

Lösning på bakjournalfallet nr 1/2009

Avancerad rektalcancer med akut komplikation

Svensk Kirurgisk Förenings studierektor, och tillika övergripande ansvarig för bakjoursskolan, Karsten Offenbartl presenterar här fortsättningen på det kliniska bakjournalfallet från föregående nummer.

Kort resumé

En 70-årig kvinna har inkommit akut med svåra låga buksmärter, feber och tachycardi. Laboratorieproverna visar LPK på 28, CRP 264 och kreatinin 134. Kliniska undersökningen visar starkt misstänkt rektalcancer med nedre begränsning på åtta cm och fixering till bäckenväggen. CT visar en stor tumör i bäckeningången men ingen fri gas eller vätska. Ingen ileus men en misstänkt metastas i levern. Vad gör du som bakjour denna söndagsmorgon?

Fortsatta handläggningen

När du strax efter CT-undersökningen sitter ner med röntgenläkaren och går genom bilderna bedömer du att du har att göra med en patient, som först söker sjukvården i ett sent och allvarligt läge av en tumörsjukdom, sannolik rektalcancer, fastvuxen i bäckeningången, med överväxt på vänster uretär och levermetastasering. Kliniskt har patienten en peritonit men ingen fri gas tydande på kolonperforation och ingen ökad mängd vätska i buken. Vid en eventuell laparotomi kan du hamna i ett svårt läge med perforation av en icke resektabel cancer- och du kan eventuellt förvärva patientens möjlighet till en bra

primäroperation av tumören i bäckenet, som kanske ska göras även vid en begränsad levermetastasering.

I detta läge valdes expektans. Patienten fick riklig intravenös vätska; vitalparametrarna och bukstatus kontrollerades med täta intervall på kirurgisk vårdavdelning. När du bedömer patienten kl 22 på inläggningens kväll är buken mindre öm, blodtryck och oxygensaturation stabilt, dock kvarstår en regelbunden takycardi frekvens 110.

Följande dags morgon rapporterar jousen om ett snabbt förmaxflimmer under natten. Hjärtrytmen återställdes med peroral betablockare. Allmäntillstånd och feber är ungefär som kvällen innan. Blodproverna visar kvarstående leukocytos och CRP på samma nivå som igår. Du väljer en ny CT buköversikt för att följa utvecklingen av skeendena i bukhålan. Denna visar att det tillkommit rikligt med vätska i buken men ingen fri gas. Din bedömning är att sjukdomen progredierat under observationstiden, du har inte kontroll över sjukdomsförloppet och patienten går därför till laparotomi. När buken öppnas väller det fram gulvitt illaluktande pus. I bäckeningången ser man tecken på en abscess som tömt sig till

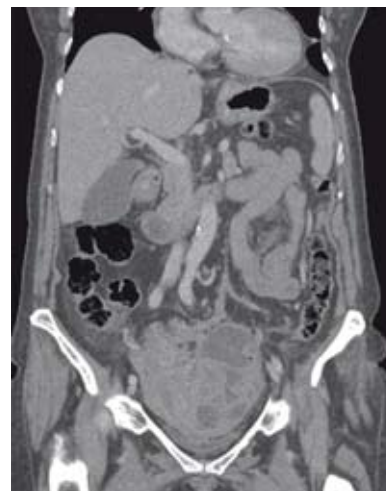


Bild 1. CT buk med intravenös kontrast. Man ser den stora tumören i bäckeningången med öar av vätska i tumörmassorna.

buken, dock ingen kommunikation till tarmen och inga tecken till läckage från tarmen. Det går bra att lägga fram en dubbelpipig sigmoideostomi. Två grova drän läggs mot abscessen. Den postoperativa vårdtiden blev 16 dygn men var i stort okomplicerad. PAD från tumören i rektum visade rektalcancer. Uppföljning med MR av lilla bäckenet blir nästa steg.

KARSTEN OFFENBARTL
Eksjö
karsten.offenbartl@lj.se

Nytt bakjournalfall

Reumatisk kvinna med hematemes

Karsten Offenbartl levererar här ett nytt patientfall som engagerade bakjouren över påskhelgen. Fundera över fortsatt handläggning och skicka gärna in förslag och kommentarer.

En 67-årig kvinna kommer till kirurgakuten på påskafton med hematemes och melena. Hon har en grav reumatoid artrit sedan ungdomen och är ordentligt förvärrad i alla leder. Sedan många år står hon på steroider, azathioprin och NSAID. Hennes ledvärk och allmän-tillstånd har försämrats senaste halvåret och hon har vårdats ett flertal gånger på medicin- kirurg- och rehabiliteringsklinikerna på ditt sjukhus. Laboratiemässigt har det förelegat en växlande njursvikt och en järnbrist-anemi, som föranlett blodtransfusioner vid fyra vårdtillfällen. Patienten har tappat mycket vikt, haft svårt för att äta men inte haft ont i magen. Två gånger har ett enstaka Feces-Hb varit negativt. Man har uppfattat anemin betingad av hennes reumatologiska sjukdom och njursvikt.

I inskrivningsjournalen beskrivs en blek och avmagrad kvinna med kraftigt destruerade leder i händer och fötter. Blodtrycket i hennes smala arm är 105/60, pulsen 96, regelbunden. Huden i pannan är torr. Buken är mjuk och oöm och utan operationsärr. Per rektum finner man tjärfärgad avföring. Akuta blodprover visar Hb 77, normal vit blodbild,

S-kreatinin 155, S-Kalium 5,8 samt S-Natrium 132. Patienten läggs på IVA, får intravenös vätska, tre påsar blod och en akut gastroskopi utförs av en skopivan ST-läkare.

Vid den akuta gastroskopin har patienten ett mycket stort blodkoagel som fyller proximala ventrikeln och som skymmer sikten mot cardia och fundus. Esofagus uppvisar inga varicer. Ventrikelns minorsida kan frias liksom antrum och bulb-duodenum. Prepyloralt uppfattar endoskopisten att det är svullet men i övrigt fritt från sjukliga förändringar. Patienten ordinerar intravenös protonpumpshäm-mare, Cyklocapron samt Octostim.

Dagen efter mår patienten bra, Hb är 121 och hon går till vårdavdelning med fortsatta kontroller. Jourlaget planerar en uppföljande gastroskopi men denna blir inte av på grund av för mycket annat arbete.

Annandag påsk är du bakjour. Du ska just till att ronda övre gastrosektionen när patienten mår illa, kräks upp en stor röd hematemes och blir cirkulatoriskt påverkad. Patienten tas ånyo till IVA, får intravenös vätska och blod och efter en knapp timme gastroskoperar du själv patienten. Ånyo är ventrikeln utfylld av ett stort

blodkoagel men du ser ingen pågå-ende blödning. Du kan fria esofagus, minorsidan och cardia, du går upp och ner genom pylorus tre gånger utan att se någon blödningskälla; patienten vänds från höger till vänster sidoläge och du kan fria majorsidan och fundus ganska hyggligt. Möjligen är det, liksom din ST-kollega antydde, lite svullet prepyloralt. Patienten är nu åter cirkulatoriskt stabil.

Vad blir din plan?



KARSTEN OFFENBARTL
Eksjö
karsten.offenbartl@lj.se