

Fallbeskrivning:

Mesenterialventrombos bakom oklara buksymtom

Mesenterialventrombos är en ovanlig diagnos med en mycket varierande klinisk bild och svårtolkade symtom. Patienterna kan söka för subakuta buksmärter, gastrointestinal blödning eller vara helt utan symtom. Tidigare ställdes diagnosen oftast först i samband med laparotomi eller obduktion. Datortomografi möjliggör dock tidig och rätt diagnos. Tidig behandling leder till snabb symptomregress och förhindrar uppkomst av tarmischemi och peritonit. Man bör därför vara förtrogen med detta diagnostiska alternativ.

Fall 1

Patienten, en 59-årig man med tidigare viss alkoholöverkonsumtion och lindrig angina pectoris, ramlade när han bar på tunga matkassar och slog i buken mot trottoarkanten. Sex dagar senare fick han buksmärter och illamående efter matintag. Han sökte akut 15 dagar efter traumat på grund av diffus konstant värk i buken, framför allt kring naveln. Han hade ingen avföring de senaste fyra dyggen, och kunde inte äta på grund av smärtorna.

Vid ankomsten noterades en stor och svullen buk. Misstanke om ascites och levercirrhos väcktes och man utförde en ultraljudsundersökning av buken som visade en mindre mängd ascites, normal

Författare

RIADH SADIK

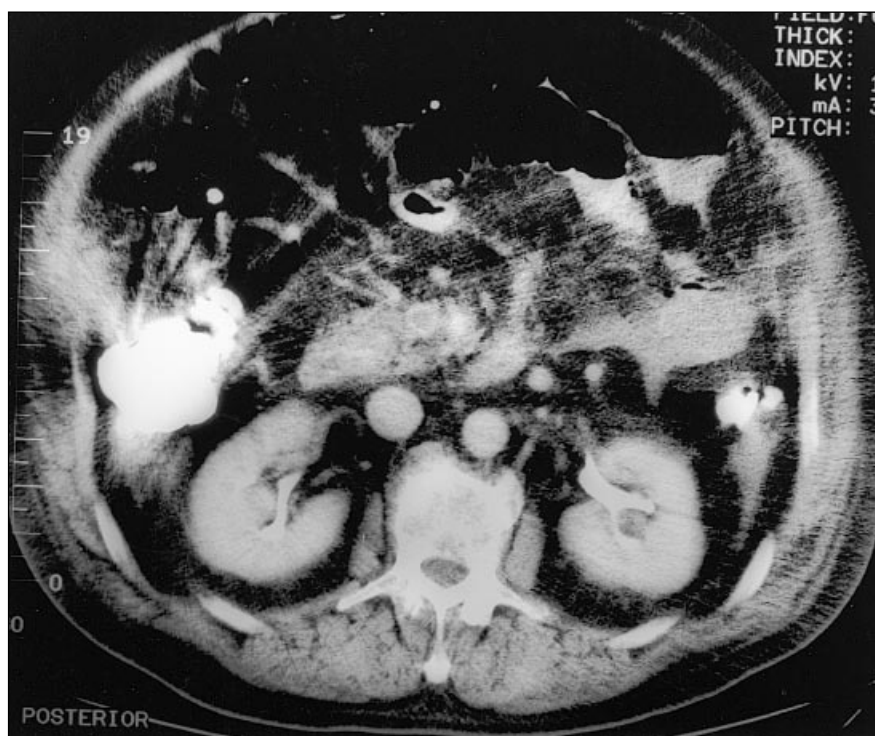
ST-läkare, medicinkliniken, Östra sjukhuset

ANDERS KILANDER

docent, biträdande överläkare; båda vid sektionen för medicinsk gastroenterologi och hepatologi

MATS ASZTÈLY

överläkare, institutionen för radiologi; samtliga vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg.



Figur 1. Snitt genom mellersta delen av buken visar njurarna, aorta och vena cava inferior. Fettet kring båda njurarna har ordinärt utseende, medan fett i främre retroperitoneum och motsvarande mesenterialroten framstår som ljusare till följd av en högre attenuering, dvs på grund av en högre vattenhalt. Centralt i detta område syns vena och arteria mesenterica superior sida vid sida, artären till vänster är helt kontrastfylld, vena till höger är endast kontrastfylld perifert, centralt finns en kontrastfyllnadsdefekt motsvarande trombosen (pil). (Denna och de båda övriga bilderna återger transversella snitt genom buken från en undersökning som har utförts under pågående intravenös kontrastmedelstillförsel. Bilderna visas så att snitten betraktas från patientens fotända.)

lever, normalt flöde i a hepatica och i levervenerna, men nedsatt flöde i vena portae. Mjälten var något förstorad. Undersökningen visade dessutom dilaterade och väggförtjockade tunntarmslyngor. Buköversikt visade rikligt med gas i tunntarmen. Efterföljande tunntarmspassage visade ingen ileusbild men tarmslyngorna var vidare än ordinärt.

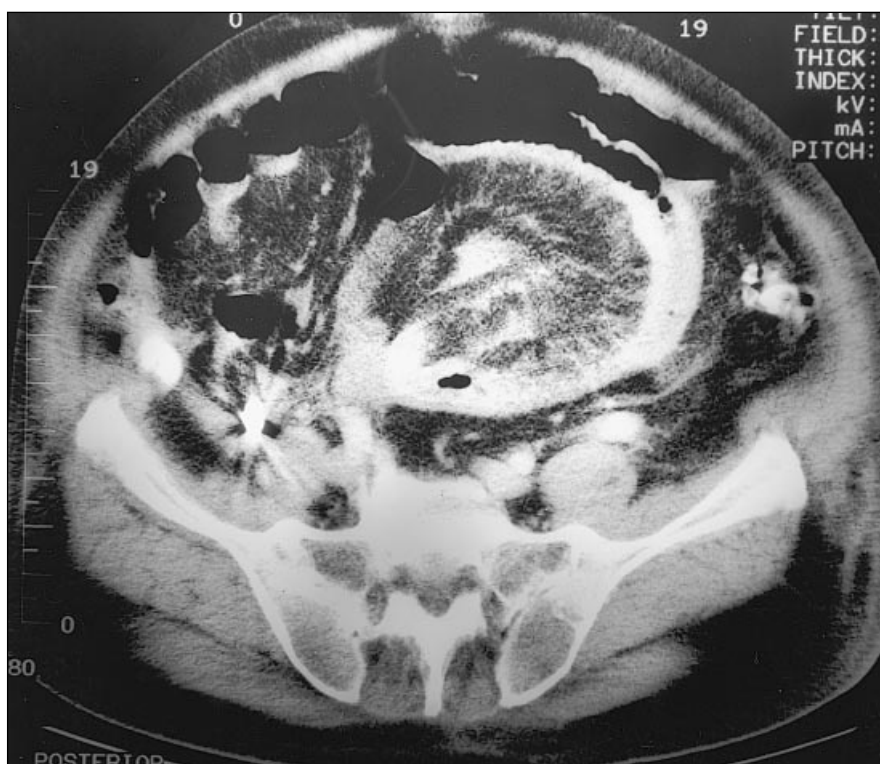
Fynden med väggförtjockning i tunntarmen och lätt mjältförstoring ingav misstanke om avflödeshinder i vena mesenterica superior och i vena lienalis. Datortomografi av buken beställdes med frågeställning Trombos? i dessa vener och bukmalignitet. Undersökningen påvisade ingen malignitet i buken men en måttlig mängd ascites runt lever och mjälte. Dessutom framkom en tydlig kontrastursparning i mellersta och proximala delen av vena mesenterica superior som vid mesenterialventrombos (Figur 1).

Trombosen kunde följas över en 6–7 cm lång sträcka, upp mot konfluensen med vena lienalis. Det fanns en antydd ursparning i proximala delen av mjälten talande för trombos även där. Pa-

tienten hade dessutom vida kärl i tunntarmsmesenteriet och stråktigt ödematöst peritonealt fett (Figur 2; jfr [1]). Ställvis förelåg förtjockade väggar i tunntarmen. Lever, njurar, binjuror och pankreas var normala.

Sjukdomsförlopp

Mannen försämrades samma dag och fick tilltagande buksmärter samt stigande CRP. Efter diskussion med



Figur 2. Snitt genom nedre delen av buken visar sakrum och bäcken i bildens underkant. Den centrala, rundade strukturen utgörs av ödematöst mesenterium. Övrigt bukfett är ordinärt attenuerande och således ej ödematöst.

jourhavande kirurg beslutade man om konservativ behandling med iv heparin och dikumarol. Buksmärtorna minskade successivt under några dagar. Vid återbesök fyra veckor senare mådde mannen mycket bra. Ny datortomografi av buken 12 veckor efter

sjukhusvården visade rekanalisering av vena mesenterica superior och ingen kontrastursparning i vena lienalis. Koagulationsutredning visade ingen hereditär koagulationsrubbing. Traumat mot buken orsakade sannolikt trombos i vena mesenterica superior.

Fall 2

Patienten, en 70-årig man med kronisk obstruktiv lungsjukdom och lung-

emfysem, behandlades med lågdos ASA efter ett mindre slaganfall.

Patienten insjuknade med vattentunna diarréer, ca 4–6 ggr/dagligen. Besvären fortsatte i sex månader och mannen gick ner ca 22 kg i vikt. Utredning på hemortslasarettet gav ingen klarhet i patientens besvär. Datortomografi av buken visade förtjockad tunntarmsvägg.

Patienten remitterades för fortsatt utredning. Tunntarmsskopi visade något svullna veck i jejunum, biopsierna var dock histopatologiskt normala. Koloskopi visade normala fynd och en ny datortomografi av buken visade oförändrad bild. Man beslutade om fullväggsbiopsi av tunntarmen med tanke på misstänkt lymfom. Biopsin togs laparoskopiskt från ett område med svullen tunntarm.

Histopatologisk undersökning gjord av en erfaren gastrointestinalpatolog visade inget patologiskt. Man skickade delar av biopsin för PCR-undersökning avseende Whipples sjukdom. Vid förnyad diskussion kring biopsin menade patologen att venerna i tarmen möjligtvis var något vida. Detta ledde till misstanke om avflödes hinder i den affekterade tunntarmen. Förnyad granskning av tidigare datortomografier visade tecken på mesenterialventrombos (Figur 3).

Angiografi av arteria mesenterica

Figur 3. I en serie av tre konsekutiva snitt från strax distalt om mesenterialroten och vidare distalt ser man på det översta snittet (vänster) både arteria och vena mesenterica superior, på nästa snitt (mitten) är venen delvis utfylld av icke kontrastförstärkt material och på nästa snitt (höger) ser man endast en lågattenuerande rundad zon motsvarande ventromben (pil) bredvid artären.



ANNONS

FAKTARUTA 1

Predisponerande faktorer

A. Hyperkoagulation

Neoplasm
Antitrombin III-brist
Protein C-brist
Protein S-brist
Graviditet
Polycytemia vera
Trombocytos
Orala kontraceptiva

B. Portal hypertension

Cirrhos
Efter sklerosering
av esofagusvaricer

C. Inflammation

Pankreatit
Peritonit
Inflammatorisk tarmsjukdom
Intra-abdominal abscess
Divertikulos

D. Andra tillstånd

Buktrauma
Postoperativa tillstånd

superior med åtföljande kontrastfyllnad av motsvarande vener i buken visade trombos i vena mesenterica superior. Kavografi visade mjukdelsökning retrokavalt. Finnålbiopsi från denna förändring visade malignt lymfom. Patienten överfördes till hematologavdelning för fortsatt behandling.

Diskussion

Dessa två fall av primär och sekundär trombos i vena mesenterica superior demonstrerar den svårtolkade symptomatologin vid detta tillstånd. Incidensen av mesenterialventrombos är ca 5–10 procent av alla fall med mesenterial ischemi. Patienternas genomsnittsalder är 48–60 år, vilket är lägre än för patienter med arteriell mesenterial ischemi. Mortaliteten är ca 20 procent, med ökning till 22–60 procent vid uppkomst av ischemi [2].

FAKTARUTA 2

Symtom vid akut vena mesenteria superio-trombos

Symtom	Frekvens, procent
Buksmärtor	90
Illamående och kräkningar	50
Positivt F-Hb	50
Blodiga diarréer och hematemes vid tarmischemi	15

Kliniken är mycket varierande beroende på om tillståndet uppkommer akut, subakut eller är kroniskt. Upp till 60 procent av patienterna har tidigare haft trombos.

Akut trombos i vena mesenterica superior kan imitera många andra tillstånd och uppvisar inga specifika symtom. Buksmärtor förekommer ofta med varierande lokalisering, intensitet och duration. Typiskt är en viss diskrepans mellan besvärens svårighetsgrad och status vid undersökning (Faktaruta 1 och 2). Mediansmärtduration fram till inläggning anges vara 5–14 dagar [2, 3]. I status visar dessa patienter ofta temperatur > 38°C, i övrigt uppsväld och öm buk, i vissa fall nedsatta tarmlyd. Laboratorieprover visar ofta SR-stegring.

Subakut trombos ger ospecifika buksmärtor som kan gå över spontant eller efter antikoagulantibehandling. Trombosrecidiv är dock ej ovanliga.

Kronisk trombotisering ger vanligtvis inga symtom alls eftersom kollateraler hinner utvecklas. Vid samtidig trombos i vena lienalis och vena porta kan dock esofagusvaricer och fundusvaricer utvecklas och ge upphov till gastrointestinala blödningar [2].

När det gäller diagnostik av mesenterialventrombos spelar datortomografi en central roll. Typiska fynd är väggförtjockning i tunntarmen samt vida kollateraler. I 90 procent av fallen kan man ställa diagnosen med hjälp av datortomografi. I tveksamma fall bör man komplettera med angiografi [4-6].

Behandling av akut och subakut trombos utan tecken till peritonit är iv heparin och antikoagulantia eller trombolyt. Trombektomi skall utföras vid uppkomst av peritonit. Kronisk trombos utan symtom kräver ingen behandling [2].

Referenser

- Mindelzun R, Brooke Jeffrey R, Lane M, Silverman P. The misty mesentery on CT: differential diagnosis. *AJR Am J Roentgenol* 1996; 167: 61-5.
- Brandt LY, Boley SJ. Ischemic and vascular lesions of the bowel. In: Sleisenger MH, Fordtran JS, eds. *Gastrointestinal disease*. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1993: 1927-61.
- Harward TR, Green D, Bergan JJ, Rizzo RJ, Yao JS. Mesenteric venous thrombosis. *J Vasc Surg* 1989; 9: 328-30.
- Rosen A, Korobkin M, Silverman PM, Dunnick NR, Kelvin FM. Mesenteric vein thrombosis: CT identification. *AJR Am J Roentgenol* 1984; 143: 83-6.
- Franquet T, Bescos JM, Reparaz B. Non-invasive methods in the diagnosis of isolated superior mesenteric vein. *Gastrointest Radiol* 1989; 14: 321-5.
- Banyoczi G, Goebel N, Antonucci F, Zollikofer C, Stuckmann G. CT diagnosis in idiopathic thrombosis of the superior mesenteric vein. *Rofo Fortschr Geb Rontgenstr Neuen Bildgeb Verfahr* 1990; 153: 192-6.



MISSÖDEN MISSTAG MISSBRUK

i sjukvården

Vad händer i slutna rum då läkare blir problem? Hur löser man konflikter vid missöden i vården? Vem kan ge ett bra stöd till anmälda läkare?

Under 1994–95 publicerade *Läkartidningen* 21 artiklar om problemläkare, läkarproblem, ansvarsfrågor och patientförsäkring. De har nu samlats i ett 80-sidigt häfte, som kan beställas med kupongen nedan.

Pris 75 kronor. Vid 11–50 ex 67 kronor, vid högre upplagor 63 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex *Missöden, Misstag, Missbruk*

Namn

Adress

Postnummer/Postadress

Insändes till *Läkartidningen*,
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk kuvertet »*Missöden*»
Telefax 08-20 76 19