

Halssmerter efter koloskopi

Pernille Linde Jellestad, Shadi Andos & Biniam Berhane Teklay

KASUISTIK

Organkirurgisk Afdeling,
Sygehus Sønderjylland,
Aabenraa

Ugeskr Læger
2017;179:V02170129

I Danmark er antallet af koloskopier støt stigende, og i 2015 blev der ifølge Landspatientregisteret foretaget 84.259. Koloskopier foretages både ved mistanke om inflammatoriske tarmsygdomme (IBD) og ikke mindst som primær udredning, hvor der er mistanke om kolorektalcancer. Koloskopi er en relativ sikker undersøgelse med få komplikationer [1], hvoraf den hyppigste er perforation (< 1%). Perforation kan klinisk fremstå på mange måder – f.eks. som subkutant emfysem i halsregionen, mens andre, mere sjældne komplikationer kan være miltruftur eller appendicitis acuta [2].

SYGEHISTORIE

En 38-årig mand med mb. Crohn blev akut opereret for mekanisk ileus med anlæggelse af endeileostomi og en blindlukket colon.

Otte år senere blev han henvist til koloskopi af egen læge pga. ubehag i venstre fossa og udflåd fra rectum. Ved skopi kom man kun 25 cm op i sigmoideum. Lumen var forsnavret og ikke skoppassabel. Koloskopien blev afbrudt pga. patientens smerter. Ileoskopi var heller ikke mulig at foretage pga. snævre forhold i ileostomiåbningen. Efter koloskopiforsøget havde stomiproduktionen været normal, og patienten havde ikke haft smerter i abdomen.

To dage senere henvendte patienten sig til en vagtlæge pga. hæshed, ondt i halsen og en følelse af hævelse af halsmuskulaturen. En røntgenoptagelse af thorax viste subkutant emfysem i halsregionen, pneumomediastinum, fri luft under diafragma på venstre side,

men ingen tegn på pneumothorax (**Figur 1**). Anamnestisk var der intet forudgående traume. Objektivt var patienten upåvirket. Bilateralt fortil på halsen blev der mærket en knitren, og der blev fundet let krepitation basalt på venstre side ved lungestetoskopi, men han havde ellers vesikulær respiration. Abdomen var fuldstændig upåfaldende. Resultaterne af blodprøver var normale fraset et C-reaktivt proteinniveau på 39 mg/l.

Patienten var i fuldstændigt velbefindende og blev udskrevet til klinisk kontrol inklusive røntgenoptagelse af thorax.

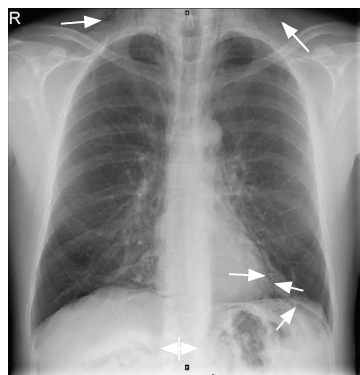
DISKUSSION

Patienter med ileostomi og blindlukket colon henvises til koloskopi både i forbindelse med tilbagelægning af ileostomi og ved malignitetsmistanke. Ved manglende funktion af colon gennem længere tid vil denne atrofiere og typisk blive mere stiv og mindre eftergivelig, hvilket øger risikoen for perforation [3]. Kombinationen i sygehistorien af en patient med både en blindlukket colon og IBD øger risikoen for perforation, idet patienter blot med IBD alene har en øget risiko for perforation ved endoskopiske procedurer [4].

Den tiltagende hævelse af patientens hals samt symptomerne på hæshed og smerter tolkes som iatrogen perforation af colon til retroperitoneum, hvorefter luft fra colon har ascenderet i det retroperitoneale rum for at ende bilateralt i halsregionen. Derudover var der på røntgenbilledet beskrevet minimal fri luft under diafragma, hvilket ligeledes er tegn på en intraperitoneal perforation. Sædvanligvis vil en perforation hos patienter med et normalt »tarmgennemløb« fra cavum oris til anus give alvorlige kliniske tegn pga. den bakterielle lækage fra tarmfloraen ud i henholdsvis retro- og intraperitoneum. Generelt kan der tænkes flere årsager til, at patienter med IBD og blindlukket colon ikke påvirkes af en perforation, f.eks. steroidbehandling, som patienten i sygehistorien dog ikke fik.

FIGUR 1

Røntgenoptagelse af thorax. De øverste pile viser subkutant emfysem i halsregionen. De nederste pile viser pneumomediastinum og minimal fri luft under diafragma.



SUMMARY

Pernille Linde Jellestad, Shadi Andos & Biniam Berhane Teklay:

Throat pain after colonoscopy

Ugeskr Læger 2017;179:V02170129

A 38-year-old man known with inflammatory bowel disease, received an ileostomy and a blinded colon. Eight years later the patient underwent a painful colonoscopy, performed under suspicion of malignancy in the blinded colon. Two days later the patient was admitted due to hoarseness, throat pain and a feeling of neck swelling but no abdominal pain. A chest X-ray showed subcutaneous emphysema in the neck region and pneumoperitoneum. We conclude, that colonoscopies can give a variety of complications, such as perforation in the colon with secondary subcutaneous emphysema in the neck and throat region.

KORRESPONDANCE: *Pernille Linde Jellestad.*

E-mail: pernille.jellestad@gmail.com

ANTAGET: 13. september 2017

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 20. november 2017

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

LITTERATUR

1. Adamsen S, Mosbac KKT, Milliam PB et al. Operationskrævende komplikationer ved kolo- og sigmoideoskopi: et materiale fra Patientforsikringen. *Ugeskr Læger* 2007;169:1788-93.
2. Shaw D, Gallardo G, Basson MD. Post-colonoscopy appendicitis: a case report and systematic review. *World J Gastrointest Surg* 2013;5:259-63.
3. Kissmeyer-Nielsen P, Christensen H, Laurberg S. Diverting colostomy induces mucosal and muscular atrophy in rat distal colon. *Gut* 1994;35:1275-81.
4. Mukewar S, Costedio M, Wu X et al. Severe adverse outcomes of endoscopic perforations in patients with and without IBD. *Inflamm Bowel Dis* 2014;20:2056-66.