

## &gt; MØDEREFERATER

**Inaugural World Congress,  
Abdominal Compartment Syndrome**

Noosa, Australien, 6.-8. december, 2004

På kongressen var der 93 deltagere, hvoraf otte var skandinaviske. Der var 84 abstrakter, og af disse blev ca. halvdelen præsenteret mundtligt. Kongressen indeholdt ud over præsentationerne Abdominal Compartment Syndrome (ACS), Consensus Definitions Conference og dannelsen af World Society of ACS.

Abstrakterne var af varierende kvalitet; 13 var sygehistorier, 13 var prospektive undersøgelser med >30 patienter, 15 var prospektive undersøgelser med <30 patienter, ni var retrospektive undersøgelser med >30 patienter, seks var retrospektive undersøgelser med <30 patienter, syv var metaanalyser, der var en oversigt, tre uddannelsesrelaterede og 27 abstrakter om teknik, dyreforsøg og modeller til måling af ACS. Vanskeligheder vedrørende den kliniske relevans af syndromet afspejledes blandt andet i de definatoriske problemer, der er knyttet til syndromet.

Den gældende referencestandard er en indirekte måling af blæretrykket, hvor man i ovenstående abstrakter havde infunderet 10-250 ml væske i blæren. Der var herunder ikke taget stilling til blærens fysiologi i øvrigt. ACS defineredes som et intraabdominalt tryk >20 mmHg, målt ved tre standardiserede målinger med 1-6 timer mellem hver, og ledsagende organsvigt (et eller flere organsystemer), der ikke var til stede tidligere bedømt ved daglig SOFA-score. Dette anså man for at være sluttetilstanden efter varierende grader af intraabdominal hypertension, som defineres som intraabdominalt tryk >12 mmHg målt ved minimum tre standardiserede målinger med ca. seks timer mellem hver. Normalværdien blev sat til 5 mmHg, og denne kunne påvirkes af patientens respiration, stilling (lavest liggende), sederingsgrad (lavest relaxeret) og *body mass index* (BMI) (eleveret ved fedme).

Syndromet blev inddelt i et primært ACS (kirurgisk, abdominalt) og sekundært (ekstraabdominalt, medicinsk). Rent definatorisk valgte man at afskaffe den kroniske eller tertiære form af ACS. Hvis patienten havde ACS, ansås behandlingen at være laparotomi med dekompression allerede ved et blæretryk på 20 mmHg. Det diskuteredes, om man profylaktisk skulle dekomprimere for at forebygge udviklingen af sekundært ACS, og mange mente, at dette allerede skulle overvejes ved et blæretryk omkring 15 mmHg. Der var ikke videnskabeligt grundlag for anbefalingen, men der herskede næppe tvivl om, at man ikke skulle lade de vanskelige rekonstruktive procedurer efter en aflastning udgøre en relativ kontraindikation, fordi nye former for mecher og vacuumpakningsystemer tilsyneladende letter rekonstruktionen. Der var en vis diskrepans mellem intensivister og kirurgers aggressivitet i behandlingen af ACS, men ihukommende ovenstående defini-

tioner kan en stigning i blæretrykket ledsaget af vanlig klinisk vurdering være en vigtig parameter i beslutningsprocessen om at dekomprimere abdomen.

*1. reservelæge Jens G. Hillingsø, e-mail: jenshillingsoe@dadlnet.dk  
overlæge Lars Bo Svendsen*