

## LITTERATUR

- Münch A, Aust D, Bohr J et al. European Microscopic Colitis Group (EMCG). Microscopic colitis: current status, present and future challenges: statements of the European Microscopic Colitis Group. *J Crohns Colitis* 2012;6:932-45.
- Pardi DS, Kelly CP. Microscopic colitis. *Gastroenterol* 2011;140:1155-65.
- Bjørnbak C, Engel PJ, Nielsen PL et al. Microscopic colitis: clinical findings, topography and persistence of histopathological subgroups. *Aliment Pharmacol Ther* 2011;34:1225-34.
- Langner C. Colorectal normal histology and histopathological findings in patients with chronic diarrhea. *Gastroenterol Clin N Am* 2012;41:561-80.
- Rasmussen MA, Munck LK. Systematic review: are lymphocytic colitis and collagenous colitis two subtypes of the same disease – microscopic colitis? *Aliment Pharmacol Ther* 2012;36:79-90.
- Hjortswang C, Tysk C, Bohr J et al. Defining clinical criteria for clinical remission and disease activity in collagenous colitis. *Inflamm Bowel Dis* 2009;15:1875-81.
- Abboud R, Pardi DS, Tremaine WJ et al. Symptomatic overlap between microscopic colitis and irritable bowel syndrome: a prospective study. *Inflamm Bowel Dis* 2013;19:550-3.
- Wigh T, Fenger-Grøn M, Nielsen GL et al. Epidemiology of microscopic colitis – a 10-year nationwide Danish cohort study. *Gastroenterology* 2013;144:S645.
- Gentile NM, Khanna S, Loftus EV Jr et al. The epidemiology of microscopic colitis in Olmsted County from 2002 to 2010: a population-based study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 8. okt 2013 (epub ahead of print).
- Wickbom A, Bohr J, Eriksson S et al. Stable incidence of collagenous colitis and lymphocytic colitis in Örebro, Sweden, 1999-2008: a continuous epidemiologic study. *Inflamm Bowel Dis* 2013;19:23.
- Bonderup OK, Wigh T, Fenger-Grøn M et al. Drug exposure and risk of microscopic colitis – a nationwide Danish case-control study with 5751 cases. *Gastroenterology* 2013;144:S47-S48.
- Vigren L, Sjöberg K, Benoni C et al. Is smoking a risk factor for collagenous colitis? *Scand J Gastroenterol* 2011;46:1334-9.
- Fiehn AMK, Bjørnbak C, Warnecke M et al. Observer variability in the histopathologic diagnosis of microscopic colitis and subgroups. *Hum Pathol* 2013;44:261-6.
- Wildt S, Nordgaard-Lassen I, Bendtsen F et al. Metabolic and inflammatory faecal markers in collagenous colitis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2007;19:567-74.
- Stewart MJ, Seow CH, Storr MA. Prednisolone and budesonide for short- and long-term treatment of microscopic colitis: systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011;9:881-90.
- Bonderup OK, Hansen JB, Birket-Smith L et al. Budesonide treatment of collagenous colitis: a randomised, double blind, placebo controlled trial with morphometric analysis. *Gut* 2003;52:248-51.
- Bonderup OK, Hansen JB, Teglbjærg P et al. Long-term budesonide treatment of collagenous colitis: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Gut* 2009;58:68-72.
- Miehlke S, Madisch A, Kupcinskas L et al. Double-blind, double-dummy, randomized, placebo-controlled, multicenter trial of budesonide and mesalamine in collagenous colitis. *Gastroenterology* 2012;142:S211.
- Wildt S, Munck LK, Vinter-Jensen L et al. Probiotic treatment of collagenous colitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial with *Lactobacillus acidophilus* and *Bifidobacterium animalis* subsp. *Lactis*. *Inflamm Bowel Dis* 2006;12:395-401.
- Münch A, Fernandez-Baneres F, Munck LK. Azathioprine and mercaptopurine in the management of patients with chronic, active microscopic colitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2013;37:795-8.

## Bækkenvenetrombose med forhøjet D-dimer og normal UL-skanning af vena femoralis

Morten Roos Stenberg & Claus Tveskov

### KASUISTIK

Medicinsk Afdeling,  
Odense  
Universitetshospital,  
Svendborg Sygehus

Ugeskr Læger  
2015;177:V05130306

Isoleret bækkenvenetrombose er en relativt sjælden tilstand, der kan overses ved UL-skanning af vena femoralis [1, 2]. Prædisponerende faktorer er kasuistisk beskrevet [1]. Særligt er nævnt patologi i bækkenregionen, f.eks. inflammatorisk tarmsygdom, traume, malignitet, kirurgi og kejsersnit. Tilstanden er også beskrevet hos patienter, der ikke havde andre risikofaktorer end brug af p-piller. Venstresidig bækkenvenetrombose er ofte forårsaget af stenose i vena iliaca [3].

### SYGEHISTORIE

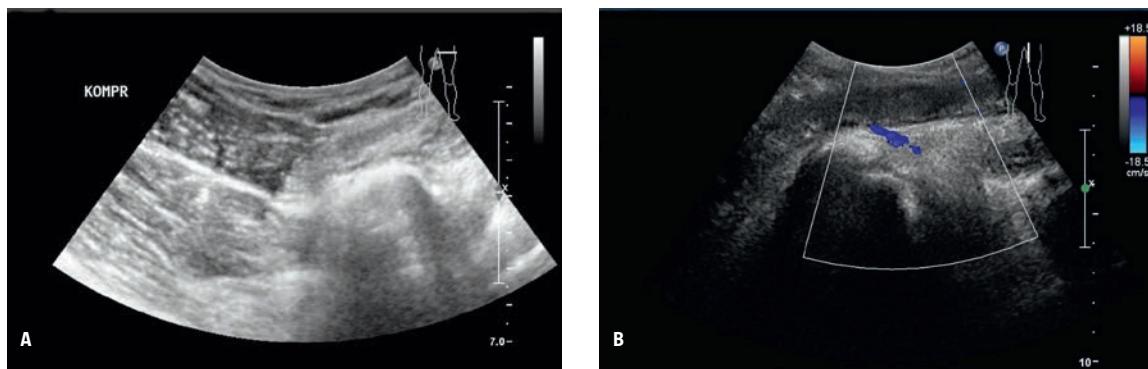
En 17-årig kvinde henvendte sig på skadestuen pga. pludseligt opståede lændesmerter med udstrålning til venstre underekstremitet to dage tidligere. Hun var normalvægtig og havde ingen risikofaktorer for dyb venøs trombose (DVT), ud over at hun havde taget andengenerations-p-piller igennem tre måneder.

Ved en objektiv undersøgelse fandt man, at hele venstre underekstremitet til lyskeniveau var let hæ-

vet, men ellers upåfaldende uden varme eller rødme. Blodprøver var inden for normalområdet frasæt D-dimerkoncentration på 16 mg/l (referenceværdi: < 0,5 mg/l) og C-reaktivt proteinkoncentration på 29 mg/l (referenceværdi: < 10 mg/l). Patienten var afebril, der var normalt resultat af elektrokardiogram og upåfaldende arteriegasanalyse. En UL-skanning samme dag viste ikke tegn til trombose i vena poplitea eller v. femoralis (Figur 1A).

Patienten blev sendt hjem, men genhenvist tre dage senere pga. forværring af symptomerne med tiltagende smærter i læanden og lysken. Ved en objektiv undersøgelse blev der fundet hævelse af hele venstre underekstremitet til lyskeniveau og rødme/varme ved de dybe veneer på femur. UL-skanning af venstre underekstremitet og nedre abdomen blev gentaget, og her blev der påvist trombose af v. poplitea, v. femoralis, v. iliaca externa og communis til v. cava inferior, som ikke var inddraget (Figur 1B).

 FIGUR 1



A. Kompressions-UL-skanning af venstre vena femoralis uden tegn til trombose. B. Kompressions-UL-skanning af venstre vena femoralis; der ses nu trombe-masse.

Pga. tromboseret v. poplitea var det ikke muligt at udføre akut kateterbaseret trombolyse. Patienten blev indlagt og behandlet med lavmolekylært heparin i terapeutisk dosering. Ved en fornyet UL-skanning af v. poplitea få dage senere fandt man denne åben, og hun blev overflyttet til en karkirurgisk afdeling. Her blev hun behandlet med kateterbaseret trombolyse og efterfølgende stentanlæggelse af en tilgrundliggende stenose i venstre v. iliaca communis.

Trombofiliscreening var upåfaldende. Der blev planlagt 12-månedersantikoagulationsbehandling pga. stentanlæggelse.

## DISKUSSION

Patienten havde med overvejende sandsynlighed haft en isoleret bækkenvenetrombose ved den initiale henvendelse, idet hele benet var hævet til lyskeniveau, og der var højt D-dimerniveau, selvom UL-skanning gav negativt resultat.

Kompressions-UL-skanning har høj sensitivitet mhp. påvisning af førstegangs-DVT i v. poplitea og v. femoralis [4], men undersøgelsen har lav sensitivitet, når det drejer sig om påvisning af isoleret bækkenvenetrombose ved skanning af v. femoralis [1, 2].

Man anbefaler generelt reskanning efter en uge, hvis den første UL-sundersøgelse er negativ, og der er klinisk tegn til DVT og forhøjet D-dimer [4]. Denne strategi kan, som dette tilfælde illustrerer, igangsættes for sent, idet tromben var hastigt progredierende, og allerede efter tre dage var der udtagt trombosering af hele venstre underekstremitet.

I en lignende sygehistorie præsenteret af Bramante et al. [5], foreslås det, at man supplerer UL-undersøgelsen, hvis man har mistanke om bækkenvenetrombose (hævelse til lyskeniveau). Der foreslås følgende: medskanning af bækkenvener, opmærksomhed på dilateret v. femoralis, som kræver betydelig kraft at komprimere, ophævet respirationssykkron

Doppler-flow eller turbulent flow i v. femoralis. Alle er tegn, der kan indikere mere proksimal DVT.

En UL-skanning bør altid inkludere skanning af bækkenvener og v. cava inferior. Er undersøgelsen inkonklusiv, kan reskanning efter 12 timers faste forsøges. Hvis dette pga. f.eks. adipositas ikke er muligt, kan supplerende billeddiagnostik anvendes, f.eks. MR- eller CT-venografi [2].

I studiet af Broholm et al. [3] skønnes det, at ca. 15% af samtlige DVT-tilfælde er iliofemorale tromboser, og der henvises kun 15-20 patienter årligt til kateterbaseret trombolyse. Det anslås, at der burde være omkring 200 mulige kandidater årligt. Isoleret bækkenvenetrombose er, omend sjælden, alvorlig med høj risiko for lungemboli og posttrombotisk syndrom, og som illustreret i denne sygehistorie hurtigt progredierende og skal haves in mente ved hævelse til lyskeniveau og negativ UL-skanning.

**KORRESPONDANCE:** Morten Roos Stenberg, Medicinsk Afdeling, Odense Universitetshospital, Svendborg Sygehus, Valdemarsgade 53, 5700 Svendborg. E-mail: m\_stenberg@dadnet.dk

**ANTAGET:** 18. september 2013

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

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

## LITTERATUR

- Wileman J. Preventing deaths in ambulatory care from isolated pelvic vein deep vein thrombosis: mortality and mortality meetings have a key role. Acute Medicine 2011;10:83-4.
- Spritzer CE, Arata MA, Freed KS. Isolated pelvic deep venous thrombosis: relative frequency as detected with MR imaging. Radiology 2001;219:521-5.
- Broholm R, Just S, Jørgensen M et al. Akut iliofemoral venøs trombose bør behandles med kateterbaseret trombolyse. Ugeskr Læger 2012;174:930-3.
- Sejersen HM, Nielsen HK, Thyssen JP et al. Dyb venetrombose – epidemiologi, diagnose og behandling. Ugeskr Læger 2007;169:109.
- Bramante RM, Raio CC. Near-miss in focused lower-extremity ultrasound for deep venous thrombosis. J Emerg Med 2013;45:236-9.