

# Lösning på bakjournalfallet nr 6/2008

## Avancerad tunntarmscarcinoid

**D**u står här inför en patient med en spridd tumörsjukdom. Här måste du veta att patienter med metastaserande tunntarmscarcinoid, trots avancerat tumörstadium, har en helt annorlunda prognos än till exempel en patient med kolorektal cancer med samma tumörutbredning. Carcinoidpatienten i detta fall har en flerårig förväntad överlevnad med adekvat kombinerad kirurgisk och onkologisk behandling, medan kolorektalcancerpatienten kanske bara har några veckor kvar att leva i motsvarande läge.

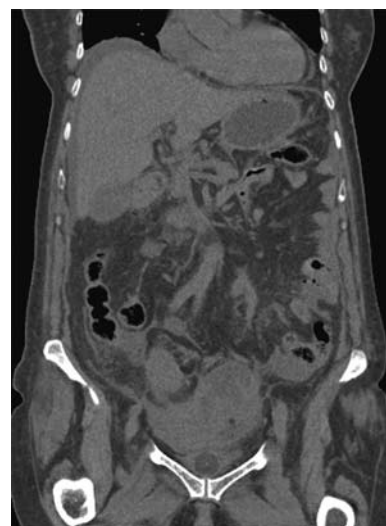
Vid din kliniska undersökning uppfattar du att patienten har en peritonit. Är då detta en peritonit som kräver laparotomi för vidare handläggning eller kan man genom fortsatt utredning komma fram till peritonitens källa? Kan patienten ha ett perforerat duodenalsår som eventuellt kan behandlas konservativt? Utifrån din erfarenhet vet du att patienter med tunntarmscarcinoid av och till uppvisar tumörväxt i mesenteriet, som stryper den venösa cirkulationen och leder till tarmgangrän, du oroar dig för att så skulle vara fallet och planerar för operation. När du nu valt en laparotomi – har du då kompetens och beredskap att utföra den tekniskt komplicerade dissektionen av tunntarmsmesenterium och lymfkörtlar i mesenterialroten, som krävs

för ett adekvat carcinoidingrepp, eller ska man inrikta sig på någon form av *damage control*-ingrepp, som löser det aktuella problemet. Kan en laparoskopisk enbart ge dig tillräckligt säkert svar på vad som händer i buken?

I detta läge lyfter du telefonluren och konfererar med carcinoidexperten på det närliggande länssjukhuset. Ni diskuterar olika strategier utifrån möjliga fynd vid operationen och arrangerar för ny telefonkontakt vid behov peroperativt. Du får rådet att snarast sätta in en intravenös somatostatinanalog och ha kvar detta över ingreppet för att säkra anestesin och det perioperativa förloppet.

Vid operationen, som genomfördes via ett långt medellinjesnitt, fanns ingen tarmperforation och ej heller någon cirkulationspåverkad tarm. Däremot hade omentet vallat in en stor levermetastas i höger leverlobs främre kant och här fanns fibrinbeläggningar. Du bedömer att smärtorna orsakats av en tumörnekros i metastasen och går vidare med det ingrepp som var planerat till om några veckor. Detta var en av de strategier som fanns med i planen preoperativt.

Du identifierar den lilla primära carcinoidtumören palpatoriskt i distala ileum, hittar inte fler carcinoider vid kontroll av tunntarmen och gör så en dissektion av lymfkörtelpaketet vid vena mesenterica superior under pan-



CT buköversikt efter 24 timmar. Man ser nu rikligt med vätska kring levern och mellan tarmarna.

creas och när dessa friats bedömer du hur mycket tarm som behöver reseceras. I detta fall togs 30 cm ileum och högerkolon fram till kolikamediakär-len bort *en bloc* med lymfkörtlar och mesenterium. En primäranastomos i tarmen gjordes, och på carcinoidexperten inrådan, även en kolecystektomi, för att förbereda patienten för en framtida intermittent ischemisk behandling av levermetastaserna.

Patienten eftervårdades sju dygn och gick sedan hem utan kirurgiska komplikationer.

I efterförloppet har patientens buksmärter och diarréer minskat. Vikten har återhämtat sig väl och han fortsätter med ökad dos långverkande somatostatinanalog.

Vid "retrospektroskopi" hade nog en laparoskopi ganska säkert kunnat utesluta en åtgärdskrävande orsak till peritoniten. Om du som bakjour är ovan vid svår tarmkirurgi är laparoskopi sannolikt det bästa valet. Vid hyggligt korta transportsträckor till expertis på området är det förstås också rimligt att skicka patienten ifrån sig efter stabilisering.

KARSTEN OFFENBARTL

## Kommentar:

### "Så lite som möjligt"

Kloka råd om handläggningen av patienten med avancerad carcinoidsjukdom och peritonit ger Per Hellman, Uppsala.

I föreliggande fall finns information om två viktiga saker beakta: 1) Det faktum att patienten tycks ha en brädhård buk, till och med eventuell perforation och 2) att han har en nyligen diagnostiserad midgut carcinoid. Sistnämnda sjukdom innebär – även med levermetastasering – att man med rätt behandling kan leva länge med bra livskvalitet. Således ska inte detta faktum på något sätt påverka det akuta omhändertagandet.

Målet med behandlingen torde vara att på bästa sätt behandla den peritonit patienten uppvisar. Orsaken till denna kan vara flera. Misstanken att det hänger ihop med den utbredda carcinoidsjukdomen är förstås troligast: – nedbundna tarmar ledande till utveckling av ileus och efterföljande tarmperforation – eller – vilket indikerar att det kan vara ganska bråttom – ischemisk tarm på grund av att den mesenteriella metastasen påverkar blodflödet till eller från tunntar-

marna genom att komprimera vena och/eller arteria mesenterica superior följt av perforation av dåligt perfunderat område. Slutsatsen initialt blir att man ska genomföra en akut operation. För denna krävs emellertid vissa förberedelser.

Utmärkt är att en ekokardiografi redan är utförd, vilket gör att man slipper oro sig för högerhjärtsvikt, som skulle kunna vara följden av ett carcinoidsyndrom med skadade klaffar i högerhjärtat. Däremot kan själva operationen leda till kraftigt ökad utsvämning av olika vasoaktiva metaboliter i blodet, som även om patienten står på somatostatinanalogbehandling, inte kan blockeras med dessa doser. Han ska ha peroperativ infusion med somatostatin (50 µg i 500 ml NaCl, 50-100 µg/timme) för att förhindra peroperativa blodtrycks- och pulsförändringar.

Vid operationen ska man göra "så lite som möjligt" – det vill säga rese-

cera ischemisk tarm och delen med eventuell perforation men undvika intestinal by-pass. Det är inte rekommenderat att börja ägna sig åt fullständig carcinoidkirurgi (dvs resektion av mesenteriell metastasering, kolecystektomi etc). Denna kirurgi utförs lämpligen vid en senare reoperation när patienten hämtat sig från det akuta tillståndet.



PER HELLMAN

Uppsala

per.hellman@surgsci.uu.se

# Nytt bakjournalfall 1/2009

Studierektorn i Svensk Kirurgisk Förening, Karsten Offenbartl, presenterar ett nytt patientfall att grubbla över. Skicka era "grubblrier" till Svensk Kirurgi!

**E**n söndagsmorgon klockan nio rapporterar den avgående primärjournen att han på efternatten lagt in en 70-årig kvinna med svåra buksmärter, VAS 10, på kirurgavdelning. Vid undersökning klockan fem på morgonen var patienten febril, takykard med frekvens 110, smärtpåverkad och kraftigt generellt öm i buken. Patienten smärtlindrades med Ketogan, prover togs, 2000 ml Ringer-acetat orderades, liksom intravenöst bredspektrumantibiotikum efter blododling.

När de värsta smärtorna lagt sig kompletterades sjukhistorien och status. Det visar sig att patienten haft tilltagande molvärk bakom symfyssen och dysuri senaste tio dagarna. En timme före inkomsten förvärrades besvären mycket plötsligt och spreds till hela buken. Vid kompletteringen av status görs en rektalpalpation. Ampullen är tom, högt upp känner du en fixerad, oregelbunden resistens, som den erfarna ST-läkaren uppfattar som en fixerad rektalcancer. På handsken finns blod och slem. En akut CT buk beställdes till klockan nio på morgonen.

När du ser patienten strax därpå har hon inte hunnit till röntgen. Patienten har fått en andra Ketoganinjektion för en timme sedan. Smärtorna har minskat, VAS 4. Buken palperas ömmande utan något



Bild 1. CT buk med intravenös kontrast. Man ser den stora tumören i bäckeningången med öar av vätska i tumörmassorna.

större muskelförsvar. Takykardin kvarstår på 100. Temperaturen är 38,3. I blodproverna finns leukocyterna på 28, kreatinin 134, CRP 264. Leverproverna är normala, frånsett ett marginellt stegrat S-ALP 2,7. Du verifierar att patienten har en stor, till bäckenet fixerad rektalcancer ungefär åtta cm upp.

Vid CT-undersökningen, med intravenös kontrast, strax därefter, ses ingen fri gas och ingen ökad mängd vätska i buken. Bäckeningången är utfylld av en stor, sannolik tumörförändring som innefattar sigmoideum och övre rektum. Kolon är ej vidgad. Den vänstra njurens avflödessystem är lätt dilaterat och utsöndringen för-



Bild 2. Samma CT-undersökning som i bild 1 med snitt över njurarna. Vänster njure uppvisar förlångsammat kontrastuppladdning.

långsammat. På djupet i höger leverlob ses en fyra cm metastas.

Vad gör du?



KARSTEN OFFENBARTL  
Eksjö  
karsten.offenbartl@lj.se