

# To tilfælde af svær variceblødning ved Brickerblærestomi

Dagmar Lunden<sup>1</sup>, Johan Poulsen<sup>1</sup> & Brian O. Kloster<sup>2</sup>

## KASUISTIK

1) Urologisk Afdeling, Aalborg Universitets-hospital  
2) Karkirurgisk Forskningssektion, Regionshospitalet Viborg

Ugeskr Læger  
2014;176:V01140021

Det har siden 1968 været kendt, at portal hypertension kan resultere i varicer i relation til en stomi (ileostomi, kolostomi, ureteroileokutaneostomi). Patofysiologisk dannes varicerne ved dilatation af kollaterale vener i den mukokutane overgang, som forbinder det venøse portale højtrykskredsløb med det systemiske venøse lavtrykskredsløb [1].

Der er beskrevet mange konservative behandlingsmuligheder ved parastomal variceblødning, dog er disse ofte forbundet med høj recidivrisiko. Invasive behandlingsmuligheder er revision af Brickerblæren eller dannelse af shunt mellem det portale og det systemiske kredsløb [1].

Transjugulær intrahepatisk portosystemisk shunt (TIPS) er en minimalt invasiv ultralydvejledt shuntanlæggelse, som første gang blev anvendt i 1982 i forbindelse med blødende øsofagusvaricer og i 1993 første gang i forbindelse med variceblødning ved Brickerblærestomi [2]. TIPS kan hos udvalgte patienter være det bedste behandlingsvalg, da det behandler den underliggende årsag og resulterer i mindre risiko for recidiv, færre genindlæggelser og længere overlevelse [3, 4].

Ved en gennemgang af engelsksproget litteratur i 2009 fandtes i alt 17 beskrevne tilfælde af variceblødninger fra Brickerblærestomier [1], og ved en aktuel

litteraturgennemgang fandtes der kun yderligere ét beskrevet tilfælde [5].

Vi beskriver her to tilfælde.

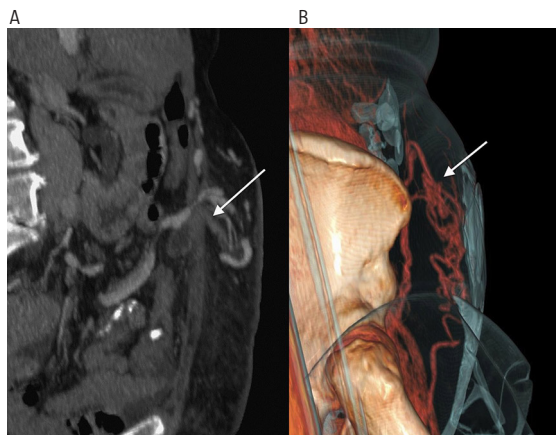
## SYGEHISTORIER

I. En 79-årig kvinde, anamnestisk kendt med hypertensio arterialis og tidligere hysterektomi pga. prolapsus uteri, fik i 2011 konstateret coloncancer (T4N2M0) og blev primært behandlet med neoadjuverende kemoterapi og efterfølgende kolektomi og bækkenrømning med anlæggelse af kolostomi og Brickerblære. Syv måneder senere blev hun indlagt med blødning i Brickerblærestomien. En CT viste massive levermetastaser og lokalrecidiv i det lille bækken. Patienten blev vurderet som værende terminal, og blødninger i stomikanten blev kontrolleret konservativt med kompression og gennemstikning af blødende kar, frem til hun døde halvanden måned senere.

II. En 65-årig kvinde, som var anamnestisk kendt med hypertensio arterialis og atrieflimren og havde pacemaker, fik i 2006 konstateret blærecancer (pT3N2M0) og blev primært behandlet med cystektomi, bækkenrømning og anlæggelse af Brickerblærestomi. To år efter primæroperationen oplevede patienten det første tilfælde af blødning fra stomikanten. Dette blev tolket som værende betinget af dysreguleret antikoagulans (AK)-behandling (international normaliseret ratio: 4,3) og leverintoksikation på mulig alkoholisk basis. AK-behandlingen blev seponeret, og blødningen stoppede. Herefter havde patienten ikke indlæggelseskrævende blødninger i tre år før sommeren 2011, hvor hun blev indlagt til optransfundering og igen tre måneder senere til ultralydvejledt ligering af en dilateret vene i relation til stomien. Patienten blev indlagt igen i december 2012 grundet blødning og anæmisk betinget nonoligurisk nyreinsufficiens. Blødningen stoppede spontant, og nyrefunktionen rettede sig på blodtransfusion. I januar 2013 blev hun udredt for åndenød og overhydrering, hvor der blev påvist nytilkommen svær trikuspidalinsufficiens, som blev opereret. Umiddelbart herefter blev hun indlagt på urologisk afdeling med svær blødning i Brickerblæren (hæmoglobinniveau: 4,8 mmol/l). Hun blev primært behandlet med kompression via kateter, men pga. recidiverende svære blødningstilfælde valgte man kirurgisk at revidere

FIGUR 1

CT med kontrast af patienten i sygehistorie II. A. Urostomiers forløb gennem bugvæggen (markeret med pil). B. De udtalte varicer subkuttant i relation til urostomien (markeret med pil).



Brickerblæren, og man exciderede stomiens distale 1,5 cm inklusive et 5 × 7 mm stomalt ulcus, som ved loopskopi var blevet fundet tidligere under indlæggelsen. Ved tremånedersfollowup var der ingen nytillkomne blødningsepisoder. I **Figur 1** illustreres hendes parastomale varicer.

## DISKUSSION

Ved blødning i kanten af en Brickerblærestomi bør man overveje, om der er tale om varicer, der er opstået pga. portal hypertension. Varicerne kan være en sjælden primær manifestation af svær leversygdom og være potentielt livstruende [1].

I sygehistorie I formodede man, at parastomale varicer betinget af portal hypertension på baggrund af massive levermetastaser var årsagen, og aggressiv behandling af variceblødningerne var ikke indiceret, idet patienten var terminal. Sygehistorie II illustrerer et tilfælde, hvor mulig uerkendt leversygdom kunne være årsag til parastomale varicer, hvorfor denne patient burde være vurderet mhp. TIPS-behandling.

Behandling af parastomale variceblødninger bør vurderes ud fra komorbiditeter, graden af portal hypertension, forventet restlevetid og operabilitet [1]. TIPS behandler den underliggende årsag ved portal hypertension og bør overvejes ved disse patienter.

## SUMMARY

Dagmar Lunden, Johan Poulsen & Brian O. Kloster:

Two cases of severe variceal haemorrhage from an ileal conduit  
Ugeskr Læger 2014;176:V01140021

Variceal haemorrhage from an ileal conduit is a rare but well-known complication to portal hypertension. Many treatments are described and a transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) is the treatment of choice if possible, because this addresses the underlying portal hypertension. We report two cases of haemorrhage from an ileal conduit, which illustrates that treatment must be individualized with attention to life expectancy, co-morbidities and degree of the portosystemic pressure gradient, but TIPS treatment has to be considered even if there is no history of liver disease.

**KORRESPONDANCE:** Dagmar Lunden, Ny Kastetvej 30, st., lejl. 3, 9000 Aalborg.  
E-mail: dagmar\_lunden@hotmail.com

**ANTAGET:** 10. april 2014

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 22. september 2014

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

1. Lavallee LT, Trottier G, Bailly G. Ileal conduit stomal hemorrhage as the first presentation of end stage liver disease: case report and review of the literature. *Can J Urol* 2009;16:4863-5.
2. Chavez DR, Snyder PM, Juravsky LI et al. Recurrent ileal conduit hemorrhage in an elderly cirrhotic man. *J Urol* 1994;152:951-3.
3. Conte JV, Arcomano TA, Naficy MA et al. Treatment of bleeding stomal varices. *Dis Colon Rectum* 1990;33:308-14.
4. Carrafiello G, Lagana D, Giorgianni A et al. Bleeding from peristomal varices in a cirrhotic patient with ileal conduit: treatment with transjugular intrahepatic portocaval shunt (TIPS). *Emerg Radiol* 2007;13:341-3.

5. Naidu SG, Castle EP, Kriegshauser JS et al. Direct percutaneous embolization of bleeding stomal varices. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2010;33:201-4.