

Vellykket konservativt behandlet caecumperforation ved Ogilvies syndrom

Christian Lyngsaa Lang¹, Maria Cecilie Haveman² & Michael Achiam¹

KASUISTIK

1) Gastroenheden
– Kirurgisk Sektion,
Herlev Hospital
2) Gynækologisk-
obstetriske Afdeling,
Herlev Hospital

Ogilvies syndrom (OS) er en tilstand, hvor symptomer og kliniske fund tyder på obstruktion af colon uden påviselig radiologisk mekanisk årsag. Patofysiologisk skyldes OS et resultat af ubalance i det autonome nervesystem og er associeret med f.eks. sepsis, kirurgi, anæstesi og maligne tilstande. Tilstanden er vigtig at diagnosticere, da den er forbundet med høj morbiditet og mortalitet [1]. I en gennemgang af 400 rapporterede cases fandt man, at risikoen for perforation ved OS var op til 23% ved en caecumdiameter på over 14 cm [2]

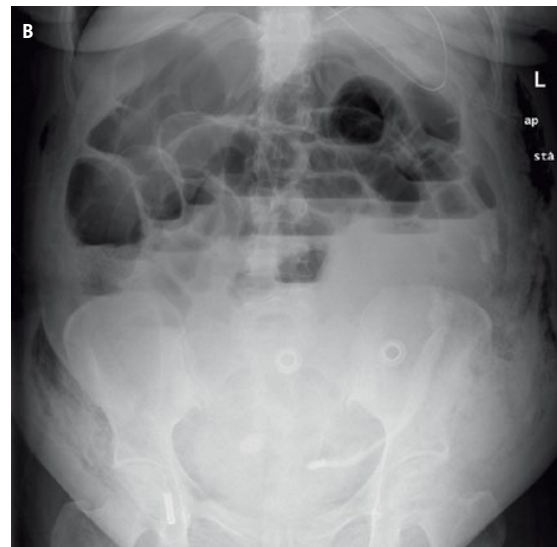
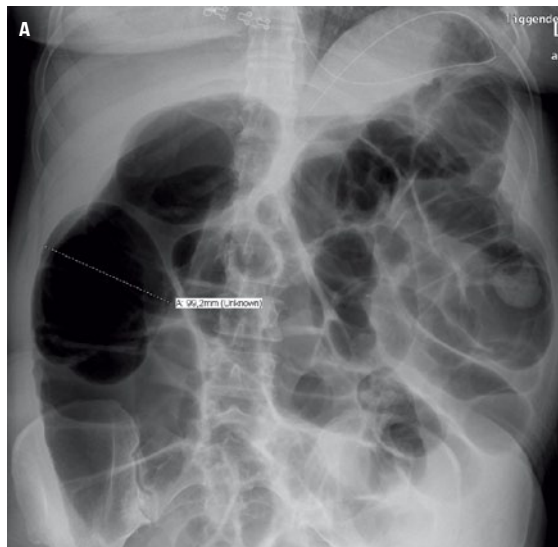
SYGEHISTORIE

En 37-årig, gravid kvinde blev indlagt ved gestationsalder 29 uger + fem dage grundet kraftig vaginalblødning og delvis abruptio placenta. Det estimerede blodtab efter ankomst til hospitalet var 1.000 ml, og der blev foretaget akut sectio på vital indikation. Postoperativt blev patienten sat i behandling med intravenøst (i.v.) givet cefuroxim og metronidazol. Patienten var ved ankomst allerede i behandling med erytromycin, hvilket var påbegyndt af egen læge pga. pneumoni. Patienten havde det første postoperative døgn (POD) tiltagende diffuse abdominalsmerter, kvalme, opkastninger og flatus, men ingen afføring.

En røntgenoversigt over abdomen (OOA) viste pseudoobstruktion med en caecumdiameter på 9 cm (Figur 1A). Der blev ordineret sonde til svagt sug og flydende kost. En kontrol-OOA på 2. POD viste tiltagende caecumdiameter på nu 10 cm, og colonindhældning var uden mekanisk årsag. Jævnfør afdelingens instruks blev der ordineret neostigmin 2,5 mg givet i.v. over 5 min, hvilket medførte flatusafgang og klinisk bedring. En OOA på 3. POD blev af vagthavende bagvagt tolket som fortsat dilateret caecum, hvorfor der igen blev givet neostigmin i.v.. På en røntgenkonference dagen efter fandt man nyttilkommen fri luft og subkutan emfysem, der var blevet overset på den seneste OOA (Figur 1B). Ved et efterfølgende kirurgisk tilsyn fandt man dog patienten afebril, oppegående og upåvirket med en leukocytkoncentration på 21,9 mia./l og et CRP-niveau på 187 mg/l. Hun blev herefter behandlet konservativt og under uændret antibiotisk behandling observeret tæt af seniorkirurger. Hun fik fuldkost og havde normaliseret tarmfunktion. En computertomografi (CT) af abdomen på det 7. POD viste ikke ansamlinger eller fri væske intraabdominalt. Efter normalisering af infektionsparametre på det 9. POD seponeredes den antibiotiske behandling, og den kirurgiske behand-

FIGUR 1

A. Røntgenoversigt over abdomen (OOA) taget med patienten liggende i det andet postoperative døgn. Der ses dilateret caecum med en diameter på 10 cm.
B. OOA taget med patienten stående i det tredje postoperative døgn. Der blev fundet fri luft efter administration af neostigmin givet intravenøst.



ling af patienten blev afsluttet. Efterfølgende blev der ikke rapporteret om komplikationer.

DISKUSSION

Standardbehandlingen af perforationer efter koloskopi er operation, hvorimod konservativ behandling fortsat er kontroversiel. Succesraten ved konservativ behandling er beskrevet til at være 33-73%, og behandlingen anbefales kun til patienter med følgende karakteristika: godt alment helbred, tidlig diagnose, manglende kliniske tegn på diffus peritonitis, tilstrækkelig udrensning af colon og perforationer, hvor man ikke har mistanke om, at koloskopet er primær årsag [3]. Der findes samme mortalitet og morbiditet, når man sammenligner konservativ behandling af perforeret ulcus med kirurgisk behandling. Dette er under forudsætning af hurtigt iværksat i.v. antibiotisk behandling, hæmodynamisk stabil patient og akut kirurgisk intervention ved manglende bedring [4].

Erkendelse af OS er yderst vigtig pga. perforationsrisiko. Radiologisk vurdering og diagnosticering (CT eller OOA) skal foretages hurtigt. Samtidigt bør der foretages colonindhældning hver gang for at afkræfte en mekanisk årsag, medmindre dette kan udelukkes ved primær diagnostik. Beslutningen om, hvilken behandling der bør indledes, beror på en vurdering af caecums diameter. Normalværdien af caecumdiameter er angivet til 9 cm, og værdier på 10-12 cm kræver tæt overvågning gerne med OOA hver 12. time. Dette bør dog altid sammenholdes med pa-

tientens kliniske tilstand [5]. Læsionen, der er beskrevet i sygehistorien, må vurderes at være forårsaget af et barotraume sekundært til OS, formentlig delvist retroperitonealt. Dette kan til en vis grad sidestilles med fri luft efter perforeret ulcus eller divertikulitis. I selekterede tilfælde og ved *sealed lesions* kan man som tidligere nævnt behandle disse tilfælde konservativt under tæt observation. Man kan også drage sammenligninger til mindre perforationer efter koloskopi, hvor man også tidligere har behandlet konservativt med en vis succes. Der er dog stor forskel på de to typer perforationer, idet tarmen udrenses inden endoskopi. Konservativ behandling af perforationer, der er relateret til OS, er stærkt kontroversiel. Det bør kun overvejes under optimale forhold, hos højtselekterede patienter og under tæt observation med mulighed for akut kirurgisk intervention.

KORRESPONDANCE: Christian Lyngsaa Lang, Gastroenheden – Kirurgisk Sektion, Herlev Hospital, Herlev Ringvej 75, 2730 Herlev. E-mail: c.lyngsaa@gmail.com

ANTAGET: 11. juli 2012

FØRST PÅ NETTET: 28. januar 2013

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Roberts CA. Ogilvie's syndrome after cesarean delivery. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2000;29:239-46.
2. Vanek VW, Al-Salti M. Acute pseudo-obstruction of the colon. *Dis Colon Rectum* 1986;29:203-10.
3. Castellvi J, Bollo J, Caballero F. Colonoscopic perforation: useful parameters for early diagnosis and conservative treatment. *Int J Colorectal Dis* 2011;26:1183-90.
4. Gul YU, Shine MF, Lennon F. Nonoperative management of perforated duodenal ulcer. *Ir J Med So* 1999;168:254-6.
5. Schjoldager BT, Christensen JK. Ogilvie's syndrome. *Ugeskr Læger* 2001;163:3056.

Orf-Parapoxvirus kan smitte mennesker ved tæt kontakt

Jacob Bodilsen¹ & Steffen Leth²

Orf forekommer globalt hos får og geder. Transmission til mennesker ses ved tæt kontakt til smittede dyr, men incidensen i Danmark er ukendt. Vi præsenterer her en typisk case efter relevant erhvervsmæssig eksposition.

SYGEHISTORIE

En 65-årig mand blev henvist til en infektionsmedicinsk afdeling med sår på håndryg og fingre. Patienten var en tidligere rask landmand, og der var ingen personer med lignende sygdom i omgangskredsen eller nylig udenlandsrejse. Anamnestisk havde patienten en måned forinden sygdommens begyndelse malket sine får manuelt, da de havde yverbetændelse.

Symptomerne debuterede med en lille rød macula på dorsalsiden af højre pegefinger. I løbet af nogle uger udviklede den sig til en papel, som progredierede til en uøm, kraterformet, ikkekløende ulceration på 2-3 cm i diameter. Sideløbende, men tidsmæssigt forskudt, opstod der et tilsvarende element på højre håndryg og efterhånden to lignende elementer på venstre håndryg. Patienten havde ikke haft feber eller været alment påvirket. Pga. manglende effekt af behandling med roxithromycin og fusidinsalve blev patienten til sidst indlagt.

Objektivt var han upåvirket og afebril ved ankomst til afdelingen. Der var spredte, voldformede nekrotiske sår med crustadannelse på knoerne på

KASUISTIK

- 1) Infektionsmedicinsk Afdeling, Aalborg Hospital
- 2) Infektionsmedicinsk Afdeling, Aarhus Universitetshospital