

# Stor levercyste som årsag til dyb venetrombose i benet

Jesper Holmbæk Clausen<sup>1</sup> & Jens Bonde-Petersen<sup>2</sup>

## KASUISTIK

1) Hjertemedicinsk Afdeling, Sygehus Sønderjylland, Haderslev  
2) Røntgenklinikken, Radiologisk Center, Sygehus Sønderjylland, Aabenraa/Haderslev

Ugeskr Læger  
2014;176:VO4140251

Dyb venetrombose (DVT) er en potentielt farlig tilstand med en incidens på 1/1.000 og stigende forekomst med alderen samt risikofaktorer som cancer, traumer, immobilisering, graviditet, p-pillebrug og familiær disponering [1]. DVT kan især i proksimale vener forårsage lungeemboli (LE) med dødelig udgang [1].

Levercyster er ligeledes en hyppig tilstand, der rammer 2,5-7,5% af befolkningen [2-4]. Disse er ofte godartede, men kan blive behandlingskrævende (5-15%) [2, 4]. De forekommer hyppigere hos kvinder, 80-90%, end hos mænd [2, 4]. Komplikationer er kompression af nærliggende strukturer (galdeveje og venøst afløb), hvilket kan føre til galdesten, gulsot, asites, portal hypertension, øsofagusvaricer, Budd-Chiaris syndrom, ruptur, torsion og infektion, sjældent leversvigt [2-5].

Vi beskriver en sygehistorie, hvor en stor levercyste lige ved indmundingen af vena cava inferior (VCI) til højre atrium forårsagede afklemning og stor udbredt DVT.

## SYGEHISTORIE

En 69-årig kvinde med astma og hypertension blev henvist til en medicinsk afdeling på mistanke om DVT. Venstre ben var hævet, og der var rødme, ødem og smerter ved palpitation af de dybe vener. Hun var afebril, og man fandt en Wells score på 4, en D-dimerkoncentration på 9,42 mg/l, sinustakykardi og et C-reaktivt proteinniveau på 13 mg/l. Der blev lavet UL-skanning af venstre ben, hvorved DVT i v. ilica communis, v. iliaca ex, v. femoralis communis, v. femoralis og v. poplitea blev bekræftet.

På mistanke om samtidig lungeemboli blev der udført ekkokardiografi, der ikke viste tegn til højresidig belastning. Man observerede en stor levercyste, der afklemte VCI få cm fra indmundingen til højre atrium (**Figur 1**).

Der blev foretaget CT af thorax og abdomen med henblik på LE samt bekræftelse af cystens størrelse og placering (**Figur 2**). Ved CT'en afkræftedes LE, men der blev konstateret en stor levercyste på 6 × 10 × 7 cm, der komprimerede VCI med dilatation under cysten (**Figur 2**), samt at trombedannelsen strakte sig helt op i den distale VCI.

Patientens tilstand blev konfereret med karkirurgerne, men trombolyse var ikke en mulighed, da

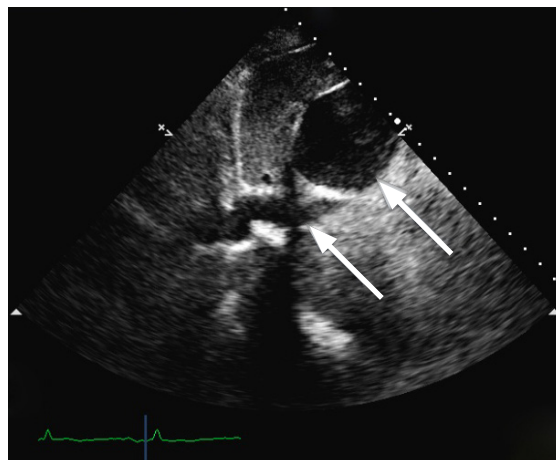
tromben strakte sig mindst 10 cm distalt for v. poplitea. Risikoen for blødning ved punktur efter påbegyndelse af behandling med dalteparin og warfarin samt muligheden for embolisering ved punktur og fjernelse af afløbshindringen blev ligeledes vendt. I stedet valgte man en konservativ strategi med tre måneders antikoagulans (AK)-behandling og herefter aspiration af cysten.

Ved tremånederskontrol fandt man flow i v. iliaca communis og v. femoralis communis, men v. femoralis og v. poplitea var stadig udtamponeret uden flow, hvorfor man fortsatte med punktur og aspiration af cysten samt AK-behandling. Ved kontrol efter yderligere fem måneder fandt man stadig intet flow i v. femoralis, men kraftigt flow i v. femoralis profunda samt nedadtil lateralt på låret, og der var således etableret sufficiens venøst afløb fra benet. Den store cyste var ikke gendannet. Ved kontrol seks måneder senere var cysten gendannet og målte 5 × 4 × 3 cm. Der var endnu ikke kompression af VCI, uforandret trombe og ingen flow proksimalt i v. femoralis, men nyttilkommet diskret flow distalt i v. femoralis. Der var venøst flow fra kollateraler fra knæniveau og kraftigt flow i v. femoralis profunda.

Patienten blev henvist til videre forløb på regionscentrets organkirurgiske afdeling med henblik

**FIGUR 1**

Ultralydbillede af cyste (øverste pil) med kompression af vena cava inferior (nederste pil).




**FIGUR 2**

CT-billede af den distale trombe (nederste pil) og cysten (øverste pil) med kompression af vena cava inferior (mellemste pil).



på videre behandling. Samtidig genoptog hun AK-behandling.

## DISKUSSION

Levercyster er på trods af deres hyppige forekomst yderst sjældent dokumenteret som årsag til DVT. Denne tilstand er muligvis underrapporteret [4, 5].

Behandlingen kan være aspiration evt. med sklerosering, fenestrering og kirurgisk resektion både åben og laparoskopisk [2-5]. Ved simpel aspiration er der få komplikationer, men stor risiko for, at cysten gendannes [4, 5], dog ofte med mindre volumen ved samtidig sklerosering med ethanol [4]. Kirurgi er forbundet med større succesrate end denne behandling, men også med flere og alvorligere komplikationer [2-4]. Nyere behandlingsmuligheder er aspiration kombineret med somatostatinanaloger, hvilket i enkelte studier er påvist at reducere risikoen for recidiv [4].

Ud fra denne sygehistorie må man overveje allerede tidligt at kombinere punktur af cysten med sklerosering eller somatostatinbehandling. Der bør dog være en forudgående periode med AK-behandling for at reducere risikoen for embolisering. Ved recidiv af cysten kan man forsøge aspiration med sklerosering i kombination med somatostatinbehandling eller overveje fenestrering/kirurgi, afhængigt af cystens placering og risiko for komplikationer.

Patienten i sygehistorien havde ingen disponerende risikofaktorer i form af cancer, traume, længere immobilisation eller familiær disposition. Der var ingen B-symptomer, normale urinstitiks, levertal, S-cal-

ciumniveau og basisk fosfataseniveau. CT af thorax og abdomen gav ikke mistanke om malignitet.

Litteraturen understøtter ikke regelmæssig brug af UL-skanning som udredning for uprovokeret DVT/LE, men det kan anvendes, hvis der er overvejelser om strålerisiko [1].

## SUMMARY

Jesper Holmbæk Clausen & Jens Bonde-Petersen:  
Large liver cyst with compression of the inferior vena cava causing massive deep vein thrombosis  
Ugeskr Læger 2014;176:V04140251

A 69-year-old female was admitted to hospital on suspicion of left-sided deep vein thrombosis (DVT). DVT stretching to the distal part of the vena cava inferior (VCI) was confirmed on computed tomography and ultrasound which also revealed a large cyst with compression of VCI. The patient had no predisposition or risk factors to venous thromboembolic disease. The DVT was initially successfully treated with warfarin and aspiration of the cyst. However, it reappeared only 11 months later. Other treatment options are aspiration and ethanol sclerosis or surgery, laparoscopic as well as traditional.

**KORRESPONDANCE:** *Jesper Holmbæk Clausen*, Hjertemedicinsk Afdeling, Sygehus Sønderjylland, Haderslev, Skallebækvej 7, 6100 Haderslev.  
E-mail: [Jesper@holmbaek.com](mailto:Jesper@holmbaek.com)

**ANTAGET:** 16. juli 2014

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 13. oktober 2014

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på [Ugeskriftet.dk](http://Ugeskriftet.dk)

## LITTERATUR

1. Venous thromboembolic diseases: the management of venous thromboembolic diseases and the role of thrombophilia testing. National Clinical Guideline Centre – June 2012. [www.nice.org.uk/guidance/cg144/resources/cg144-venous-thromboembolic-diseases-full-guideline2](http://www.nice.org.uk/guidance/cg144/resources/cg144-venous-thromboembolic-diseases-full-guideline2) (11. aug 2014).
2. Treckmann JW, Paul A, Sgourakis G et al. Surgical treatment of nonparasitic cysts of the liver: open versus laparoscopic treatment. *Am J Surg* 2010;13:776.
3. Amendolara M, Bucca D, Barbarino C et al. Surgical management of symptomatic simple hepatic cysts: *G Chir* 2012;33:17-20.
4. Macutkiewicz C, Plastow R, Chrispijn M et al. Complications arising in simple and polycystic liver cysts. *World J Hepatol* 2012;4:406-11.
5. Torres VE, Rastogi S, King BF et al. Hepatic venous outflow obstruction in autosomal dominant polycystic kidney disease. *J Am Soc Nephrol* 1994;5:1186-92.