

# Intramuralt duodenalt hæmatom efter endoskopisk injektionsterapi af blødende ulcus

Ditte Smed Iversen<sup>1,3</sup>, Stephen Cannon<sup>2,3</sup> & Ole K. Bonderup<sup>1,3</sup>

## KASUISTIK

- 1) Diagnostisk Center, Gastroenterologisk Sektion, Regionshospitalet Silkeborg  
 2) Diagnostisk Center, Radiologisk Sektion, Regionshospitalet Silkeborg.  
 3) Universitetsklinik for Innovative Patientforløb, Aarhus Universitet

Ugeskr Læger  
 2018;180:V03180174

Endoskopisk terapi med injektion af adrenalinsaltvand anses som sikker og effektiv ved behandling af blødende duodenale ulcera. Efter initial hæmostase tilrådes denne procedure kombineret med anden form for endoskopisk terapi oftest i form af termokoagulation eller hæmoclips [1]. Behandlingsstrategien er generelt veltiltalt, men komplikationer i form af perforation og smerter kan forekomme [2]. Som en sjælden komplikation i forbindelse med endoskopisk behandling er der tidligere beskrevet forekomst af intramuralt duodenalt hæmatom (IDH) [3-5].

## SYGEHISTORIE

En 48-årig mand med et langvarigt alkoholoverforbrug, kronisk hepatitis C og levercirrose blev indlagt med kvalme, mavesmerter og udspilet abdomen. Han havde tidligere haft et stort subkutant hæmatom over venstre underkøben og bækkenregionen efter en spontan blødning samt en retroperitoneal blødning som komplikation i forbindelse med nyrebiopsi. Ved en efterfølgende udredning blev der ikke påvist specifikke koagulationsdefekter.

Ti dage forud for indlæggelsen var han blevet behandlet endoskopisk med injektioner af adrenalinsaltvand og koagulation for et blødende duodenalt ulcus (Forrest klassifikation IB). Patienten forlangte sig udskrevet den følgende morgen, hvorfor vanlig efterbe-

handling med intravenøst givet syrepumpehæmmer ikke blev administreret.

Ved genindlæggelsen havde han mavesmerter og kvalme, og en objektiv undersøgelse viste et udspilet abdomen og let ikterus. Han var cirkulatorisk og respiratorisk stabil med upåvirkede vitale værdier og uden tegn på igangværende blødning. Han fik ingen antikoagulationsbehandling eller trombocythæmmer. Laboratorieanalyserne kan ses i **Tabel 1**. En akut CT af abdomen uden kontrast viste en udtalt ventrikeldilatation (**Figur1A**). Patienten fik anlagt en nasogastrisk sonde og blev overflyttet til en kirurgisk afdeling til videre behandling. En supplerende CT af abdomen med kontrast viste et stort IDH, som var lokaliseret distalt for bulbus duodeni (**Figur 1B**). Hæmatomet komprimerede og obstruerede duodenumens lumen og medførte tillige aflukning samt dilatation af ductus pancreaticus med tegn på akut pankreatitis inklusive peripankreatisk ødem.

En akut gastroskopi viste en ødematøs duodenal slimhinde, snævre passageforhold og et synligt ulcus (Forrest klassifikation III) i duodenum. En trelumen nasogastrisk jejunalsonde blev anlagt til ventrikelsug og jejunnal ernæring, og patienten blev overflyttet til et intensivafsnit, hvor han blev behandlet efter sædvanlige retningslinjer for akut pankreatitis. I forløbet fik han candidasepsis, som blev behandlet med intrave-

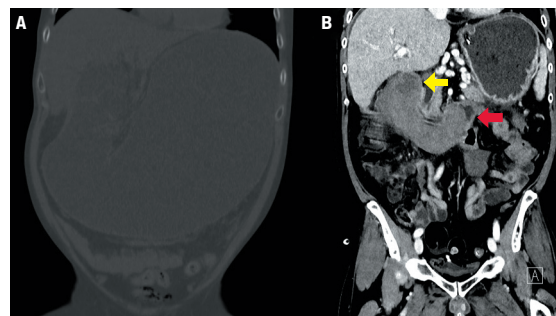
**TABEL 1**

Laboratorieanalyser med prøve- og referenceværdier.

Parameter	Prøve	Reference
P-amylase, pancreastype, E/l	1.826	10-65
P-bilirubin, µmol/l	73	5-25
P-basisk fosfatase, E/l	105	35-105
P-kalium, mmol/l	2,7	3,5-4,6
P-natrium, mmol/l	132	137-145
P-kreatinin, µmol/l	313	60-105
P-C-reaktivt protein, mg/l	41,3	< 8
B-hæmoglobin, mmol/l	5,2	8,3-10,5
B-trombocytter, × 10 <sup>9</sup> /l	137	145-350
International normaliseret ratio	1,5	< 1,2

**FIGUR 1**

A. Non-kontrast CT-billede af abdomen med massiv ventrikeldilatation. B. CT-billede med intravenøs kontrast. Der ses okkluderende duodenalt hæmatom, der strækker sig fra duodenumens pars horizontalis (gul pil) til pars ascendens (rød pil).



nøst givet fluconazol. Herudover var forløbet ukompliceret, og efter syv dage kunne han flyttes til et sengeafsnit til fortsat jejunal sondeernæring. Herefter blev tilstanden gradvist bedre, og peroralt fødeindtag kunne genoptages. En kontrolgastroskopi viste normale forhold, og efter 40 dages samlet indlæggelse var blodprøverne normale, og patienten blev udskrevet.

## DISKUSSION

IDH forekommer sjældent som komplikation i forbindelse med endoskopisk injektionsterapi [3-5]. Risikoen anses for at være øget ved koagulationsdefekter, antikoagulationsbehandling og trombocytopeni. Patienten i sygehistorien havde ingen af disse risikofaktorer, men derimod levercirrose og anamnestisk to tidligere episoder med svære hæmatomer, hvilket må formodes at havde øget risikoen for IDH [4]. Akut pankreatitis sekundært til IDH er tidligere beskrevet, men anses som sjældent forekommende [5]. Hos patienten i sygehistorien blev diagnosen verificeret ved kraftigt forhøjet P-amylaseniveau og peripankreatisk ødem påvist ved CT.

Den optimale behandling af IDH er ikke endeligt afklaret. Konservativ behandling med grundig monitoring og eventuelt parenteral ernæring anbefales i ukomplicerede tilfælde [4]. Hos ovennævnte patient resulterede det i seks ugers konservativ behandling med nasogastrisk jejunalsonde indtil fuld regression af hæmatomet og dermed ophævet duodenal okklusion. Kirurgisk intervention kan være indiceret ved komplicerede og langvarige tilfælde.

Risikoen for IDH ved endoskopisk behandling af duodenalt ulcus anses for lille, men bør overvejes hos patienter, som er i antikoagulationsbehandling eller har koagulationsdefekter. I så fald kan endoskopisk behandling med hæmoclipps overvejes som førstevalg.

## SUMMARY

Ditte Smed Iversen, Stephen Cannon & Ole K. Bonderup:  
Intramural duodenal haematoma after endoscopic injection therapy of a bleeding ulcer  
Ugeskr Læger 2018;180:V03180174

In this case report a 48-year-old man presented with nausea and abdominal pain. Ten days prior he had been treated with an endoscopic epinephrine/saline injection for haemostasis of a bleeding duodenal ulcer and was discharged the following day. At readmission, an abdominal CT revealed severe gastric distention and a gastroscopy showed total duodenal obstruction. Subsequent post-contrast CT revealed that a massive intramural duodenal haematoma was the cause of the total duodenal occlusion. Also, acute pancreatitis was seen. The treatment was conservative, and follow-up gastroscopy showed total resolution of the haematoma.

**KORRESPONDANCE:** Ditte Smed Iversen. E-mail: Dittiver@rm.dk

**ANTAGET:** 19. juni 2018

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 3. september 2018

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

## LITTERATUR

1. Kim JS, Park SM, Kim BW. Endoscopic management of peptic ulcer bleeding. *Clin Endosc* 2015;48:106-11.
2. Aabakken L. Current endoscopic and pharmacological therapy of peptic ulcer bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2008;22:243-59.
3. Dibra A, Kellici S, Celiku E et al. Intramural duodenal hematoma after submucosal injection of epinephrine for a bleeding ulcer: case report and review. *G Chir* 2015;36:29-31.
4. Sugai K, Kajiwara E, Mochizuki Y et al. Intramural duodenal hematoma after endoscopic therapy for a bleeding duodenal ulcer in a patient with liver cirrhosis. *Intern Med* 2005;44:954-7.
5. Ofori E, Sunkara T, Then E et al. Acute duodenal intramural hematoma complicated by acute pancreatitis – a rare complication of endoscopic epinephrine injection therapy. *Oxf Med Case Reports* 2018;2018:omx090.