

# Kronisk tarmiskæmi hos en yngre patient

Lars Koch Hansen<sup>1</sup>, Heidi Kammerlander<sup>2</sup>, Stefano Cecere<sup>3</sup> & Torben Knudsen<sup>4</sup>

Kronisk tarmiskæmi, også kaldet intestinal/abdominal angina, er en diagnose, der kan være vanskelig at stille. De klassiske symptomer er postprandiale abdominalsmerter, vægttab ofte kombineret med opkastninger og sitofobi. Symptomerne kan dog være ukarakteristiske [1].

## SYGEHISTORIE

En 46-årig kvinde var henvist til et gastroenterologisk ambulatorium efter flere indlæggelser pga. uspecifikke mavesmerter igennem otte måneder. Patienten havde en bipolar affektiv lidelse, hvorfor udredningsforløbet var vanskeliggjort af flere udeblivelser fra talte ambulante besøg. Hun havde røget gennem mange år og fik fast psykofarmaka foruden omeprazol og antacida. Smerterne var diffuse dog med overvægt i epigastriet samt under højre kurvatur, og de var ledsaget af kvalme og madlede. Smerterne blev forværret ved indtagelse af mad. Der havde været et ledsagende vægttab på 12 kg, og patienten følte sig træt. Hendes vægt var 42 kg.

Der blev foretaget øsofago-gastro-duodenoskopi med ventrikelbiopsi, hvor der blev fundet let inflammation, men ingen tegn på malignitet. Ved en koloskopi og fæceselastaseundersøgelse blev der fundet normale forhold, og ved en computertomografi (CT) af abdomen blev der påvist sten i galdeblæren.

På grund af smerteforværring blev patienten indlagt akut. En magnetisk resonans (MR)-skanning af tyndtarmen viste vægfortykkelse af colon transversum. På mistanke om tarmiskæmi blev der udført abdominal CT-angiografi, hvorved der påvistes stenose af arteriae mesenterica superior et inferior. Truncus coeliacus var okkluderet eller ikke anlagt (**Figur 1**).

Biokemiske undersøgelser viste: leukocytniveau  $14 \times 10^9/l$ , trombocytniveau  $444 \times 10^9/l$ , C-reaktivt protein 26 mg/l (stigende til 67 mg/l), orosomukoidniveau 1,48 g/l, kreatininniveau 35 mikromol/l. de øvrige biokemiske undersøgelser inklusive lever- og galdetal viste normale forhold.

Tilstanden var forenelig med tarmiskæmi, og patienten blev overflyttet til Karkirurgisk Klinik, Rigshospitalet. Der blev foretaget Doppler-ultralydskanning, hvor det intestinale blodflow blev målt før og efter fødestimulation. Resultaterne fra CT-angiografien genfandt, og der blev indsat stent i de stenoserende kar.

Seks måneder efter udskrivelse var patienten smertefri og i fuldstændig fysisk velbefindende, appetitten var normal, og vægten var tiltaget med 20 kg. Hun følte sig psykisk traumatiseret efter det lange forløb og var specielt nervøs for recidiv af smerter.

## DISKUSSION

Arteriosklerose er den hyppigste årsag til kronisk tarmiskæmi (ca. 95%) [2]. De største risikofaktorer er hypertension, hyperlipidæmi, diabetes og rygning [3, 4]. Kronisk mesenteriel iskæmi er en diagnose, hvor mistanken rejses på baggrund af anamnesen. Der findes flere modaliteter til at undersøge tilstanden nærmere.

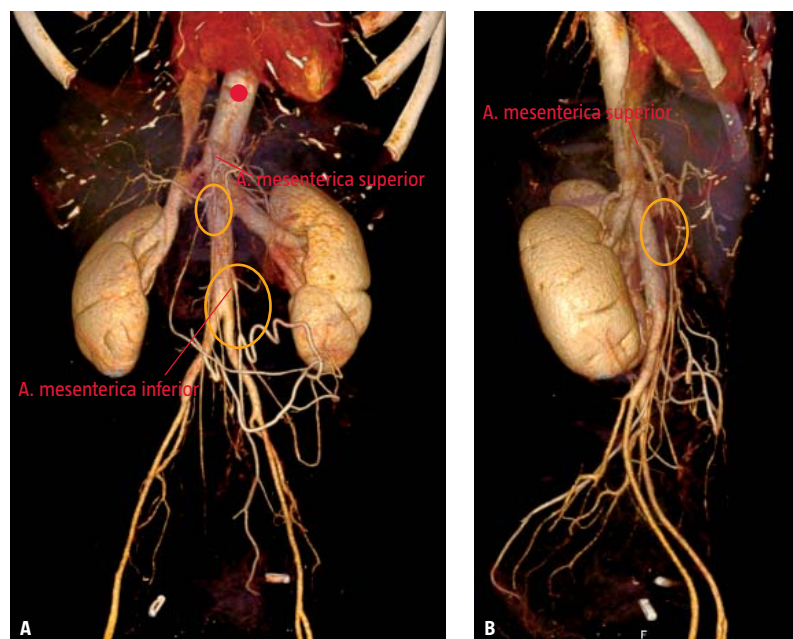
CT-angiografi (alternativt MR-angiografi) giver en god beskrivelse af de tre store blodkar til tarmen (truncus coeliacus, aa. mesenterica superior et inferior). CT-angiografi belyser ikke nødvendigvis iskæmigraden, da tarmen kan være forsynet af kollatera-

## KASUISTIK

- 1) Kardiovaskulær og Renal Forskning, Odense Universitetshospital
- 2) Gynækologisk & Obstetriske Afdeling, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg
- 3) Radiologisk Afdeling, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg
- 4) Medicinsk Gastroenterologisk Afdeling, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg

FIGUR 1

Tredimensionel rekonstruktion af en computertomografiangiografi af abdomen (Siemens SOMATOM Definition Flash). **A.** Frontalt. **B.** Lateralt fra højre.



- = truncus coeliacus
- = stenose

ler. Derfor suppleres der ofte med fødestimuleret Doppler-ultralyd-undersøgelse af abdomen. Undersøgelsen giver et mål for postprandial øgning af blodforsyningen til tarmen, og om denne synes at være betydende [5].

Fæceselastase er en afføringsprøve, hvor pancreasenzymet elastase-1 måles. Elastase-1 passerer uomodannet gennem tarmkanalen og er således en markør for pancreas' eksokrine funktion. Resultatet kan være falsk for lavt ved vandig diare, hvorfor prøven bør gentages, når diareen er ophørt.

Relevante differentialdiagnoser er galdesten, ulcus sygdom, malign lidelse, mb. Crohn og psykosomatiske symptomer. Man skal være opmærksom på kronisk tarmiskæmi hos patienter med postprandiale smerter, rygeanamnese og væggtab – selv på trods af en relativt ung alder. Billeddiagnostiske modaliteter

(f.eks. CT-angiografi) supplerer anamnesen meget illustrativt.

**KORRESPONDANCE:** Lars Koch Hansen, Kardiologisk og Renal Forskning, Odense Universitetshospital, 5000 Odense. E-mail: larskochhansen@dadlnet.dk

**ANTAGET:** 21. februar 2012.

**FØRST PÅ NETTET:** 2. april 2012.

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

#### LITTERATUR

1. Ujiki M, Kibbe MR. Mesenteric ischemia. *Perspect Vascul Surg Endovasc Surg* 2005;17:309-18.
2. van Bockel JH, Geelkerken RH, Wasser MN. Chronic splanchnic ischaemia. *Clin Gastroenterol* 2001;15:99-119.
3. Kannel WB, McGee DL. Update on some epidemiologic features of intermittent claudication: the Framingham Study. *J Am Geriatr Soc* 1985;33:13-8.
4. Murabito JM, D'Agostino RB, Silbershatz H et al. Intermittent claudication. *Circulation* 1997;96:44-9.
5. Chandra A, Quinones-Baldrich WJ. Chronic mesenteric ischemia: how to select patients for invasive treatment. *Sem Vascul Surg* 2010;23:21-8.

## Dyskinesi efter droperidolbehandling for postoperativ kvalme og opkastning

Karsten Sørensen

### KASUISTIK

Anæstesiologisk  
Afdeling, Vejle Sygehus

Ataksi er en sjælden bivirkning af det kvalmestillende middel droperidol.

Droperidol bruges bl.a. til forebyggelse af postoperativ kvalme og opkastning (PONV); det kan anvendes alene eller i kombination med andre kvalmestillende midler [1].

Droperidol virker hæmmende på de dopaminerge neuroner i kemoreceptortriggerzonen og på andre dele af centralnervesystemet, som har dopamin som transmitter, bl.a. neostriatum.

Derfor kan der forekomme ekstrapyramidale bivirkninger, dog som regel efter noget højere doser, end der normalt skal til for at opnå antiemetisk effekt.

### SYGEHISTORIE

En ung rask kvinde fik foretaget en laparoskopisk kolecystektomi.

Anæsthesien var intravenøst administreret med propofol, remifentanyl og det nondepolariserende muskelrelaksans rocuronium. Hun fik desuden glycopyrron/neostigmin til revertering af det neuromuskulære blok, samt ketorolac og fentanyl til postope-

rativ analgesi og cefuroxim og metronidazol som infektionsprofylakse. Som kvalmeprofylakse fik hun 8 mg dexamethason og 0,625 mg droperidol efter induktionen.

Portincisionerne blev infiltreret med bupivacain med adrenalin. Operationen var ukompliceret og tog 75 minutter.

På opvågningsafsnittet havde patienten dyskoordinerede bevægelser. Ved undersøgelse kunne hun ikke gennemføre finger-næse-testen, havde dysdiadokokinese, kunne ikke gribe om »galgen« og kunne ikke stå op. Der var intet abnormt ved kranienerven.

Sygeplejersken fra stamafdelingen skrev i journalen fem timer postoperativt:

»Efterhånden mere kontakt, men patienten er stadig meget træt, har svært ved at åbne øjnene og udtalte koordineringsforstyrrelser – kan ikke ramme munden – tage fat i galgen eller løfte benene – slæber dem, da hun er på bækkenstol«. Patienten beskrev selv problemer med at koordinere sine bevægelser og besvær med at gå og spise i op til et døgn efter operationen. Først om aftenen dagen efter operationen var disse symptomer helt forsvundet.

Droperidol.

