

Kommentar

Bruk av computertomografi ved akutt abdomen

Kasuistikken fra Stavanger illustrerer at computertomografi (CT) kan være nyttig ved akutt abdomen. Det har lenge vært kjent at CT gir mye mer informasjon enn et oversiktsbilde, og dette er også innarbeidet i tekstbøker fra midten av 1990-tallet (1). Med moderne multidetektorteknikk er CT blitt en suveren metode for å undersøke abdomen raskt og gir svært mye informasjon (2).

Røntgen oversikt abdomen har vært en vel innarbeidet prosedyre i mer enn 60 år. Som et norsk kuriosum kan nevnes at professor Johan Frimann Dahl ved Ullevål sykehus var en pioner i å systematisere og beskrive hva man kunne se på et slikt oversiktsbilde (3). Det å se på et oversiktsbilde av abdomen kan være vanskelig, men en del tegn er enkle å forholde seg til, og det er nok også derfor metoden har holdt seg.

Siden den gang har vi fått flere nye metoder for å undersøke abdomen: CT, ultralyd og magnetisk resonanstomografi. De fleste vil i dag foretrekke CT (4), særlig multidetektor-CT. En slik undersøkelse gir samme informasjon som et oversiktsbilde, med høyere sensitivitet og spesifisitet, og dessuten informasjon om en rekke tilstander som et oversiktsbilde ikke kan si noe om. CT har høyere

sensitivitet for fri luft og gir omtrent samme informasjon om mekanisk ileus, men gir mer informasjon om paralytisk ileus og strangulasjonsileus. I tillegg kan CT i en del tilfeller visualisere årsaken til en ileus, slik som tumorer i colon, abscesser, hematomer eller tumorer ellers i buken, væskeansamlinger, dilatasjon av galleveier, konkrementer i galleblæren, hydronefrose, hydroureter, blæreretensjon, konkrementer i nyrene, aortaaneurismer og divertikulitt (1, 2, 4). CT er bedre enn urografi for utredning av akutte flankesmerter (4). I traumatologi har CT vært førstevalg lenge (4, 5).

Dessverre har CT en ulempe: den gir en høy stråledose. Jo tettere snitt man tar, desto mer stråling.

Kasuistikken fra Stavanger viser at CT er effektiv til å avklare problemer i galleveiene. Dette er et eksempel på at CT har et bredt diagnostisk spekter. Hva så med strålingen? Det er vanskelig å estimere hvor mye stråling som genereres og hvilke konsekvenser den har, men det antydes at én CT abdomen kan tilsvare 4–500 røntgen thorax (6). Det er mer belastende for de fleste pasientene å bli snudd og vendt på for en oversikt abdomen enn å ligge stille i en CT-maskin. Det ville være et misbruk ikke å bruke en

så effektiv metode når det er indisert, men for yngre pasienter bør man likevel vise varsomhet. Hos de unge må man legge stor vekt på de kliniske funnene, og eventuelt supplere med røntgen oversikt abdomen, ultralyd eller MR, men ikke ekskludere CT som en mulighet i utvalgte tilfeller.

Jonn Terje Geitung

jonn.terje.geitung@haraldsplass.no
Haraldsplass Diakonale Sykehus
5009 Bergen

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Krestin GP, Choyke PL. Acute abdomen. New York: Thieme, 1996.
2. Reiser MF, Takahashi M, Modic M et al, red. Multislice CT. 2. utg. Heidelberg: Springer, 2004.
3. Frimann Dahl J. Roentgenological examinations of acute abdominal lesions. Acta Radiol 1939; 20: 438.
4. Balthazar EJ, red. Imaging of the acute abdomen. Radiol Clin North Am 2003; 41: 6.
5. Brody JM, Leighton DB, Murphy BL et al. CT of blunt trauma bowel and mesenteric injury: typical findings and pitfalls in diagnosis. Radiographics 2000; 20: 1525–36.
6. Dixon AK, Goldstone KE. Abdominal CT and the Euratom Directive. Eur Radiol 2002; 12: 1567–70.