

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

forstørrede bursa vil desuden vanskeliggøre fleksion og ekstension af albuen, og i visse tilfælde kan der opstå mekanisk kompression af n. radialis med nedsat funktion til følge. For yderligere information se [5]. Differentialdiagnoser er bl.a. ganglion og tumor. Karakteristisk for den bicipitoradiale bursa i modsætning til et ganglion er, at bursaen ligger indskudt mellem bicepsenen og dennes insertion på tuberositas radii. Typisk ser man også, at senen ligger invagineret i periferien af bursaen og ikke i dennes center. Tenosynovitis kan udelukkes, idet bicepsenen ikke har nogen seneskede ved insertionen på radius. Ofte kan det være svært at skelne en bicipitoradial fra en interossøs bursitis, specielt hos patienter med en meget stor bursa [2].

Bicipitoradial bursitis kan diagnosticeres vha. MR- og UL-skanning. Sygehistorien og billedmaterialet i denne kasuistik viser, hvordan de to billedmodaliteter giver den samme anatomiske information. *Liessi et al* [2] foreslår MR-skanning som den foretrukne metode til diagnosticering af bicipitoradial bursitis. I andre studier fremhæves derimod UL-skanning som billeddiagnostisk førstevalg [4]. UL-skanning er sammenlignet med MR-skanning en billig undersøgelsestype, som hurtigt kan gennemføres. Desuden giver Color- og Power Doppler-information om aktiv inflammation. Kendskab til den regionale anatomi i fossa cubiti og viden om, hvordan en cubital bursitis ses sonografisk, er derfor tilstrækkelig til at stille diagnosen. I sygehistorien har man valgt MR-skanning som første billeddiagnostiske undersøgelse og efterfølgende suppleret

med UL-skanning, idet man på afdelingen har stor erfaring med denne teknik.

Egen læge bør henvise denne type patienter direkte til en ortopædkirurgisk afdeling. UL-skanning alternativt MR-skanning anbefales ved mistanke om bicipitoradial bursitis, hvorimod malign tumor primært undersøges med MR. Som førstevalgsbehandling anbefales UL-vejledt dekompression af bursaen og efterfølgende steroidinjektion [4]. Ved recidiv kan operativ fjernelse komme på tale. Begge behandlingsmuligheder indebærer risiko for blødning og infektion.

Korrespondance: *Bettina Bak*, Engskovgård 20, DK-8541 Skødstrup.
E-mail: bbak@mailme.dk

Antaget: 11. marts 2007
Interessekonflikter: Ingen

Taksigelse: Forfatteren ønsker at takke overlæge *Ole Schifter Rasmussen*, Radiologisk Afdeling, Regionshospitalet Randers, for billedmateriale og kommentarer.

Litteratur

1. Karanija ND, Stiles PJ. Cubital Bursitis. *J Bone Joint Surg BR* 1988;70:832-3.
2. Liessi G, Cesari S, Spaliviero B et al. The US, CT and MR findings of cubital bursitis: a report of five cases. *Skeletal Radiol* 1996;25:471-5.
3. Skaf AY, Boutin RD, Dantas RWM et al. Bicipitoradial bursitis: MR imaging findings in eight patients and anatomic data from contrast material opacification of bursae followed by routine radiography and MR imaging in cadavers. *Radiology* 1999;212:111-6.
4. Sofka CM, Adler RS. Sonography of cubital bursitis. *Am J Roentgenol* 2004;183:51-3.
5. McKinnis LN. *Fundamentals of Musculoskeletal Imaging*. Philadelphia: F.A. Davis, 2005:447-74.

Akut iskæmisk proktitis efter et epileptisk anfald

Læge Camille Kristine Klintmann,
1. reservelæge Jens G. Hillingsø & overlæge Anders Glenthøj

Bispebjerg Hospital, Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling K og Patologifdelingen

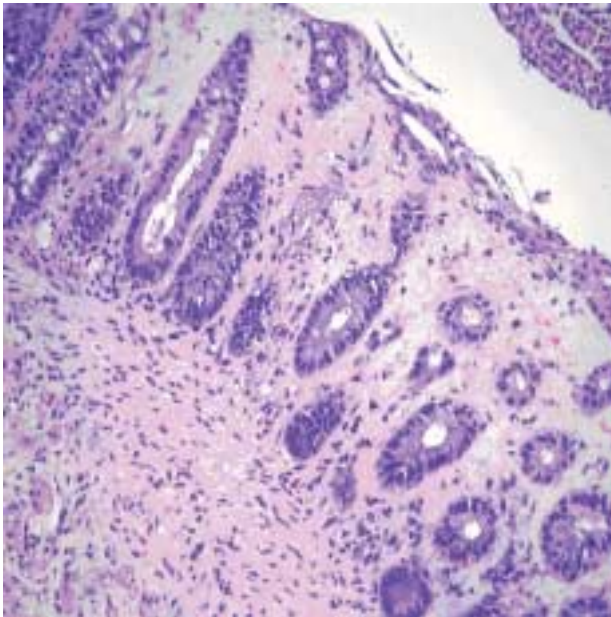
Resume

Akut iskæmisk proktitis forekommer sjældent i klinikken, hovedsageligt fordi rectum forsynes fra et meget udbredt arterielt netværk. Derfor er rectum normalt kun involveret hos ca. 10% af patienter med iskæmisk kolitis. Tidligere rapporterede tilfælde af iskæmisk proktitis er relaterede til alvorlig vaskulær insufficiens i den rektale cirkulation på baggrund af systemisk aterosklerose, især efterfølgende operationer på aorta eller iliaca. Vi rapporterer her et tilfælde af iskæmisk proktitis efterfølgende et epileptisk anfald.

Iskæmisk proktitis er en sjælden lidelse på grund af den rigelige karforsyning til rectum. Ifølge *Bharucha et al* [1] udgør iskæmisk kolitis i rectosigmoideum mindre end 10% af tilfældene af spontan iskæmisk kolitis, hvorfor iskæmi i rectum alene må skønnes at være endnu sjældnere. Tidligere rapporterede tilfælde beskriver patienter med alvorlig kompromitteret blodforsyning, bl.a. grundet inadekvat kollateral forsyning til rectum [2], efter operation på aorta eller de iliofemorale kar, følger af svær, udbredt kardiovaskulær sygdom og akut myokardieinfarkt (AMI) [1-3]. Endvidere er der beskrevet et enkelt tilfælde efter en anafylaktisk reaktion [3]), otte uger efter en normal og ukompliceret fødsel [4], som komplikation i forbindelse med systemisk lupus erythematosus [5] og efter septikæmi [1].

Et retrospektivt studie med 328 patienter med iskæmisk kolitis fra 1976-1991 viste, at ti patienter (ca. 3%) havde lokali-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK



Figur 1. Iskæmisk proktitis med hyaliniserende diffus fibrose uden væsentlig inflammation. Krypterne er korte og regenerativt prægede med tiltagende epitelaffladning mod lumen. Der er depletion af bægerceller, og overfladeepitelet er manglende eller ganske lavt.

seret iskæmisk proktosigmoiditis, af dem havde seks iskæmisk proktitis [1].

Vi rapporterer om et tilfælde af akut iskæmisk proktitis efter et epileptisk anfald.

Sygehistorie

En 46-årig mand med et kendt alkoholforbrug på 30-40 genstande dagligt og posttraumatisk epilepsi efter en trafikulykke 11 år tidligere blev medicineret herfor med oxcarbazepin. Han blev indlagt efter at have ligget bevidstløs med ekskretseafgang i et ukendt tidsrum på gulvet i hjemmet. Det blev ved neurologisk tilsyn tolket som et epileptisk anfald. Den eneste fokale gene var tynd afføring igennem to døgn. Ved indlæggelsen var han vågen og klar, blodtrykket var 117/64 mmHg, og pulsen var 84. Abdomen var blød og uømt. Paraklinisk var hæmoglobin (hgb) 7,3, leukocytter 23,4, S-Na 129 og C-reaktivt protein (CRP) 6, men øvrige værdier var inden for normalområdet. Der blev foretaget computertomografi (CT) af cerebrum og røntgen af thorax, begge viste intet abnormt.

Atten timer efter indlæggelsen blev der observeret frisk blod pr. rectum. Efter 24 timer faldt hgb til 5,9, leukocytter til 18,9 og CRP steg til 83. En rektoskopi viste circumferential fibrinbelægning fra anus og 20 cm op, hvilket initialt blev tolket som proktitis, muligvis pseudomembranøs.

En sigmoideoskopi fire dage efter indlæggelsen viste naturlig slimhinde oralt for rectum, der var inflammeret. Patienten havde fortsat vandtynde, blodtingerede diareer op til syv gange i døgnet. Hæmoglobin- og leukocytniveau var normaliseret, mens CRP var steget til 105.

På mistanke om tumor blev der foretaget en magnetisk re-

sonans (MR)-scanning, der afkræftede tumormistanken, men viste ødem perirektalt. Mikroskopisvar viste akut iskæmisk proktitis (**Figur 1**). Ved en sigmoideoskopi ti dage efter indlæggelsen var der spontan remission af tilstanden.

Diskussion

Akut iskæmisk proktitis er en sjælden diagnose [1, 2]. I dette tilfælde blev den stillet ved mikroskopi. De histologiske forandringer kan dog være svære at skelne fra f.eks. infektiøs proktitis [1].

Den udløsende årsag er ikke afklaret, men en mulighed er hypotension under/efter et epilepsianfald. Dette forklarer ikke lokaliseringen, og hypotensionsudløst iskæmi i tarmsystemet plejer at være lokaliseret til højre colon og ikke til rectosigmoideum [1, 3]. Forsøg på hunde har vist, at hypoperfusion alene ikke forårsager tarmiskæmi uden samtidig arteriel obstruktion [3]. Patienten var kun let anæmisk ved ankomsten, og en del af det følgende hæmoglobin-fald skyldtes formentligt rehydrering i løbet af det første døgn indlæggelse.

Langt de fleste tilfælde af akut iskæmisk proktitis er som nævnt forbundet med udbredt aterosklerotisk karsygdom eller operationer på centrale arterier. Den her omtalte patient havde ingen større operation i anamnesen, kendt diabetes eller andre symptomer på aterosklerose. Akut iskæmisk proktitis er tidligere beskrevet hos en patient med levercirrose [1], og da vores patient endnu ikke havde fået cirrose, men kun let påvirket leverbiokemi med parankymatøst mønster, var det næppe den udløsende årsag. Dehydrering og forbigående hypotension i forbindelse med et epileptisk anfald var formentlig årsagen til den akutte rektale iskæmi hos denne patient.

Korrespondance: *Camille Kristine Klintmann*, Århusgade 2, st. th., DK-2100 København Ø. E-mail: *c_buxbom@tiscali.dk*

Antaget: 12. juni 2006
Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Bharucha AE, Tremaine WJ, Johnson CD et al. Ischemic proctosigmoiditis. *Am J Gastroenterol* 1996;91:2305-9.
2. Nelson RL, Briley S, Schuler JJ et al. Acute ischemic proctitis. *Dis Colon Rectum* 1992;35:375-80.
3. Travis S, Davies DR, Creamer B. Acute colorectal ischemia after anaphylactoid shock. *Gut* 1991;32:443-6.
4. Tytgat GNJ, Schotborgh RH, Hofer SOP. Probable ischemic proctosigmoiditis presenting 8 weeks post-partum. *Gastroint Endosc* 1993;39:703-6.
5. Reissman P, Weiss EG, Teoh TA et al. Gangrenous ischemic colitis of the rectum: a rare complication of systemic lupus erythematosus. *Am J Gastroenterol* 1994;89:2234-6.