

# Rekapitulation av förra numrets fall

**F**emtiårig man kommer in i ambulans vid 23-tiden med anamnesen att ha svimmat av i hemmet med samtidiga svåra buksmärter. Amulanspersonalen 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 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.

Det framkommer att samma, man samma dag, skrevs ut efter ett knappt dygns bukobservation på kirurgkliniken, då också efter buksmärter till höger i buken, som då gav vika på två morfininjektioner. Lab var då helt normalt. Primärjouren på kirurgakuten 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 16, S-kreatinin på 160, CRP på 58 samt normala leverprover. S-troponinet 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 primärjouren 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?

## Lösningförslag

Erik Secher, överläkare på Ersta sjukhus i Stockholm, har bidragit med följande synpunkter på fallet:

**E**fter 13 år på en elektiv klinik är det en utmaning att ha synpunkter på ett akut bukfall.

Spontana (intuitiva..) reflexioner som slår mig denna lördagkväll;

- 0,17 i troponin talar starkt/entydigt för hjärtinfarkt.
- Hjärtinfarkt skulle med lite god vilja kunna förklara patientens samtliga symtom.
- Ryckningarna och urin och fecesavgången är ett villospår..?

- Den lilla bildtexten om "stökigt kring pankreas-duodenum" uppfattas däremot som en ledtråd.
- Patienten hade inga "relevanta avvikelser" i lab tidigare på dagen vilket måste uppfattas som att anemin är nytillkommen.
- Utgår ifrån att normalt leverstatus inkluderar amylas.
- Vilsledande, anmärkningsvärt och nästan lite fänigt (allra helst i en kirurgtidsskrift) att man vare sig för kirurgobservationen tidigare på dygnet eller för den aktuella inläggningen återger något bukstatus.
- Uppgiften att den rikliga vätskan snarast liknar ascites är svårvärderad och sannolikt osäker. Normal lever talar emot ascites på alkoholbas och den uttalade nytillkomna anemin talar för blödning.
- Vilka smärtor ger inte vika på två morfininjektioner på två timmar..? ...skickades patienten hem under morfinrus?
- Saknar uppgifter om övriga eventuella gastrointestinala symtom som illamående, kräkningar, diarréer, blödning från gastrointestinalkanalen.
- Saknar uppgifter om tidigare buksjukdomar och operationer.
- Saknar uppgifter om tarmbild på CT.

### Bedömning

Om jag med den ofullständiga bild som ges ovan ändå måste bestämma mig, så vill jag veta vad vätskan i buken består i. Detta kräver varken laparotomi eller laparoscopi, utan en enkel punktion, laparocentes, vilket bör vara förenligt med akut hjärtinfarkt. Vid blodigt utbyte vid laparocentes kan man knappast undvika exploration. (Angiografi kan eventuellt öka den diagnostiska informationen men "the threshold treatment probability" är redan överstigen och därför avstår jag från angiografi<sup>1</sup>). I valet mellan laparoscopi och laparotomi väljer jag det senare, i tron (SIC) att det är en skonsammare och snabbare väg till till diagnos och åtgärd. Avslutningsvis sätter jag min slant på rupturerat mjältartäreurysm.

1. Medical decision making, Sox – Blatt – Higgins – Marton, ACP

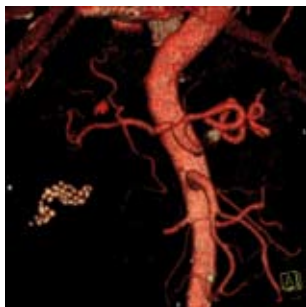
ERIC SECHER  
Stockholm

Eric.secher@erstadiakoni.se

## Lösningen

De uppgifter du får av primärjournen gör att du bedömer att patienten har en intraabdominell blödning. Oavsett troponinvärden hör blödande patienter hemma på IVA eller operation, aldrig på HIA. Patienten tas till IVA, slangas upp och kan stabiliseras med blod och vätska. Efter att ha sett CT-bilderna och bedömt att blödningskällan sannolikt finns i området under levern väljer du att be om en CT med intravenös kontrast och artärfas, så kallad CT-angio. Vid denna undersökning demonstreras ett 1,5 cm stor kontrastansamling i ligamentum hepatoduodenale mellan den högra och vänstra leverartärgrenen, var god se CT-rekonstruktionen. Röntgenläkaren uppfattar detta som ett litet aneurysm alternativt pseudoaneurysm.

Du kontaktar en gästspelande kärlkirurg och tillsammans bedömer ni patient och bilder. Övervägandet står mellan operation och endovaskulär åtgärd. Patientens tillstånd, med stor blödning och ett par tillfällen av cirkulationskollaps- och



CT-rekonstruktion av bukens artärsystem med ett pseudoaneurysm. I gallblåsan finns multipla konkrement.

”praktiskt avstånd” på minst fyra timmar till centrum där endovaskulär åtgärd kan utföras, gör att ni väljer operation.

När buken öppnas tömmer sig tre liter tunnflytande blod. Under levern är vävnaderna imbiberade med blod

och koagler. Ni etablerar proximal kontroll av leverartären med Pringles manöver (i form av gummiband runt ligamentet via omentum minus och foramen epiploicum), sedan dissekeras ligamentet och leverkärnen fria. Ett pseudoaneurysm hittas där röntgen har påvisat det. Det har sannolikt uppstått i en liten koledokusartär från den högra levergrenen. Aneurysmet sticks om från två håll och blödningen står. På vägen in i ligamentet togs gallblåsan, som var stenfylld, bort för åtkomlighetens skull.

”The patient made an uneventful recovery” och skrevs hem postoperativ dag fem.

KARSTEN OFFENBARTL

## Nytt bakjournalfall

En 70-årig man kommer in till kirurgakuten i ambulans med svåra buksmärter sedan några timmar. Primärjournen söker dig och berättar att hon uppfattar att patienten har en brädhård buk och därmed peritonit. En CT-buköversikt är gjord och fri gas misstänks, men är osäker, i bukens övre del. I blodproverna finns en leukocytos med vita på 12,8. CRP är stegrat till 58 men har legat på denna nivå tidigare under utredningen. Det framkommer att patienten nyligen diagnostiserats med ett carcinoidsyndrom och att han om 2 veckor ska opereras med tarmresektion och lymfkörtelutrymning av en av regionens carcinoidexperter. Samtidigt planeras kolecystektomi som förberedelse inför intermittent ischemisk behandling av levermetastaserna.

Du ser själv patienten och instämmer i din primärjournens bedömning. Patienten är kraftigt smärtpåverkad trots Ketogan intravenöst och buken är kraftigt ömmande. När du läser in dig på datajournalen framkommer att patienten har utbredd levermetastasering, där PAD på leverbiopsi visar högt differentierad carcinoid. På CT

finns tecken till en ileumcarcinoid med utbredd lymfkörtelförstoring upp i mesenterialroten. Chromograninvärdet i blodet och 5-HIAA i urin är kraftigt förhöjt. Ultraljud av hjärtat har inte visat på några signifikanta avvikelser och behandling med långverkande somatostatinanalog inleddes för tre veckor sedan. Det senaste året har patienten haft uttalade diarréer, knipsmärter i buken, måttliga flusher och 10 kg viktneidgång. Under 1970-talet hade patienten flera gånger duodenalsår.

Vad gör du nu?



KARSTEN OFFENBARTL  
Eksjö  
karsten.offenbartl@lj.se