

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

Tilrettelæggelsen af udredning og behandling af kognitive dysfunktioner er endnu ikke nået at blive standardiseret i Danmark, men udviklingen går i retning af øget samarbejde på tværs af specialerne, og der arbejdes på fælles retningslinjer for elektronisk patientjournal (EPJ) og fælles database på området. Det geriatriske koncept er velegnet at anvende som platform ved udredning og behandling af ældre patienter med kognitive dysfunktioner, eftersom det har stor betydning at kunne sætte ind med behandling af internmedicinske sygdomme og/eller medicinsanering samt socialmedicinske tiltag, før det ender med en akut indlæggelse på hospital eller et socialt sammenbrud. For at kunne udøve en helstøbt og kvalificeret udredning og behandling er det nødvendigt med et lokalt og tæt samarbejde med gerontopsykiatrien og neurologien. Endvidere højner adgangen til at kunne rekvirere neuropsykologiske undersøgelser det diagnostiske niveau betragteligt, både hvad angår tidlig diagnostik og i differentieringen mellem de forskellige demenstyper.

Korrespondance: *Claus Møe*, Geriatrisk Klinik G, Medicinsk Center, H:S Bispebjerg Hospital, DK-2400 København NV. E-mail: cm05@bbh.hosp.dk

Antaget: 10. august 2005

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Demens – den fremtidige tilrettelæggelse af sundhedsvæsenets indsats vedrørende diagnostik og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, 2001.
2. Rubak JM, Bro F, Dinesen O et al. Identifikation og udredning af demens og demenslignende tilstande i almen praksis. *Ugeskr Læger* 2001;(suppl 2):1-12.
3. H:S Direktionen. Forslag til fremtidig demensindsats i H:S området. København, 2001.
4. Hansen FR, Møe C, Schroll M. Geriatri, basisbog. København: Munksgaard Danmark, 2002.
5. Hejl A, Høgh P, Waldemar G. Potentially reversible conditions in 1000 consecutive memory clinic patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;73:390-4.
6. Johannsen P, Ehlers L, Abelskov KE et al. Klinik for demensudredning – 110 konsekutive patienter. *Ugeskr Læger* 1997;159:1246-51.

Tarmiskæmi behandlet med stentanlæggelse

Reservelæge Hanne Heebøll Nygaard &

1. reservelæge Ulf Henrik Sigild

H:S Rigshospitalet, Røntgenafdelingen, Diagnostisk Center, og Kirurgisk Gastroenterologisk Klinik, Abdominalcentret

Tarmiskæmi er en sjælden tilstand, som er vanskelig at diagnosticere, idet symptom billedet er meget uspecifikt. Den hyppigste årsag er arteriosklerose. I den her omtalte sygehistorie beskrives en sjælden årsag til tarmiskæmi i form af vasculitis i tarmkarrene som debutsymptom ved polyarteritis nodosa og behandling af tarmiskæmi med perkutan transluminal angioplastik (PTA) og stentanlæggelse i mesenterialkarrene.

Sygehistorie

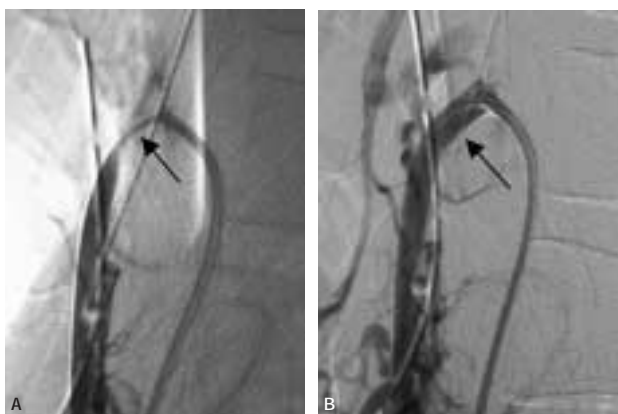
En 37-årig kvinde, som var ikkeryger, normalvægtig og tidligere rask fraset velreguleret hypertension gennem to år, blev via egen læge indlagt akut på kirurgisk afdeling på et lokalsygehus med tre dage varende, akut indsat, konstante mavesmerter. Hun havde forhøjet C-reaktivt protein og leukocytose. Blodsukker- og levergaldet var normale. En akut computertomografi (CT) af abdomen viste normale forhold. Hun blev appendektomeret samme dag. Appendix blev beskrevet som makroskopisk og mikroskopisk normal. Caecum var for-

størret og injiceret. Patienten blev i rimeligt velbefindende udskrevet til hjemmet tre dage efter operationen.

Patienten blev genindlagt på lokalsygehuset 19 dage senere på grund af mavesmerter, almen sygdomsfølelse og et vægttab på 7 kg. Hun havde daglige, akut indsatte, svære mavesmerter og opkastninger ca. 30 minutter efter hvert måltid samt tynd afføring. I fæcesprøver blev der fundet toksinproducerende *E. coli*. Resultaterne blev tolket som akut gastroenterit og behandlet med antibiotika uden effekt. Der var ingen objektive fund i øvrigt. Huden var normal. Patienten blev udredt med tyndtarmspassage og gastroskopi uden specifikke fund. Ved en coloskopi sås, at højre colon havde udstandsede ulcerationer og hyperæmisk slimhinde. En biopsi fra højre colon viste kronisk inflammation. På mistanke om morbus Crohn blev patienten sat i højdosis steroidbehandling, som dog ikke bevirkede nogen bedring i tilstanden.

Efter 29 dages indlæggelse blev patienten overflyttet til en specialiseret medicinsk gastroenterologisk afdeling til videre udredning og behandling. Grundet forværret almentilstand med peritoneal reaktion foretog man samme dag eksplorativ laparotomi. Man fandt hele tyndtarmen iskæmisk med spredte nekroser og uden peristaltik. Højre side af colon var let injiceret. Galdeblæren var nekrotisk. Der var ingen puls i a. mesenterica superior. Man foretogolecystektomi. Umiddelbart efter operationen blev der foretaget akut abdominal

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK



Figur 1. A. Før stent. Lateraloptagelse med kateter i a. mesenterica superior. Stenose af den proximale del af a. mesenterica superior. B. Efter stent. Lateraloptagelse med kateter i a. mesenterica superior. Stenose af a. mesenterica superior genåbnet med stent.

arteriografi. Her fandt man okklusion af truncus coeliacus, a. mesenterica superior og stenose af a. mesenterica inferior. Dagen efter foretog man PTA med stentanlæggelse i truncus coeliacus og a. mesenterica superior. **Figur 1A** viser stenosen i a. mesenterica superior, **Figur 1B** viser a. mesenterica superior efter stentanlæggelse og ballondilatation (PTA). Tilsvarende gjorde man i truncus coeliacus. Herefter fandt man normalt flow i begge kar. En laparotomi med *second look* samme døgn viste hyperæmisk tyndtarm med peristaltik og tre nekrotiske områder, der blev oversyet. Der var postoperativt et kompliceret forløb med tarmperforation, tarmresektion af 10 cm tyndtarm og anlæggelse af høj aflastende jejunostomi. Grundet høj stomi blev patienten sat i fuld parenteral ernæring postoperativt.

En mikroskopi af tyndtarmsresektat viste vasculitforandringer af både ny og ældre dato helt ud i de små arteriegrene med fibrinoide nekroser med infiltration af neutrofile granulocytter og lymfocytter. Trombofiliudredning og reumaprøver viste normale forhold. En undersøgelse for Hepatitis B gav negativt resultat.

Fundene blev tolket som polyarteritis nodosa (PAN) pga. ovennævnte vasculitforandringer, vægttab og nytillkommen svær hypertension. Nyrearteriestenose blev afkræftet ved en ultralydskanning. Patienten blev behandlet med højdosis steroid, cyclofosamid og antihypertensiva. Hun fortsatte fuld parenteral ernæring i god almentilstand. Mavesmerterne ophørte, og patienten fik en langsom, sikker vægtøgning. Der blev planlagt genetablering af tarmkontinuitet efter et års tid og muligt ophør med parenteral ernæring.

Diskussion

Tarmiskæmi er en alvorlig tilstand, som desværre ofte først konstateres ved eksplorativ laparotomi, når der er nekrose af tarmen. I tilfælde af subakut/kronisk tarmiskæmi kan man med udredning med CT, CT-angiografi eller mesenteriel arteriografi diagnosticere helt eller delvis reversibel tarmiskæmi,

der er tilgængelig for endovaskulær eller karkirurgisk behandling. Endovaskulær behandling med PTA af mesenterialkarene og stentanlæggelse har med gode resultater været brugt gennem mere end 20 år til arteriosklerotiske stenoser [1].

Tarmiskæmi på grund af vasculitis er en sjælden tilstand. Hyppigst opstår tarmsymptomer i forløbet af en vasculitissygdom med den højeste frekvens for PAN [2-4], oftest med et dramatisk forløb, der indebærer kirurgi. Yderst sjældent debuterer en vasculitis med tarmiskæmi. Dette er dog beskrevet kasuistisk i tre tilfælde i 2004, hvoraf det ene var en patient med polyarteritis nodosa [2]. Endovaskulær behandling er kun tidligere beskrevet i et enkelt studie [5]. Sygehistorien illustrerer vigtigheden af at have differentialdiagnosen tarmiskæmi i mente ved abdominalia af ukendt årsag, selv hos yngre patienter.

Korrespondance: *Hanne Heebøll Nygaard*, Diagnostisk Center, H:S Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: hanne.nygaard@get2net.dk

Antaget: 20. maj 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Sreenarasimhaiah J. Chronic mesenteric ischemia. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2005;19:283-95.
2. Passam FH, Diamnatis ID, Persinaki G et al. Intestinal ischemia as the first manifestation of vasculitis. *Sem Arthritis Rheuma* 2004;34:431-41.
3. Zizic Z, Classen J, Stevens MB. Acute abdominal complications of systemic lupus erythematosus and polyarteritis nodosa. *Am J Med* 1982;73:525-31.
4. Karp DR, Kantor OS, Halverson JP et al. Successful management of catastrophic gastrointestinal involvement in polyarteritis nodosa. *Arthritis Rheum* 1998;31:683-7.
5. Both M, Janhnke T, Reinhold-Keller E et al. Percutaneous management of occlusive arterial disease associated with vasculitis: a single center experience. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2003;26:19-26.