

Mjältskada vid koloskopi – potentiellt dödlig komplikation

PAMELA BUCHWALD, med dr, specialistläkare
pamela.buchwald@skane.se

GU DRUN LINDMARK, professor, överläkare; båda kirurgkliniken, Helsingborgs lasarett

Det första fallet rör en 60-årig kvinna som tidigare opererats för rektalcancer och som genomgår koloskopikontroll för metakron kolorektalcancer vart femte år. Patienten inkom akut tre dagar efter utförd koloskopi med kraftig buksmärta som utstrålade till vänster arm och axill samt vänster arcus costalis. Hon hade varit avsvimmad i hemmet, Hb var 87 g/l. DT buk med intravenös kontrast visade ett mjälthematom och tecken på blod i buken (Figur 1). Patienten behandlades konservativt med blodtransfusion (sammanlagt sex enheter) och övervakades initialt på IVA. Den totala vårdtiden var sju dygn.

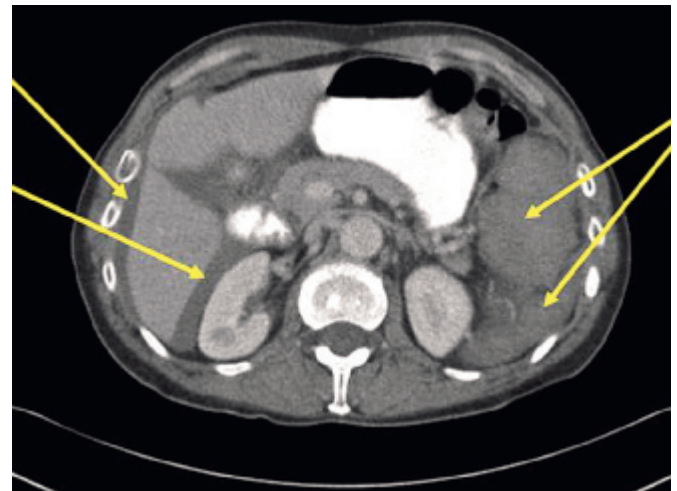
Det andra fallet rör en 65-årig man som opererades akut för kolonileus på ett annat sjukhus. Patienten erhöll en transversostomi på grund av strikturerande sigmoideumcancer, och man planerade för definitiv operation i ett senare skede. Han utreddes med koloskopi via stomin inför den slutgiltiga operationen. Preoperativ DT buk med intravenös kontrast, som utfördes en månad efter koloskopin, visade ett mjälthematom (Figur 2). Enligt koloskopiberättelsen var skopin besvärlig i vänster kolon, och på direkt förfrågan senare bejakade patienten förekomst av ihållande vänstersidig buksmärta, som så småningom avtog efter koloskopin.

Patienten opererades med sigmoideumresektion och nedläggning av transversostomin i samma seans. Vänster flexur löstes inte ner för att undvika att komma i konflikt med det tidigare hematomet, och resektatet blev avsiktligt något kortare på längden än normalt. PAD indikerade dock radikal operation: pT3N2, 5/24 lymfkörtlar var positiva.

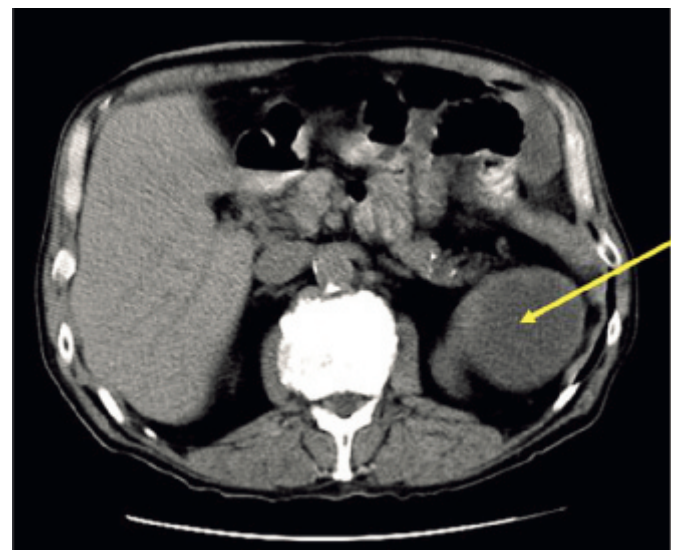
Sällsynt komplikation

Mjältskada i samband med koloskopi är en ovanlig men potentiellt dödlig komplikation med en mortalitet kring 5 procent [1]. Komplikationen är betydligt mer sällsynt än exempelvis intraluminal blödning, särskilt vid polypektomi (1–2 procent) och diatermiskada/perforation (0,1–0,2 procent). Det första fallet av mjältskada i samband med koloskopi beskrevs 1974, och därefter finns ett knappt hundratal fall rapporterade i litteraturen. Sannolikt föreligger en underreportering [2, 3]. Mjältskada förekommer oftast hos individer >65 år och drabbar oftare kvinnor än män, förhållandet 3,2:1 [2]. De patienter som opererats till följd av mjältskada har vanligen en för övrigt normal mjälte vid mikroskopisk undersökning.

Skademekanismen består i direkttrauma via dragning i det splenokoliska ligamentet med åtföljande partiell eller kom-



Figur 1. DT buk med intravenös kontrast visade ett stort hematom, sannolikt subkapsulärt beläget, huvudsakligen lateralt/kranialt kring mjälten. Fri vätska sågs också i lilla bäckenet och kring levern (pil visar mjälthematom och hemoperitoneum).



Figur 2. Mjälthematom vid DT-undersökning utförd i stadiindelningssyfte preoperativt. Bilden är tagen cirka fem veckor efter koloskopi (pil visar mjälthematom).

plett avulsion av mjältkapseln [2]. En riskfaktor är den relativt minskade rörligheten mellan kolon och mjälte orsakad av tidigare abdominell kirurgi eller tidigare inflammatoriska processer som exempelvis pankreatit eller inflammatorisk

■ sammanfattat

Mjältskada i samband med koloskopi är en ovanlig men potentiellt dödlig komplikation. Skademekanismen består i direkttrauma via dragning i det splenokoliska ligamentet.

Symtomen debuterar vanligen inom några timmar upp till något dygn efter koloskopin.

Patienter med misstänkt mjältskada bör omgående genomgå DT-undersökning. **De flesta mjältskador** behandlas i dag konservativt med antibiotika, intravenös vätska, blodtransfusion och hemodynamisk monitorering. **Indikationen för kirurgi** vid mjältblödning är fortsatt hemodynamisk instabilitet.

tarmsjukdom (IBD). Kolon distenderas också av luftinblåsning under koloskopin, vilket kan öka risken ytterligare.

Tekniska riskmoment under ingreppet

Tekniska riskmoment under själva koloskopin består i »slide-by«, dvs att blint passera förbi vänster flexur utan att se lumen, och upphakning (hooking), dvs att haka upp koloskopet i distala transversum för att räta ut instrumentet i vänsterkolon. Mjältskadan sker vanligen under en koloskopi som beskrivs som enkel, och i de rapporterade fallen finns inga hållpunkter för att koloskopin oftare skulle ha utförts av en mindre erfaren endoskopist [2-4].

Symtomdebut

Symtomen debuterar vanligen inom några timmar upp till något dygn efter koloskopin. Ofta finns initialt ett symtomfritt intervall. Även »försenad ruptur« finns beskriven med symtomdebut upp till tio dagar efter koloskopin [3]. Mjältskada efter koloskopi bör misstänkas vid akut eller subakut buksmärta, vanligen nedom vänster arcus costalis, vid smärtutstrålning till vänster axel (positivt Kehrs tecken) eller vid takykardi och Hb-fall (särskilt om tecken till gastrointestinal blödning saknas).

Patienter med misstänkt mjältskada bör omgående genomgå DT buk med intravenös kontrast för att verifiera diagnosen och differentiera mellan avgränsad laceration/subkapsulärt hematom och hemoperitoneum. Den intravenösa kontrasten visar skadans omfattning och eventuell pågående blödning.

Oftast konservativ behandling

De flesta mjältskador behandlas i dag konservativt med antibiotika, intravenös vätska, blodtransfusion och hemodynamisk monitorering. Evidensen för att ge antibiotika är ringa, men profylax ges för att förhindra abscessutveckling.

Indikationen för kirurgi vid mjältblödning är fortsatt hemodynamisk instabilitet trots blodtransfusion och uppvätskning [3, 4]. Embolisering av mjältartären är ett alternativ till kirurgi, om endovaskulär kompetens finns [5]. I de rapporterade fallbeskrivningarna behandlades 68 procent av mjältskadorna associerade med koloskopi med splenektomi. Under det senaste decenniet har dock konservativ behandling rapporterats i betydligt högre utsträckning [2].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Pfefferkorn U, Hamel CT, Viehl CT, Marti WD, Oertli D. Haemorrhagic shock caused by splenic rupture following routine colonoscopy. *Int J Colorectal Dis.* 2007;22(5):559-60.
2. Ha FJ, Minchin D. Splenic injury in colonoscopy: a review. *Int J Surg.* 2009;7(5):424-7.
3. Kamath AS, Iqbal CW, Sarr MG, Cullinane DC, Zietlow SP, Farley DR, et al. Colonoscopic splenic injuries: incidence and management. *J Gastrointest Surg.* 2009;13(12):2136-40.
4. Petersen CR, Adamsen S, Gochth-Jensen P, Arnesen RB, Hart-Hansen O. Splenic injury after colonoscopy. *Endoscopy.* 2008;40(1):76-9.
5. Jeremitsky E, Kao A, Carlton C, Rodriguez A, Ong A. Does splenic injury impact nonoperative management in patients sustaining blunt splenic trauma? *Am Surg.* 2011;77(2):215-20.