

# Atypisk smertepræsentation

Praktiserende læge Morten Ohrt & professor Asbjørn Mohr Drewes

En 55-årig lettere overvægtig mand (*body mass index* 30) blev henvist med smerter i venstre fossa iliaca. Patienten havde gennem flere år haft intermitterende halsbrand, men var ellers rask. Smerterne var initialt intermitterende, men gennem de seneste tre måneder havde de været »konstante og pressende«. Der var intet vægttab og ingen afføringsproblemer. En objektiv undersøgelse af abdomen viste normale forhold, fraset let ømhed ved palpation af muskulaturen i venstre fossa iliaca. Specielt var der ingen tegn på hernier, og der var normale genitalia externa. Resultaterne af blodprøver og urinundersøgelse var normale. Ultralydundersøgelse af abdomen, koloskopi og røntgenundersøgelse af tyndtarmen viste også normale forhold. En gastroskopi viste Barretts øsofagitis strækkende sig som cirkumferentielle rødlige slimhindeforandringer fra den gastroøsofageale overgang og 6 cm op i øsofagus. Desuden var der lineære ulcerationer på op til 8 mm svarende til en lettere øsofagitis (grad B i Los Angeles-klassifikationen). Resultaterne af biopsier bekræftede, at patienten havde Barretts øsofagitis uden dysplasi. Han blev behandlet med protonpumpeninhibitor (PPI) og tabte sig 8 kg. To uger efter PPI-behandlingen blev smerterne betydelig mindre intense. Efter råd ophørte han med rygning, hvorefter smerterne forsvandt fuldstændigt. En gastroskopi otte uger efter den første konsultation viste fuld regression af øsofagitisforandringerne, men der var stadig Barretts forandringer strækkende sig 5 cm op i øsofagus. Tre måneder efter holdt han – mod givet råd – pause med PPI-behandling. Efter få uger recidiverede smerterne i venstre fossa iliaca med samme intensitet som før. Da PPI-behandlingen blev genoptaget, forsvandt smerterne prompte. Patienten har efterfølgende været i konstant PPI-behandling uden tegn på smerterecidiv.

## Værd at vide

- Smerter ved viscerale sygdomme er hyppigt forekommende og kan ofte være det eneste symptom
- Lokalisationen af smerterne er oftest typisk (venstre arm ved angina pectoris og flankeregionen ved nyrestenssmerter), men atypisk smertelokalisation er ikke sjælden
- Der er ofte diskret nedsat sensibilitet og eventuelt trofiske ændringer i smerteområdet
- Smerteførende nerver fra øsofagus ender i medulla spinalis og forgrener sig diffust i et område fra C5 til L2. Man kan derfor forvente, at der forekommer smerter i et område, der strækker sig langt ud over det klassiske retrosternale område. Dette gælder specielt ved langvarige smertetil-

stande, hvor hyperexcitabilitet af nervesystemet medfører neuroplastiske forandringer og nye forbindelser mellem nervecellerne

- Eksperimentel smertestimulation af øsofagus med balloner eller elektrisk strøm bekræfter, at smertearealet kan være atypisk lokaliseret og kan dække det meste af abdomen
- Gastroøsofageal refluxsygdom er hyppig i den vestlige befolkning, hvor 10% klager over hyppig halsbrand. Barretts øsofagitis er en præmalign tilstand, som udvikles hos 5-10% af patienterne med refluxsygdom. Symptomerne ved Barretts øsofagitis har ukendt årsag og er ofte vage og atypiske.

## Hvad gør vi?

- Man bør overveje atypisk lokalisation af smerter fra viscerale sygdomme hos patienter, der har vedvarende smerter, hvis man ikke finder noget sikkert abnormt i det område, hvor smerterne er lokaliseret
- Ofte vil en god anamnese vise, at patienterne også har symptomer fra det lidende organ (reflukssymptomer hos den omtalte patient)
- Hvis symptomerne er langvarige og fører til nedsat livskvalitet, bør man overveje at henvise til en omfattende gennemgang af de viscerale organer, selv om man naturligvis bør begynde med at undersøge de organer, der sædvanligvis giver smerter
- Udredningen bør oftest være mere begrænset hos patienter med colon irritabile, hos hvem symptomerne er relateret til afføringsmønsteret, samt hos andre patienter, hos hvem der er stor mistanke om funktionelle sygdomme
- Patienter med Barretts øsofagitis skal behandles med PPI, og i visse tilfælde vil man tilbyde laparoskopisk antireflukskirurgi og/eller endoskopisk behandling. Det er en præmalign tilstand, og mange steder tilbydes endoskopisk malignitetsovervågning, men der er ikke enighed om den terapeutiske gevinst af dette.

Korrespondance: Asbjørn Mohr Drewes, Medicinsk-gastroenterologisk Afdeling, Aalborg Sygehus, DK-9100 Aalborg. E-mail: drewes@smi.auc.dk

Antaget: 9. december 2005  
Interessekonflikter: Ingen angivet

## Anbefalet læsning

1. Drewes AM. Visceral smerte. I: Jensen TS, Dahl BD, Arendt-Nielsen L, red. Smerter – en lærebog. København: FADL's forlag 2003:153-69.
2. Giamberardino MA. Recent and forgotten aspects of visceral pain. Eur J Pain 1999;3:77-92.