

Lösning på bakjournalfallet från nummer 3

I förra numret av Svensk Kirurgi presenterades det första i serien av kluriga bakjournalfall som kommer att komma regelbundet i tidningen framöver. Nedan följer först en kort sammanfattning av fallet, därefter en kommentar och förslag till diagnos och vidare handläggning från P.O. Nyström. Till sist får vi facit från Karsten Offenbartl.

Sammanfattning av förra numrets fall

Tjugotvåårig tidigare frisk man söker akutmottagningen med två veckors anamnes på låga buksmärter. Temp 38 grader, LPK 13, CRP 80. Uttalad ömhet och muskelförsvår i höger fossa iliaca. Primärjournen beslutar om appendektomi. Vid operationen växelsnitt över MB, klar vätska i bukhålan, cecalpolen palperas hård och inflammatoriskt förändrad. En appendix som ser makroskopiskt frisk ut extirperas och du som är bakjour tillkallas. När du undersöker tarmen finner du en ordentligt svullen och fast cecalpol, rikligt med förstörade lymfkörtlar i ileocekalvinkeln. Terminala ileum ser frisk ut på utsidan.

Diagnos- och handläggningsförslag från P.O. Nyström

Det är en ung man som har tyflit, men inte appendicit eller ileit, sedan två veckor. Den inflammatoriska bilden är i underkant för en akut operation med så lång anamnes. Akut appendicit har sällan mer än ett par dygns anamnes. Operationsindikationen appendicit saknas därför. Att operatören inte förstår situationen visas också av att han eller hon avlägsnat den friska appendix när sjukdomen är något annat. Först fel skäl att operera sedan fel utförd operation. Här

finns en kunskapsbrist hos en yngre operatör som skapat ett onödigt akut problem för bakjournen och en ökad risk för patienten.

Bakjournen har att ta ställning till två handlingsvägar när buken nu är öppen. Först sy ihop såret utan vidare åtgärd. För det andra att göra en högersidig hemikolektomi. Jag lutar åt det förra.

Diagnosen tyflit ses ganska sällan idag. De tidiga appendixkirurgerna kallade ofta appendicit för tyflit. Kanske var det så man såg patologin. De opererade sent i förloppet. Därför skall kanske diagnosen tyflit orsakad av appendix inte uteslutas när operationen som i det här fallet sker med så lång anamnes.

En divertikulit på högerkolon eller cecum är en diagnos som tycks vanligare närmare ekvatorn och bör klart övervägas eftersom patienten tycks vara vid god hälsa tidigare. Det är tveksamt om den behöver opereras i detta fall.

Tyflit kan vara flera andra sjukdomar som exempelvis tuberkulos. Ileocekalregionen är speciell immuno-inflammatoriskt, vilket är kliniskt viktigt. En rad infektiösa och inflammatoriska sjukdomar uttrycker sig ileocekal. Vävnaden där tycks mer reaktiv än på andra lokaler i tarmen. Crohns sjukdom, yersinia-

enterit, tarmperforation av tyfoid och andra tarminfektioner uttrycks alla ileocekal. Även tumörsjukdomar har en viss dragning ileocekal med carcinoid som exempel. Koloncancer i cecum anses ha sämre förlopp och sådana patienter har oftare förlorat T-cellsvaret vid så kallat *recall antigen-test*.

Tyflit där ibland hela cecum går i nekros och försvinner med ett stort öppet hål i tarmen är en allvarlig komplikation till den onkologiska behandlingen för leukemi men kan ses hos alla med allvarlig immunstörning. Tyflit finns beskriven hos AIDS patienter med tuberkulos eller cytomegalvirusenterit.

I den bästa av världar känner en ST med tre års kirurgi till att appendicit inte går med två veckors anamnes. Han eller hon hade sänt patienten på datortomografi av buken vilken hade visat tyflit. Därifrån är det dags att fundera men inte operera. Som korten är lagda skulle jag ha sytt ihop buken på den information som finns. Andra skulle ha gjort en resektion. Det är då risk att bakjournen gör saken än värre för patienten om det visar sig bli en ofullständig resektion för malign tumör.

P.O. NYSTRÖM
Stockholm
per-olof.nystrom@karolinska.se

Lösningen

Bakjouren tolkar bilden som en ospecifik infektion i ileocecalregionen, buken sluts och patienten behandlas med intravenösa antibiotika i fyra dygn. Den fjärde postoperativa dagen går han hem med en kur perorala antibiotika. Remiss till poliklinisk CT buk och återbesök bokas till bakjouren. PAD visar frisk appendix. Postoperativ dag 14 kommer han åter in med buksmärtor och feber. Akut CT med intravenös kontrast visar kraftigt väggförtjockad distal ileum och cecalpol, ökad strålkighet i fettret runtomkring. Ingen abscess. Diagnosförslag Mb Crohn. Överremitteras till medicinsk gastroenterologi och sköts därefter i samarbete mellan medicinare och kirurger.

För att sedan göra en lång historia kort, så utvecklade patienten en kronisk tarmfistel i såret efter appendektomi; vårdades sammanlagt under elva månaders förlopp fem gånger på kirurgklinik och fyra gånger på medicinklinik. Efter dryga två månader kände man sig så säker på Crohndiagnosen att immunosupprimerande behandling inleddes. Efter sammanlagt fem CT buk, en MR tunntarm, tre koloskopier i narkos, ett tillfälle av tarmhinder med buköversikt och passageröntgen, ett ultraljud och en fistulografi gjordes en ileocecalresektion.

Patienten tillfrisknade och har därefter mått väl. PAD visade Mb Crohn.



KARSTEN OFFENBARTL
Eksjö
Karsten.Offenbartl@lj.se

Nytt bakjournalfall

Nyförlost kvinna med kolecystit

Här kommer det andra i vår serie av autentiska bakjournalfall där vi i nästa nummer kommer att berätta hur det gick i verkligheten. Redaktionen ser fram emot många synpunkter från er läsare. Skicka kommentarer och förslag till vidare handläggning till magnus.nilsson@ki.se.

Tjugosjuårig kvinna, Ilgrava, Ipara, inkommer till förlossningsavdelningen med fullgången graviditet nummer två efter barnmorskekontakt då hon fått rejält ont och ömhet under höger arcus. I lab lätt stegrat S-ALP på 3,6 (normalvärde <1,8), i övrigt normala prover. Gynekologen konstaterar vid ultraljud gallsten och svullen gallblåsevägg. Förlossningen sätts igång och förlöper okomplicerat. Bukbesvären viker efter förlossningen.

Tio dagar senare inkommer patienten ånyo med ett dygns svår värk upptill på höger sida i buken. Vid bukpalpation har patienten ett tydligt status under höger arcus. I lab ånyo stegrat S-ALP på samma nivå och ett marginellt stegrat S-bilirubin. De inflammatoriska parametrarna är lätt stegrade. S-amylas är normalt. Ett nytt ultraljud, denna gång utfört av

röntgenläkare konfirmerar gallstensdiagnosen och en måttlig kolecystit. I enlighet med klinikens rutin går patienten till tidig operation, som görs öppet samma kväll. Ingreppet görs av en erfaren specialtläkare. Gallblåsan, som är måttligt inflammerad löses uppifrån och slutligen kan man göra kolangiografi med ductus cysticus fridissekerad. Bilderna visar ett gracilt gallträd med normal anatomi men ingen som helst övergång av kontrast till duodenum. Det påvisas inget konkrement. En röntgenserie till, efter 1 mg glukagon intravenöst, ger samma resultat.

Du är bakjour och befinner dig i hemmet när du blir uppringd av primärjouren. Vilka är dina råd och vad gör du nu?

KARSTEN OFFENBARTL
Eksjö
karsten.offenbartl@lj.se

Skicka in nya bakjournalfall för publikation i Svensk Kirurgi!

För att maximera bredd och kvalitet på de fall som publiceras framöver önskar vi all hjälp vi kan få med nya intressanta bakjournalfall. Skicka era fall till:

Peter Elbe på peter.elbe@telia.com
eller

Karsten Offenbartl på karsten.offenbartl@lj.se >