

Kommentar

Tarmiskemi – en ofte oversett lidelse

Denne sykehistorien viser hvor vanskelig klinisk diagnostikk kan være og samtidig hvor brutal fasiten kan være når utfallet blir fatalt, og det skyldes en av de vanligst oversette abdominallidelser – som i tillegg er beskrevet i litteraturen. Det som gjør diagnostikken så krevende, foruten at flere leger behandler pasienten, er at pasienten også misbruker rusmidler. Både rus – og dens motpol abstinensen – er nemlig en av de store imitatorer og modifikatorer til flere tilstander, som de i tillegg kan disponere for. De fleste legene som behandlet denne pasienten initialt, oppfattet nok det høye blodtrykket som mulig abstinens, og ikke som en mulig komplikasjon til bruk av selve rusmidlet. En tidlig ekkokardiografi av hjertet kunne også her vært nyttig.

Mens det er velkjent at en alkoholiker med truende delirium lett utvikler både pneumoni og sepsis, og vice versa, er patofysiologien rundt mange av de nye rusmidlene (også kalt partydop) langt mindre kjent. Amfetamin og kokain disponerer for iskemi både via vasospasmer, trombogene effekter og via såkalt akselerert aterosklerose som utvikles raskt hos yngre misbrukere (1). Det er velkjent at særlig amfetamin også kan medføre cerebrale blødninger (2). Årsaken kan være det høye blodtrykket som over tid også kan medføre andre vaskulære komplikasjoner, som vist hos den aktuelle pasienten.

Diagnostikk av tarmiskemi er vanskelig. Da den aktuelle pasienten fikk respira-

sjonsstans i akuttmottaket, var det relevant å tenke på forgiftning og å behandle/stabilisere som i dette tilfellet. Den persisterende metabolske acidose med opphopning av laktat tyder også på hypoperfundert vev. Hos intensivpasienten vil det da være muskulatur, tarm og lever man tenker på. Som diskutert av Nymark og medarbeidere, kan en abdominal CT være et viktig diagnostisk hjelpemiddel, men man bør spesifikt se etter tegn på akutt intestinal iskemi.

Også ved vår avdeling som mottar mange typer misbrukere med ulik presentasjonsmåte, har det vært tilfeller hvor vi ikke har klart å diagnostisere fatal tarmiskemi i tide. Årsaken har vært at man har påvist en sannsynlig årsak til pasientens tilstand i form av en pneumoni/sepsis – og samtidig fravær av åpenbare kliniske tegn på abdominal patologisk tilstand. En annet eksempel er pasienten med ustabil angina etter misbruk av kokain, hvor patofysiologien likner på den vi ser ved amfetaminmisbruk. Her kan fokuset på den koronare iskemien – og en vellykket behandling av denne – lett føre til at man ikke oppdager en snikende tarmiskemi. Kompleksiteten ved sykdomsbildet til denne type pasienter illustreres også ved amfetaminmisbrukeren som gjennomgikk eksplorativ laparotomi nettopp for å *ute-lukke* den fryktede snikende tarmiskemien. Tarmen var i det tilfellet godt sirkulert, og det ble også vaktteamets kliniske samvittighet etter inngrepet.

Erfaringsmessig spres noen ruskulturer fra hovedstadsområdet og utover i landet, mens andre heldigvis forvitrer før dette skjer, som for eksempel det tidligere misbruket av LSD og nå antakelig også av ecstasy. Misbruket av amfetamin synes imidlertid så etablert at alle kolleger i klinisk arbeid, bør kjenne de ulike måter dets komplikasjoner kan presentere seg på (3). Den aktuelle kasuistikken og den åpne diskusjonen rundt denne vil utvilsomt bidra til dette.

Dag Jacobsen

dag.jacobsen@ulleval.no
Akuttmedisinsk avdeling
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Tun A, Khan IA. Myocardial infarction with normal coronary arteries: the pathologic and clinical perspectives. *Angiology* 2001; 52: 299–304.
2. Goplen AK, Berg-Johnsen J, Dullerud R. Fatal hjerneblødning ved amfetaminmisbruk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 832–4.
3. Robertsen A, Kowalczyk M, Gabrielsen AM et al. Amfetaminforgiftning. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 4340–3.

> Se også side 287

Manuskriptet ble mottatt 27.8. 2006 og godkjent 11.12. 2006. Medisinsk redaktør Elisabeth Swensen.

>>>