryckte viss förvåning över att en patient med inklämt bräck, hög feber och kraftig leucocytos var så pass opåverkad.

Via ett högersidigt ljumsksnitt exploderades bräcket. Vävnaderna befanns vara kraftigt ödematösa och de olika vävnadskomponenterna svåra att identifiera. Bräcksäcken friades och klipptes upp. Därvid tömde sig grumlig, hemorragiskt missfärgad vätska och spetsen av en lång, gangränös, till bräcksäcken adherent appendix bjöd sig för den förvånade operatören.

Appendix friades från den rymliga bräcksäcken och reponerades in i buken via den vida bräckhalsen. Bräckplastik utfördes enligt Bassini med resorberbar sutur och härefter gjordes appendektomi via växelsnitt över McBurneys punkt.

Proximala tjocktarmen och distala tunntarmen var utan anmärkning.

Med början preoperativt gavs 1,5 g Zinacef och 1,5 g Flagyl.

Det postoperativa förloppet var komplikationsfritt. Patienten skrevs ut tredje postoperativa dagen.

Ytterligt ovanlig bräckkomplikation

Patienten hade alltså en gangränös appendicit i ett vanligt medialt ljumskbräck. Bräckhalsen var vid och det rörde sig inte om någon strangulation. Denna bräckkomplikation är ytterligt

Författare

JONAS RICHTHOFF
leg läkare

JAN SCHÖNEBECK
överläkare; båda vid kirurgiska kliniken, Ljungby lasarett.

ovanlig. Diagnosen ställs praktiskt taget alltid peroperativt, dels eftersom åkomman är så sällsynt, dels då den kliniskt rätt väl imiterar bilden vid inklämt bräck.

Appendicit förekommer också i andra typer av bräck, t ex femoralbräck och ärrbräck, men vanligast är det i högersidiga femoralbräck hos postmenopausala kvinnor. Enstaka fall finns beskrivna i umbilikal- och obturatoriusbräck. Hos män är det vanligast i högersidiga ljumskbräck. Komplikationen kan inträffa även hos barn [2].

Appendix kan givetvis också vara en del av ett inkarcererat bräcksäcksinnehåll, vilket är något helt annat än, som i detta fall, appendicit i ett bräck.

Appendektomin görs bäst via bräcksnittet

På vår patient gjordes appendektomin via vanligt växelsnitt med tanken att det skulle minska risken för infektion i bräckplastiken. Erfarenheten – i den akuta situationen okänd för operatören – talar dock för att appendektomin med fördel kan göras via bräcksnittet.

Vårt fall styrker i viss mån detta, någon sårinfektion inträffade ej. En sårinfektionsfrekvens på 50 procent anges förekomma [3] men torde med peroperativ antibiotikumterapi kunna reduceras. Vi gav inte antibiotikum profylaktiskt utan så snart diagnosen appendicit blev uppenbar. Misstanke på inkarcererat bräck kan dock vara skäl nog för preoperativ antibiotikumprofylax.

Vi tror ändå att bräckplastiken lämpligast görs med resorberbar sutur och inte med icke resorberbar eller nät. Skulle infektion uppstå i dessa senare fall blir det ofta ett långdraget förlopp med suturvandring, och infektionen läker inte ut förrän det infekterade, kroppsfrämmande materialet är borta. Bräckrecidiv är då inte heller ovanligt.

Mortaliteten är inte försumbar

Mortaliteten hos patienter med appendicit i bräcksäck är inte försumbar. Den anges variera mellan 14–30 procent [3] men torde med modern sjukhusvård numera vara betydligt lägre.

I detta sammanhang kan frågan ställas om vad man bör göra om en frisk appendix bjuder sig vid en bräckoperation. Ofili och medarbetare [4] beskriver två sådana patienter som bräckopererats utan att appendix togs bort och som 19 respektive 24 månader senare insjuknade i appendicit.

De beskriver också 11 patienter där en frisk appendix avlägsnades vid bräckoperationen, som i övrigt genomfördes på operatörens gängse sätt med monofil nylonsutur av bräckplastiken och utan antibiotikumskydd. Efter mel-

lan 3 och 48 månader hade inga komplikationer inträffat hos de 10 patienter som kunde kontrolleras. Eiseman och medarbetare [5] torde vara de första som föreslog samtidig appendektomi och bräckplastik även här utan profylaktisk antibiotikumtillförsel.

Utan att vara experter vill vi tro att moderna bräckkirurger, som använder icke resorberbart suturmaterial och ofta nät, i allmänhet inte skulle rekommendera samtidig appendektomi. En infektion hos en sådan patient är så allvarlig att den sannolikt uppväger de enstaka appendektomier man framdeles kan få göra.

Referenser

1. Thomas WEG, Vowles KDJ, Williamson RCN. Appendicitis in external hernia. *Ann R Coll Surg Engl* 1982; 64: 121-2.
2. Carey LC. Acute appendicitis occurring in hernias: A report of ten cases. *Surgery* 1967; 61: 236-8.
3. Holgersen LO, Suleman M. Acute appendicitis in incarcerated inguinal hernia. *NY State J Med* 1980; 80: 1739.
4. Ofili OP. Simultaneous appendectomy and inguinal herniorrhaphy could be beneficial. *Ethiop Med J* 1991; 29: 37.
5. Eiseman B, Robinson RM, Brown JH. Simultaneous appendectomy and herniorrhaphy without prophylactic antibiotic therapy. *Surgery* 1962; 51: 578-81.

ÖVERVIKT



Särtryck av en serie i Läkartidningen 1996–1997

I rika länder blir allt fler allt fetare och riskerna med övervikt uppmärksammas allt mer. Samtidigt klarnar den genetiska bakgrunden och forskarna öppnar vägen för nya medel mot övervikt.

Lönar det sig att behandla övervikt? Vilka metoder fungerar? Hur verkar de nya läkemedel som är på väg in på den svenska marknaden?

Sådana centrala frågor belyses i Läkartidningens serie som nu finns som särtryck.

Häftet omfattar 16 artiklar på sammanlagt 50 sidor + färgomslag. Priset är 65 kronor. Vid köp av 11–50 ex 60 kronor och vid större upplagor 56 kronor/exemplar.

Beställer härmed
..... ex Övervikt

.....
Namn

.....
Adress

.....
Postnummer/Postadress

.....
Insändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet
»Övervikt«

Telefax: 08-20 76 19