
Metastase i navlen

MEDISINEN I BILDER

TORE THOLFSEN

tortho@ous-hf.no

Gastrokirurgisk avdeling

Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Tore Tholfsen er overlege, spesialist i generell kirurgi og i gastroenterologisk kirurgi.

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

ROBBERT-JAN LINDEMAN

Gastrokirurgisk avdeling

Stavanger universitetssjukehus

Robbert-Jan Lindeman er lege i spesialisering i gastroenterologisk kirurgi.

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

SHERAZ YAQUB

Gastrokirurgisk avdeling

Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

og

Institutt for klinisk medisin

Universitetet i Oslo

Sheraz Yaqub er ph.d., spesialist i generell kirurgi og i gastroenterologisk kirurgi, overlege og førsteamanuensis.

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



Bildet viser navlen til en kvinne i 60-årene som oppsøkte lege etter å ha oppdaget en hevelse med et væskende sår sentralt i navlen. Såret hadde væsket over flere uker. Fastlegen henviste pasienten videre med spørsmål om brokk eller fremmedlegemegranulom. Ved undersøkelse ble det funnet en cirka 10 × 10 mm stor svulst i navlen med et sår. Det var ubehag ved palpasjon, utover dette ingen alarmerende symptomer. Grunnet mistanke om underliggende alvorlig sykdom, ble det rekvirert computer tomografi (CT), som avdekket en lokalavansert svulst i bukspyttkjertelen. Reseksjonsbiopsi av kulen bekreftet metastase fra pankreaskreft. Kurativ behandling ble ikke ansett som aktuelt, og hun mottok palliativ behandling.

Metastase til navlen er kjent som Sister Mary Josephs knute, oppkalt etter en katolsk nonne født Julia Dempsey (1856–1939), som var assistenten til Dr. William Mayo ved Mayoklinikken i USA. Hun gjorde ham oppmerksom på tilstanden, og han beskrev sammenhengen mellom navlesvulster og intraabdominal kreft (1). Tilstanden er sjelden og sees hos 1–3 % av pasienter med kreft i bukorganer (2). Oftest stammer metastasen fra gastrointestinale svulster (35–65 %), men den kan også komme fra gynekologisk kreft (12–35 %) eller sjeldnere fra lunge-, bryst-, prostata-, urinveis- eller bukspyttkjertelkreft (3). I opptil 30 % av tilfellene påvises primærsvulsten aldri.

Knuten er oftest fast, smertefri og av varierende størrelse. Den kan være ulcerert og utgjøre det første tegnet på underliggende kreftsykdom. Differensialdiagnoser inkluderer navlebrokk, endometriose, pyoderma gangrenosum, keloid, infeksjon, fremmedlegemegranulom og primære hudsvulster. Biopsi og bildediagnostikk er avgjørende for korrekt diagnose.

Kasuistikken illustrerer betydningen av grundig inspeksjon, også av navlen – et lite område som kan romme stor diagnostisk verdi.

Pasientens pårørende har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

LITTERATUR

1. Mayo WJ. Metastasis in cancer. *Mayo Clin Proc* 1928; 3: 327. [CrossRef]
2. Tso S, Brockley J, Recica H et al. Sister Mary Joseph's nodule: an unusual but important physical finding characteristic of widespread internal malignancy. *Br J Gen Pract* 2013; 63: 551–2. [PubMed][CrossRef]
3. Powell FC, Cooper AJ, Massa MC et al. Sister Mary Joseph's nodule: a clinical and histologic study. *J Am Acad Dermatol* 1984; 10: 610–5. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 8. april 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0661

Mottatt 30.10.2025, første revisjon innsendt 29.12.2025, godkjent 16.2.2026.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. juli 2026.