

Behandling på intensivafdeling af uhelbredelig syg patient

Læge Rico Schou og ledende overlæge Helle Ørding

Nekrotiserende fasciitis er en tilstand med 25% mortalitet [1]. Ved konkurrerende sygdomme stiger mortaliteten. Behandlingen er hurtig, aggressiv kirurgi, antibiotika og hyperbar oxygenbehandling [2].

Her beskrives et tilfælde af nekrotiserende fasciitis hos en patient med myelodysplastisk syndrom på baggrund af paroksyttisk nocturn hæmoglobinuri. Der fokuseres på den etiske problemstilling: Kritisk syg patient med langt behandlingsforløb og ringe overlevelseschance.

SYGEHISTORIE

En ung mand med paroksyttisk nocturn hæmoglobinuri udviklede myelodysplastisk syndrom.

Over det følgende halvandet år udvikledes pancytopeni med behov for ugentlige trombocyt- og saltvands, adenin, glukose og mannitol (SAG-M)-transfusioner. Oven i kom recidiverende perianale abscesser, der blev behandlet antibiotisk og flere gange kirurgisk. Knoglemarvstransplantation i 2003 blev aflyst af familiære årsager, men i 2006 var patienten på ny motiveret herfor, og denne var planlagt til primo 2007.

Patienten indlagdes akut ultimo 2006 med abdominalia og febrilia. Ved computertomografi og objektiv undersøgelse fandtes tegn på nekrotiserende fasciitis i glutealmuskulaturen, begge underekstremiteter og venstre overekstremitet med rapid spredning.

På hjemsygehuset fik patienten højdosisantibiotika samt akut kirurgisk spaltning tre gange over 19 timer, hvorefter han blev overflyttet til landsafdeling med henblik på hyperbar oxygenbehandling. Her lå han på intensivafsnit (ITA) i 23 dage, gennemgik daglige skiftninger, yderligere syv kirurgiske revisioner og fik i alt ni hyperbar oxygenbehandlinger. Patienten fik antibiotika mod fund af *Clostridier*, *Enterokokker*, methicillinresistente *Staphylococcus aureus*, *E-coli*, *Pseudomonas* og gærsvampe. Mod neutropenien blev der forsøgt behandling med filgrastim samt leukin, men uden effekt. Der blev tidligt i forløbet anlagt sigmoideostomi. Trods hyperbar oxygenbehandling og kirurgiske revisioner responderede han ikke klinisk på behandlingen, og yderligere kirurgisk behandling blev vurderet at være udsigtsløs. I en

periode satte man derfor behandlingsgrænse ved antibiotika. Paraklinikken var dog fortsat relativt god, og mod forventning bedredes den kliniske tilstand nogle over dage. Aktiv behandling blev derfor genindført med yderligere hyperbar oxygenbehandling og kirurgisk revision.

Da behandlingsmulighederne på landsafdelingen var udtømte – og efter eget ønske – tilbageflyttedes patienten primo 2007 til hjemsygehus. Her lå han yderligere 18 dage på ITA, behandlet med antibiotika, væsketerapi og intermitterende sårskiftninger, inden han gik ad mortem i et billede af sepsis. De sidste 15 dage var de kirurgiske tilbud endeligt udtømte, og der blev ved fælleskonference mellem stamafdeling, ITA og patienten selv sat grænse for behandlingsniveauet ved antibiotika som *last line of defence*.

DISKUSSION

Hos denne patient kunne knoglemarvstransplantation have været kurativ behandling af hans myelodysplastiske syndrom og paroksyttisk nocturn hæmoglobinuri [3]. Men knoglemarvstransplantationen blev udskudt grundet dårlig almen tilstand og akut infektion. Den

KASUISTIK

Vejle Sygehus,
Anæstesiaafdelingen



Intensivplads, Vejle Sygehus. Fotograf: Rico Frederik Schou.

kroniske pancytopeni, som knoglemarvstransplantation kunne have kureret, var formentlig medvirkende til det voldsomme forløb. Kirurgisk blev han revideret i det omfang, det var muligt, og antibiotika blev løbende optimeret ud fra dyrkningssvar. Han modtog al relevant hyperbar oxygenbehandling.

Patienten var i perioder forvirret og hallucineret, men i det sidste lange forløb orienteret og medbestemmende om egen situation. Han oplevede dog anfald af panikangst, var bange for døden men mest for at skulle dø med smerter. Han bevægede sig mellem ønsket om fuld behandling på den ene side og forståelse for baggrunden for behandlingstilbuddet på den anden. Initialt havde han svært ved at forholde sig til op- og nedregulering af behandlingsgrænsen, og der var tilsyn ved psykiater og hyppige lægesamtaler med flere tværfaglige, faste kontaktlæger. Grænsen blev løbende revurderet ud fra klinisk- og paraklinisk respons samt prognose.

Det er etisk vanskeligt at håndtere grænser for behandling. Især hos en så ung og i lange perioder vågen patient. Det anses for god standard løbende at evaluere situationen og tilpasse behandlingsgrænsen, men hvor meget kan man belaste en sådan patient med information om prognose, behandlingsgrænse og selvbestemmelse? Er det acceptabelt, at den sidste tid skal tilbringes uden håb og kun med udsigt til langtrukken døds kamp? Er det etisk acceptabelt at selekttere informationerne og lade patienten leve på et falsk håb? To ekstremer og virkeligheden vil ofte være at finde i et individuelt tilpasset samspil, men er der et endegyldigt svar?

En anden problematik, der illustreres her, er bru-

gen af en intensivplads til palliation, når manglen på intensivsengepladser i Danmark er så markant, som den er [4-5].

Men hvis der er behov for intensiv medicinsk terapi for at kunne give en relevant palliation – skal patienterne så ikke have dette tilbud?

Vil det omvendt ikke være rimeligt at overlade ITA-pladsen til en patient med samme behandlingsbehov, men meget bedre prognose og flytte »vores« patient til palliativ behandling på stamafdeling?

På den anden side ville det være fagligt og etisk uforvarsomt at flytte en dårlig patient ind og ud af ITA afhængig af varierende behandlingsgrænser på trods af muligheden for daglige tilsyn på stamafdelingen mhp. smerte- og væskeoptimering. Slet ikke at sætte grænser forekommer heller ikke hensigtsmæssigt.

Det er en svær klinisk problemstilling og alle forhold, også logistiske og etiske, bør overvejes, når en patient indlægges på ITA. Konklusivt har forløbet nok været så godt som muligt i den givne situation.

KORRESPONDANCE: Rico Schou, Borchsvej 10, DK-5200 Odense V.
E-mail: rico@mymedic.dk

ANTAGET: 1. september 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Wong CH, Chang CH, Pasupathy S et al. Necrotizing fasciitis: clinical presentation, microbiology, and determinants of mortality. *J Bone Joint Surg Am* 2003; 85-A:1454-60.
2. Escobar SJ, Slade JB Jr, Hunt TK et al. Adjuvant hyperbaric oxygen therapy (HBO2) for treatment of necrotizing fasciitis reduces mortality and amputation rate. *Undersea Hyperb Med* 2005;32:437-43.
3. Heilmann CJ, Jacobsen N. Allogen stamcelletransplantation ved ikkemaligne sygdomme. *Ugeskr Læger* 2003;165:4850-2.
4. Espersen K, Antonsen K, Joensen H. Er der kapacitetsproblemer på danske intensivafdelinger? *Ugeskr Læger* 2007;169:710-12.
5. Lippert A, Espersen K, Antonsen K et al. Kapaciteten på danske intensivafdelinger. *Ugeskr Læger* 2007;169:712-6.

Arteriovenøs shunt efter splenektomi

En sjælden årsag til kardiell inkompenstation og portal hypertension

1. reservelæge Ann Bovin & overlæge Lars Vinter-Jensen

KASUISTIK

Regionshospitalet
Viborg, Medicinsk
Afdeling og Klinisk
Fysiologisk Afdeling

Postoperative og posttraumatiske arteriovenøse anastomoser er beskrevet i forskellige vaskulære gebeter [1, 2]. Nyreinsufficente patienter med kronisk dialysebehov får ofte tildannet en arteriovenøs shunt på underarmen. Fra det efterhånden meget store materiale ved vi, at disse shunter på sigt kan medføre komplikationer bl.a. i form af hjertesvigt, men da vi

her kender eksistensen af shunten, kan graden af kardiell belastning løbende monitoreres [3, 4].

Arteriovenøse shunter i portalgebetet kan præsentere varierende symptomatologi, eksempelvis med akut debut i form af blødende øsofagusvaricer hos en i øvrigt levrask patient, eller patienten kan præsentere akut kardiell inkompenstation, der er forårsaget af