

Miltlæsion efter sigmoideoskopi

Kevin Afshari, Mogens Tornby Stender & Ole Thorlacius-Ussing

KASUISTIK

Kirurgisk
Gastroenterologisk
Afdeling A, Aalborg
Universitetshospital

Ugeskr Læger
2015;177:V05130291

Kolo- og sigmoideoskopi anvendes i både diagnostisk og terapeutisk øjemed med lav risiko for alvorlige komplikationer. Komplikationsrisikoen er større ved koloskopi end ved sigmoideoskopi med blødning og perforation som de hyppigst forekommende alvorlige komplikationer [1]. Miltruptur er en velbeskrevet – omend sjælden – komplikation i forbindelse med koloskopi, men er, så vidt vi ved, aldrig beskrevet som komplikation i forbindelse med sigmoideoskopi [2]. Her beskrives et tilfælde af miltruptur efter sigmoideoskopi hos en 48-årig mand.

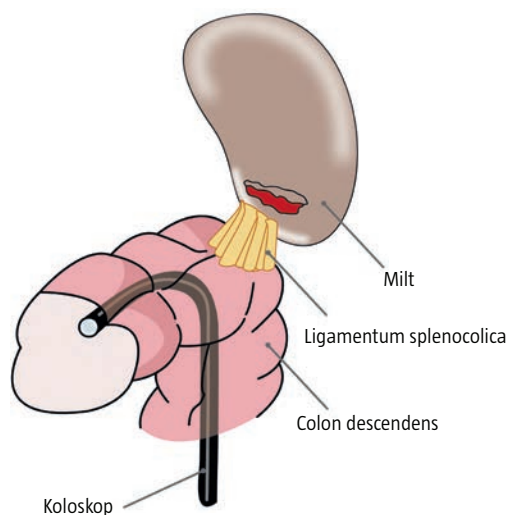
SYGEHISTORE

En 48-årig tidligere rask mand, der var blevet appendektomeret og ikke havde nogen kendte risikofaktorer for blødning, blev elektivt sigmoideoskoperet pga. måneder varende venstresidige mavesmerter. Et standard-70 cm-sigmoideoskop blev af en rutineret speciallæge ført til venstre colonflexur uden tekniske vanskeligheder. Det eneste positive fund var en polyp 30 cm fra analåbningen. Der blev foretaget polypektomi, hvorefter patienten blev udskrevet i velbefindende. Fem dage senere blev han genindlagt pga.

smerter i de øvre kvadranter med udstråling til midt mellem skulderbladene. Klinisk fandt man diffus ømhed med punctum maximum i venstre hypokondrium, og biokemisk fandt man et hæmoglobin (Hb)-niveau på 7,8 mmol/l. Den følgende dag påvistes der ultrasonisk fri væske intraperitonealt, og der blev rejst mistanke om subkapsulært milthæmatom eller milttumor. Der blev suppleret med en CT af thorax og abdomen med intravenøs og peroral kontrastvæske. CT'en afslørede moderate mængder fri intraperitoneal væske samt forandringer, der var forenelige med subkapsulært milthæmatom og havde en størrelse på 14 × 12 × 7 cm. Patienten forblev hæmodynamisk stabil indtil om aftenen, hvor han blev svimmel, bleg og utilpas, og der blev konstateret et fald i Hb-niveau til 4,3 mmol/l. På dette tidspunkt havde han et blodtryk på 130/90 mmHg og en puls på 115 slag/min. Der blev påbegyndt resuscitation med fire portioner blod. På trods heraf fik han ustabil kredslob, hvorfor der blev foretaget eksplorativ laparotomi med fund af fire liter blod i bughulen. Blødningskilden lokaliseredes til en milthilus, som var delvis beskadiget, mens resten af milten var intakt. Der blev udført splenektomi. Det postoperative forløb kompliceredes af pankreatitis pga. mulig peroperativ pancreaslæsion. Patienten blev udskrevet efter fire måneder.

FIGUR 1

Sigmoideoskopets position ved venstre fleksur medfører traktion af ligamentum splenicocolica med efterfølgende miltlæsion.



DISKUSSION

Ætiologien til endoskopiassocieret miltlæsion er uklar. Formodede mekanismer er bl.a. specifikke manøvrer (som alfaslyngemanøvre, *hooking* af venstre colonflexur og andre forsøg på at rette tarmen ud), stumpt traume, traktion i ligamentum splenicocolicum og nedsat mobilitet mellem colon og milten pga. adhærens (Figur 1). Mulige risikofaktorer er: inflammatorisk tarmsygdom, tidligere abdominalkirurgi, splenomegali, antikoagulationsbehandling og terapeutiske procedurer (f.eks. polypektomi). Koloskopi med patienten i rygleje menes at være en vigtig risikofaktor, idet milten vil lejres deklivt og dermed udøve traktionskræfter i adhærens modsatrettede skopets ved dets passage af venstre colonflexur [3]. Efter kolo-/sigmoideoskopi er det normalt med ubehag eller ømhed i abdomen op til timer efterfølgende. Ved vedvarende smerter skal man have colonperforation og miltlæsion in mente. Symptomer og tegn på miltlæsion ses oftest inden for 24 timer: 68% af pa-

tienterne har smerter i venstre øvre kvadrant, og 56% har positivt Kehrs tegn [2]. Miltlæsion bør overvejes ved hypotension, anæmi, øget leukocytantal, tegn på peritonitis, hæmodynamisk instabilitet og fald i Hb-niveau [2, 3].

Af billeddiagnostik bruges oftest initialt UL-skanning, som man kan påvise fri væske med, men den endelige diagnose stilles ved CT, hvorved miltskaden også kan graderes (f.eks. som forslået af American Association of Surgeons for Trauma) [2-4]. Ved stabilt kredsløb tilstræbes nonoperativ behandling inkluderende angiografi med embolisering [4]. Ustabilt kredsløb afgiver absolut indikation for akut laparotomi [5].

Antallet af miltskader kunne hypotetisk tænkes nedbragt ved så vidt muligt at endoskopere med patienten i venstre sideleje og undgå applicering af eksternt tryk på skopet, omend der i litteraturen ikke findes evidens herfor. Med henblik på at fremskynde diagnose og behandling skal miltlæsion overvejes ved vedvarende eller sent opståede abdominalsmerter efter nedre endoskopi, selvom patienten først henvender sig til en læge op til flere dage efter proceduren.

SUMMARY

Kevin Afshari, Mogens Tornby Stender & Ole Thorlacius-Ussing:

Splenic injury after sigmoidoscopy

Ugeskr Læger 2015;177:V05130291

Endoscopy of colon and rectum is a commonly used diagnostic and therapeutic procedure, which is generally safe although complications such as bleeding and perforation occur. There is, however, a small risk of splenic injury with potentially lethal outcome. We describe a case of splenic injury after sigmoidoscopy in a 48-year-old male.

KORRESPONDANCE: *Kevin Afshari*, Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling A, Aalborg Universitetshospital, Hobrovej 18-22, 9100 Aalborg.
E-mail: kevinaf86@gmail.com

ANTAGET: 28. juni 2013

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 26. august 2013

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

LITTERATUR

1. Adamsen S, Mosbach KKT, Milliam PB et al. Operationskrævende komplikationer ved kolo- og sigmoideoskopi. *Ugeskr læger* 2007;169:1788-93.
2. Singla S, Keller D, Thirunavukarasu P et al. Splenic injury during colonoscopy – a complication that warrants urgent attention. *J Gastrointest Surg* 2012;16:1225-34.
3. Lalor PF, Mann BD. Splenic rupture after colonoscopy. *JSL* 2007;11:151-6.
4. Idorn L, Rosenberg J. Nonoperativ behandling af stumpe miltraumer. *Ugeskr læger* 2005;167:2493-8.
5. Beuran M, Gheju I, Venter MD et al. Non-operative management of splenic trauma. *J Med Life* 2012;5:47-58.