

Akut mesenteriel iskæmi hos en patient med Crohns sygdom

Reservelæge Vilmante Kazlauskienė, reservelæge Mette Esbjørn, reservelæge Rene Pfløger & ledende overlæge Ulrik Tage-Jensen

Århus Universitetshospital, Aalborg Sygehus,
Medicinsk Gastroenterologisk Afdeling M og
Patologisk Anatomisk Institut

Incidensen af mb. Crohn er 4,6 pr. 100.000 personer [1]. Incidensen af tarmiskæmi er til gengæld sjælden, men angives dog varierende som 4,5-44 pr. 100.000 personer [2]. I sjældne tilfælde kan mesenteriel insufficiens og inflammatorisk tarm sygdom (IBD) forekomme samtidig, hvilket vanskeliggør diagnostikken. Vi omtaler et tilfælde, hvor akut mesenteriel iskæmi blev diagnosticeret for sent hos en patient med mb. Crohn.

Sygehistorie

En 48-årig kvinde med kroniske morfikkkrævende rygmerter blev indlagt første gang på en medicinsk gastroenterologisk specialafdeling med en femugers anamnese med diffuse abdominalsmerter, et væggtab på 10-15 kg og to uger varende vandtynde diarreer uden blod- eller slimtilblanding. Biokemiske undersøgelser viste C-reaktivt protein (CRP) på 312 mg/l (<10 mg/l) og et leukocytal på $15 \times 10^9/l$ ($4,0-11,0 \times 10^9/l$) med neutrofil overvægt. Sigmoidoskopi viste moderat betændelsesreaktion fra venstre fleksur til rectumtoppen med overfladiske fibrinbelagte ulcerationer og *cobblestone*-relief. Biopsier fra colonslimhinden viste akut og kronisk inflammation fra venstre fleksur til sigmoideum med granulomer og kryptabscesser afbrudt af områder med normal slimhinde. Tyndtarmspassagen var normal. Fundene var samlet set forenelige med mb. Crohn, og patienten blev derefter fulgt ambulant i medicinsk gastroenterologisk regi i to år. Hun blev behandlet med prednisolon og imurel med effekt på såvel den kliniske som den biokemiske tilstand.

I forbindelse med en ambulant kontrol blev patienten indlagt akut pga. nyopståede, diffuse, primært øvre abdominal smerter, opkastninger og obstipationstendens. I løbet af ni dage forværredes hendes tilstand gradvist med stigende infektionsparametre fra CRP 10 mg/l til 256 mg/l og leukocytose på $14,6 \times 10^9/l$ med neutrofil overvægt og febrilia. En røntgenundersøgelse af abdomen viste ikkedilaterede tyndtarms-slynger med enkelte væskespejl og sparsom luft i colon transversum, hvilket er foreneligt med colitis. Ved en ultralydskanning af abdomen sås der normale forhold fraset fortykket galdeblærevæg og enkelte konkrementer. En magnetisk reso-

nans (MR)-skanning af tyndtarmen viste normale forhold inklusive normalt flow i alle mesenterialkar, men der var vægfortykkelse, patologisk opladning og hypervaskularitet i til caecum, højre fleksur og colon transversum, hvilket tyder på colitis og lettere colondilatation.

Grundet tiltagende abdominalsmerter blev patienten overflyttet til en kirurgisk afdeling, da man havde mistanke om intraabdominalt infektionsfokus. Efter overflyttelsen til kirurgisk afdeling blev der foretaget computertomografi (CT) af abdomen, hvilket gav mistanke om en proces i det lille bækken. På skanningen sås a. mesenterica superior (AMS) uden stenose.

Ved eksplorativ laparotomi fandtes iskæmisk fuldvægsinfarkt af hele ileum samt coecalpol, nekrotisk galdeblærevæg og oment samt manglende pulsation i AMS. Der blev foretaget resektion af et tarmsegment, der strakte sig fra 145 cm fra Treitz' ligament til midt på colon ascendens, og anlagt anastomose. En efterfølgende akut arteriografi viste normale forhold i truncus coeliacus og a. mesenterica inferior (AMI), men okklusion af de centrale 2 cm af AMS. Der var ikke mulighed for at foretage karkirurgisk intervention. Patienten blev reopereret flere gange med yderligere tarmresektion, forløbet kompliceret med sepsis, og hun døde.

Ved en obduktion blev der fundet en okkluderende trombe i organisation i AMS (**Figur 1**) og udtalt arteriosklerose af aorta abdominalis, mest udtalt ved afgang af mesenterialkarrene. Der var normale forhold af AMI. En histologisk undersøgelse af operationspræparater viste svære akutte iskæmiske forandringer. Der blev senere afholdt audit med gennemgang af patientforløbet og samtlige patologipræparater, hvor Crohn-diagnosen kunne bekræftes, og der var intet, der patoanatomisk pegede i retning af tarmiskæmi forud for den sidste indlæggelse.



Figur 1. Okkluderende trombe i arteria mesenterica superior.

Diskussion

Diagnosen mb. Crohn stilles ved tilstedeværelsen af to ud af tre kriterier: 1) diare og/eller abdominalsmerter i mere end tre måneder, 2) positiv histologi og 3) forandringer set ved koloskopi eller radiologi. Vores patient opfyldte i forløbet alle tre kriterier.

Der er kendskab til øget forekomst af tromboliske komplikationer ved IBD grundet hyperkoagulabilitet specielt i forbindelse med inflammatorisk aktivitet. Mistanken om mesenteriel insufficiens kommer ofte sent, men er relevant hos patienter med kendte arteriosklerotiske manifestationer. Den her omtalte patient var ryger, men havde ikke oplyst om symptomer på arteriosklerose. Ved tarmiskæmi kan man med CT påvise specifikke forandringer i form af mesenteriel trombose, luft i tarmvæggen eller uspecifikke forandringer som tarmdilatation, fortykkelse af tarmvæggen og tarmobstruktion [3]. En endelig diagnose kræver arteriografi, hvilket sygehistorien underbygger, idet såvel CT som MR-skanningen forud havde vist normale forhold i mesenterialkarrerne. I det beskrevne tilfælde blev recidiv af mavesmerter betragtet som genopblussen af mb. Crohn, og diagnosen akut mesenteriel iskæmi blev først stillet sent under en operation, hvor der ikke fandtes muligheder for intervention. Sektionsfundet sandsynliggør, at der ligger arteriosklerose med relativ stenosering til grund for, at patienten fik okklusion af AMS; hyperkoagulabilitet kan have været medvirkende som beskrevet af andre

[4]. Ifølge sektionen var der dog ikke inflammatorisk aktivitet i patientens Crohn-sygdom, og koagulationsstatus kunne ikke afklares nærmere, da patienten døde.

Man bør være opmærksom på arteriel mesenteriel insufficiens ved langvarige uafklarede abdominalsmerter, og hos patienter med kendt kronisk gastrointestinal sygdom med et ukarakteristisk forløb skal man overveje at foretage arteriografi. Arteriografi er fortsat guldstandardundersøgelsen ved diagnostik af denne sygdom [5].

Korrespondance: *Vilmante Kazlauskienė*, Søndre Skovvej 25, 1. tv., DK-9000 Ålborg. E-mail: vilmante@dadlnet.dk

Antaget: 26. september 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Artiklen bygger på en større litteraturgennemgang. En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.

Litteratur

1. Fonager K, Sørensen HT, Olsen J. Change in incidence of Crohn's disease and ulcerative colitis in Denmark. *Int J Epidemiol* 1997;26:1003-8.
2. Higgins PD, Davis KJ, Laine L. Systematic review: the epidemiology of ischemic colitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;19:729-38.
3. Ha HK, Rha SE, Kim AY et al. CT and MRI diagnoses of intestinal ischemia. *Semin Ultrasound CT MR* 2000;21:40-55.
4. Abazi R, Knudsen T, Pedersen KK et al. Ulcerative colitis complicated by sinus cavernosus thrombosis and necrotizing vaskulitis. *Ugeskr Læger* 2004;166:2167-8.
5. Kirkpatrick ID, Kroeker MA, Greenberg HM. Biphasic CT with mesenteric CT angiography in the evaluation of acute mesenteric ischemia: initial experience. *Radiology* 2003;229:91-8.

Gonoroisk monoarthritis i talonavikulærleddet

Reservelæge Line S. Lunde Larsen,
reservelæge Dorthe C. Skovgaard Nielsen,
kursusreservelæge Lene Terslev & speciallæge Kristine Amris

Herlev Hospital, Medicinsk Reumatologisk Afdeling Q

Bakteriel arthritis er en sjælden lidelse, men den er vigtig at diagnosticere og behandle på grund af risiko for irreversibel leddskade. Bakteriel arthritis kan skyldes flere forskellige agens. Den hyppigste årsag til bakteriel arthritis hos yngre seksuelt aktive personer var tidligere *Neisseria gonorrhoeae*, men nu er stafylokokker og streptokokker årsag til hovedparten af tilfældene [1]. Gonore er imidlertid et tiltagende problem, hvorfor antallet af gonoroisk arthritis må forventes at stige.

Gonoroisk arthritis afspejler en septisk spredning af *N. gonorrhoeae*, der er altså tale om en septisk arthritis. Her beskrives et tilfælde af gonoroisk arthritis i talonavikulærleddet hos en yngre kvinde.

Sygehistorie

En 32-årig kvinde blev indlagt akut på en reumatologisk afdeling med diagnosen monoarthritis. Patienten var på indlæggelsestidspunktet i hormonbehandling forud for in vitro-fertilisering (IVF) med kontrol i gynækologisk regi.

Patienten fik fem døgn før indlæggelsen smerter, hævelse og bevægelsesindskrænkning i venstre ankelled uden kendt traume. Hun havde ingen dispositioner for inflammatorisk leddlidelse. Der havde ikke været febrilia eller almen sygdomsfølelse, og ingen symptomer, der tydede på fokal infektion, specielt ikke urogenitale gener. Patienten oplyste, at hun i forbindelse med fertilitetsbehandlingen på gynækologisk afdeling var blevet screenet for kønssygdomme uden positive fund. Røntgen af venstre ankel viste ingen tegn på fraktur. Hun var af en vagtlæge sat i behandling med tabletet ibuprofen på mistanke om arthritis urica.

Objektivt var patienten ved indlæggelsen afebril med hævelse, varme, rødme og bevægeindskrænkning af venstre fodled. C-reaktivt protein (CRP) var 73 mg/l, sænkingsreak-