

Lösning på bakjournalfallet från förra numret — samt ett nytt autentiskt fall att fundera på

Först följer en sammanfattning av fallet från förra numret, följt av det faktiska fortsatta förloppet, som avslöjas av Karsten Offenbartl. Därefter får vi en kommentar till fallet och dess handläggning från Anders Hyltander i Göteborg. Allra sist kommer ett nytt bakjournalfall att fundera över. Om ni har tankar om detta nya fall så kan ni maila dessa till magnus.nilsson@ki.se.

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

Tio dagar senare inkommer patienten med ett dygns svår värk upptill på höger sida i buken, tydligt status under höger arcus och i lab ånyo stegrad S-ALP nivå och ett marginellt stegrad S-bilirubin och lätt stegrade inflammationsparametrar. Ett nytt ultraljud konfirmerar gallstensdiagnosen och en måttlig kolecystit. Patienten går till tidig operation, som görs öppet samma kväll av en erfaren specialistläkare. Vid peroperativ kolangiografi, efter lösning av gallblåsan från toppen, ses 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 primärjuren. Vilka är dina råd och vad gör du nu?

Faktiskt fortsatt förlopp och handläggning

Bakjuren ger operatören rådet att stänga buken och planera för ERCP nästkommande dag. På morgonen har patienten lätt synlig ikterus, S-bilirubin 60, aminotransferaser och S-ALP kring 6. Efter 18 timmar från operationen görs en ERCP. Endoskopisten kanylerar gallgången selektivt och kan under genomlysning se hur röntgenkatetern puttar upp en liten sten i gallgången. Det görs en vid sfinkterotomi över ledare och stenen kan dras ut med ballong. På kvällen, cirka fyra timmar efter ERCP får patienten svåra buksmärter och man kan palpera gasknitter på halsen. En akut CT thorax-buk visar rikligt med retroperitoneal gas, som disseke-

rar sig upp i mediastinum och ut på halsen. Patienten läggs på IVA, fastas, får vätska och antibiotika intravenöst och tillståndet stabiliseras på två dygn. Efter tre dygn på vårdavdelningen, där allt lugnar ner sig, kan patienten skrivas hem till sin familj. Sammanlagd vårdtid sju dygn. Fortsättningen förlöpte fritt från komplikationer.

KARSTEN OFFENBARTL

Eksjö

Studierektor för bakjoursskolan

karsten.offenbartl@lj.se



Frontalbild CT som visar stora mängder retroperitoneal gas till höger i buken upp mot thorax.

Kommentar från Anders Hyltander

Hade fallet kunnat lösas på något annat sätt? Har tidpunkten på dygnet någon betydelse? Skiljer sig handläggningen på ett universitetssjukhus jämfört med ett länsjukhus?

Det här är ett vanligt men likväl intressant fall. Patienten opererades alltså öppet på kvällstid av rutinerad operatör. I normalfallet hade kirurgen rimligen valt att vid samma operationstillfälle göra en transcystisk koledokoskopi, alternativt en koledokotomi med åtföljande skopi för diagnos och utförskaftande av konkrementet. Därefter ny kolangiografi/skopi för att bekräfta fri passage.

I det aktuella fallet var den extrahepatiska gallvägen uppenbarligen så gracil att operatören bedömde det som riskfyllt att gå vidare, vilket gjorde att man istället valde postoperativ ERCP, vilket sannolikt få har några invändningar emot. Operationen genomfördes under kvällstid varför det får betraktas som helt uteslutet att man kunde få en ERCP perioperativt. Operation under dagtid skulle ha kunnat erbjuda denna möjlighet där operatör och skopist kan samarbeta för att underlätta proceduren och dessutom få patienten färdigbehandlad vid ett och samma terapitillfälle. Möjligheten att få ERCP gjord perioperativt är sannolikt större på en större klinik med tillgång till fler skopister. Med tanke på patientens kliniska status, röntgen och labdata fanns rimligen viss misstanke om distalt hinder preoperativt varför operation dagtid hade varit att föredra.

Riskscenariot med ERCP är väl känt med en komplikationsfrekvens på cirka tio procent. Detta fall illustrerar en ovanlig, men likväl potentiellt allvarlig komplikation. För att ytterligare minska denna risk är en god idé att peroperativt lägga ner en ledare genom cysticus ut i duodenum för att underlätta den efterföljande ERCP:n. Ledaren kan oftast lirkas

förbi det distala hindret och fixeras i cysticus med clips, alternativt ligatur, för att förhindra läckage och dislokation. Denna teknik kan användas oberoende av om man använder laparoskopisk eller öppen teknik. (Ett alternativ är en dubbel pigtail-stent.) ERCP görs därefter snarast vid första

lämpliga tillfälle. Efter genomförd undersökning och åtgärd dras ledaren lätt ut av skopisten.

ANDERS HYLTANDER

Göteborg

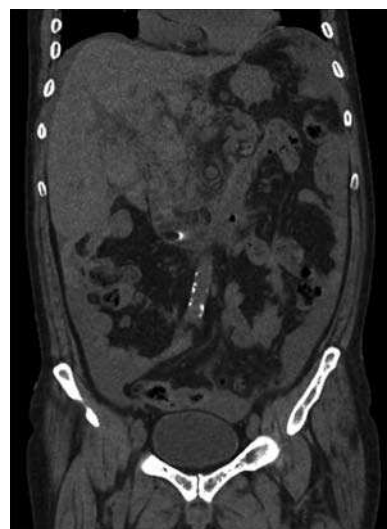
Anders.Hyltander@vgregion.se

Nytt bakjournsfall

Femtiosjuårig man med tidigare alkoholproblem, pågående hypertoni behandling samt kända EKG-förändringar som vid vänsterkammerbelastning kommer in i ambulans vid 23-tiden med anamnesen att ha svimmat av i hemmet med samtidigt svåra buksmärter. Amalanspersonalen fann en blek och smärtpåverkad, kallsvettig man, som vaknat upp och som klagande över bröst- och buksmärter. Blodtrycket var 100/65 och pulsen 120. EKG, som sändes till HIA, var oförändrat jämfört med tidigare. Patienten fick en venflon, intravenöst morfin och 1000 ml Ringeracetat. Under transporten in till sjukhuset drabbas han av ytterligare en svimning, denna gång med ryckningar i armar och ben samt urin- och fecesavgång.

Vid ankomsten till akuten efter 20 minuters ambulansfärd är patienten vaken, fortfarande kallsvettig, puls 100 med blodtryck 110/60. Det framkommer att samma man samma dag skrevs ut efter ett knappt dygns bukobservation på kirurgkliniken, då också efter buksmärter till höger i buken. Dessa vek på två morfinitinjektioner under de första två timmarnas observation för att inte återkomma. I lab fanns inga relevanta avvikelser. Någon röntgenundersökning utfördes ej.

Primärjuren på kirurgen ordinerar akuta blodprover och ytterligare vätskeinfusion samt en akut CT buk. EKG är oförändrat jmf med tidigare. När blodproverna anländer ser du ett Hb-värde på 75 g/l, leukocyter på



Frontalbild CT som visar intraabdominell vätska runt lever och mjälte samt "stökigt" kring pankreas-duodenum.

16, S-kreatinin på 160, CRP på 58 samt normala leverprover. S-tropoinet är 0,17 (normalt <0,03) vilket talar för hjärtmuskelskada. En akut CT buk, dock utan intravenös kontrast beställs. Patienten planeras till HIA efter CT.

Du är bakjour och befinner dig i hemmet när primärjuren ringer dig. Du får veta att CT visar rikligt med vätska i buken, det finns inga tecken till aortaaneurysm och lever, mjälte samt njurar ser intakta ut. Vätskan i buken "måter" mer som ascites än blod. Patienten är nu vaken med bra blodtryck och puls på 100 och ligger på HIA för telemetriövervakning.

Vad gör du?

KARSTEN OFFENBARTL

Eksjö

karsten.offenbartl@jll.se