

Kommentar

Diagnostikk og behandling av tarmlødning

Utredning og behandling av tarmlødning følger standardiserte prinsipper og handlingsprogrammer (fig 1). Blødning fra øvre gastrointestinaltractus representerer sjelden de største diagnostiske vanskene, men behandlingen kan være utfordrende. De fleste blødninger i tykktarmen skyldes polypper, kreft, divertikler og angiodyplasier. Strategien for håndtering av pasienter med de to første diagnosene er oftest grei, mens divertikkelblødning kan by på problemer med hensyn til lokalisasjon, og angiodyplasiene kan være vanskelige å finne. Tynntarmen er blødningsfokus i 3–5% av tilfellene, og disse kan iblant by på de største diagnostiske utfordringene (1, 2). Vaskulære abnormaliteter er årsak til 70–80% av blødningene i tynntarmen (3). Andre årsaker er svulster, betennelser, sår og divertikler. Man må også være oppmerksom på medikamentbruk som blødningsårsak, og i en studie av NSAID-brukere fant man erosjoner eller ulcera hos 71% av pasientene (4). «Push-enteroskopi» med 220–250 cm langt skop samt kapselendoskopi repre-

senterer et langt skritt videre med tanke på å visualisere blødningskilden ved tynntarmsblødning (5, 6).

Når man har gjennomgått en planlagt utredning og ikke funnet blødningsfokus, er det viktig at man ikke blindt starter på en ny utredning med de samme undersøkelsene. Det bør legges opp en strategi for hvordan man vil takle problemet. Med hensyn til behandling er løsningen oftest kirurgi, når man har en eksakt diagnose. Ved angiodyplasier kan koagulasjon med argonplasma (med fare for perforasjon) eller embolisering (med fare for tarmnekrose) være alternativer.

Hos pasientene fra Stokmarknes sykehus ble det gjennomført gjentatte undersøkelser før de gjennomgikk eksplorativ laparotomi. Dette er en undersøkelse som kan kombineres med behandling, og som ikke må glemmes. Med årene er imidlertid indikasjonen blitt stadig sjeldnere, da man som oftest kommer til målet med andre undersøkelser.

Pasient 1 viser at ikke all blødning skyldes divertikulose, selv om det er påvist divertikler. Divertikkelblødning gir

seg sjelden utslag i så uttalte og gjentatte blødninger som i det aktuelle tilfellet. Dersom man er av den oppfatning at blødningen stammer fra divertikler, må man fjerne mesteparten av det divertikkelbærende tarmpartiet, noe som oftest innebærer subtotal kolektomi. Det er ikke nok å gjøre en begrenset laparoskopisk sigmoidemreseksjon. Laparoskopi kan heller ikke erstatte laparotomi, da man ved blødning er avhengig av en svært eksakt inspeksjon og palpasjon. I det aktuelle tilfellet ville det vært naturlig å utføre røntgen tynntarm med intubasjon.

Sykehistorien til pasient 2 bør være en ordentlig lærepenge. Når man ved blødning per anum ikke får undersøkt hele colon med skopi, har man alltid muligheten for å utføre røntgen colon dobbeltkontrast eller CT kolografi. Er pasienten for dårlig tømt, må undersøkelsen gjentas. I det aktuelle tilfellet kan det ikke utelukkes at man ved disse prosedyrer ville diagnostisert kreftsvulst i coecum på et tidligere tidspunkt.

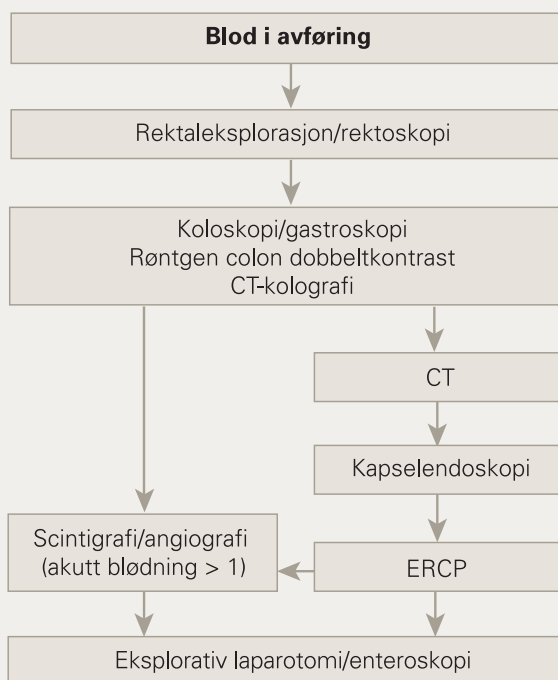
Asgaut Viste

asgaut.viste@helse-bergen.no
Kirurgisk avdeling
Haukeland Universitetssjukehus
5021 Bergen

Litteratur

1. Kovacs TO. Small bowel bleeding. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2005; 8: 31–8.
2. Keroack MD, Peralta R, Abramson SD et al. A 48-year-old man with recurrent gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med* 2004; 351: 488–95.
3. Lewis BS. Small intestine bleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 2000; 29: 67–95.
4. Graham DY, Opekun AR, Willingham FF et al. Visible small-intestinal mucosal injury in chronic NSAID users. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005; 3: 55–9.
5. Keuchel M, Hagenmuller F. Small bowel endoscopy. *Endoscopy* 2005; 37: 122–32.
6. Qvigstad G, Fløttum O, Waldum HL. Kapselendoskopi – en ny metode for diagnostikk av sykdom i tynntarm. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 163–6.

Figur 1



Algoritme for diagnostikk av tarmlødning