

Case #4 – Ark 1

Personalia: Catelyn Stark – 140251 -12345

Innleggende lege: Grand Maester Pycelle

Problemstilling: Akutt abdomen

Familie/sosialt: Gift, hjemmeværende mor, “Lady of Winterfell”, fem barn. Bor i slott, ingen heis.

Tidligere sykdommer: Hypertensjon de siste 10 årene. Diffuse leddplager siste 2-3 år. Galleblæren fjernet i 2007 med åpen operasjon på Gran Canaria.

Aktuelt: 5 timers sykehistorie, med plutselig innsettende smerter i epigastriet. Smertene stråler ikke, øker ikke ved bevegelse. Kvalme , illeluktende oppkast.

Naturlige funksjoner: Intermitterende obstipasjon de siste 6 måneder

Medikamenter: Paracet og Ibux for leddplager

Stimulantia: Røyker 15 sigaretter per dag, drikker et par enheter alkohol 4 ganger i uken (rødvin).

Allergier: Cave penicillin

Case #4 – Spørsmålsark 1

Spørsmål 1 – 3

Spørsmål 4.1:

Hvilke av følgende stemmer for peritonitt? (flere kan være riktig)

- A. Forårsaket av blod som lekker ut i peritonealhulen og irriterer hinnen slik at den blir inflammet
- B. Inflammasjon av peritoneum
- C. Kan forårsakes av infeksjose eller kjemiske agenser
- D. Kjemisk peritonitt er ofte forårsaket av galle- eller pankreassekret som lekker ut i bukhulen

Spørsmål 4.2:

I hvilke to hovedkategorier kategoriseres ileus?

- A. Mekanisk
- B. Okklusjonsileus
- C. Paralytisk
- D. Brokkileus
- E. Strangulasjonsileus

Spørsmål 4.3:

Hvilken prøve bør tas av **alle** fertile kvinner med akutt abdomen (kun ett svar er riktig)?

- A. β -hCG (urin eller blod)
- B. Troponin
- C. Urin mikroskopi
- D. Blodkultur
- E. Transvaginal ultralyd (TVUL)

Case #4 – Ark 2

Status presens: I dag kl. 16.50

64 år gammel kvinne med utseende eldre enn biologisk alder. Våken, klar og orientert. Smertepåvirket, vrir seg i sengen, redusert allmenntilstand, men samarbeider godt.

BT: 90/70; T: 37,2; P: 102, regelmessig. RF 24. SpO2: 99% på romluft

Varm, tørr i huden. Ingen generelle ødemer, ikterus, lymfeknutesvulst eller eksantem.

Cor: U.a.

Pulm: U.a.

Abdomen: Normalkonfigurert. Arr langs hø. costalbue. Hyperaktive tarmlyder. Moderat palpasjonsøsm i høyre hypochondrium og i epigastriet. Slippøsm. Ikke bankeøsm over nyrelosjene. Ingen tegn til fri væske.

Rektaleksplorasjon: U.a.

Ekstremiteter: Varme og tørre, ingen ødemer. God puls i ADP og ATP bilateralt.

Case #4 – Spørsmålsark 2

Spørsmål 4 – 5

Spørsmål 4.4:

Følgende 4 representerer SIRS-kriterier (kun ett svar er riktig)

- A.
 - a. Temperatur $\leq 36,0$ °C eller $\geq 38,0$ °C
 - b. Puls ≥ 90 bpm
 - c. Respirasjonsfrekvens ≥ 20 /minutter eller $pCO_2 \leq 4,3$ kPa
 - d. Leukocytter $\leq 4 \cdot 10^9/L$ eller $\geq 12 \cdot 10^9/L$
- B.
 - a. Systolisk blodtrykk ≤ 90 mmHg eller ≥ 150 mmHg
 - b. Respirasjonsfrekvens ≥ 16 /minutt eller $pCO_2 \leq 5,0$ kPa
 - c. Leukocytter $\geq 12 \cdot 10^9/L$
 - d. Puls > 80 bpm
- C.
 - a. Urinstix positiv for nitritt
 - b. GCS < 12
 - c. Temperatur $> 37,5$ °C
 - d. Leukocytter $\geq 16 \cdot 10^9/L$
- D.
 - a. Temperatur $\leq 37,0$ °C eller $\geq 38,0$ °C
 - b. Puls ≥ 100 bpm
 - c. Respirasjonsfrekvens ≥ 20 /minutter eller $pCO_2 \leq 4,3$ kPa
 - d. Leukocytter $\leq 5 \cdot 10^9$ eller $\geq 10 \cdot 10^9/L$

Spørsmål 4.5:

Hvilke seks supplerende undersøkelser vil du prioritere med tanke på sykehistorien og den kliniske undersøkelsen du har fått presentert (kryss for alle du mener er riktig)?

- A. Urinstix
- B. Troponin
- C. Hemoglobin (Hb)
- D. CRP
- E. Leukocytter
- F. Blodgass (ABG)
- G. EKG
- H. S-kreatinin
- I. Leverprøver
- J. Amylase

Case #4 – Ark 3

Supplerende undersøkelser:

Blodprøver: Hb 13,1, hvite 11,4, CRP 78.

EKG: Normalt

Leverprøver og amylase: Normale

Case #4 – Spørsmålsark 3

Spørsmål 6 – 8

Spørsmål 4.6:

Hvilke tre av de følgende vil du ta med som mest sannsynlige differensialdiagnoser i videre utredning av pasienten (kryss av for alle du mener er riktig)?

- A. Akutt appendicitt
- B. Ileus
- C. Nyresten
- D. Gallesten
- E. Obstipasjon
- F. Magesår
- G. Cancer i GI-traktus
- H. Akutt pankreatitt
- I. Perforasjon
- J. Obstruksjon

Spørsmål 4.7:

Er røntgen oversikt abdomen (ROA) en god undersøkelse ved spørsmål om ileus?

- A. Ja
- B. Nei

Spørsmål 4.8:

Hvilken av de følgende diagnostiske tester/undersøkelser vil du gjøre nå (max 2 undersøkelser)?

- A. Ultralyd abdomen
- B. MRCP
- C. Røntgen oversikt abdomen
- D. Gastroskopi
- E. Coloskopi

Case #4 – Ark 4 / Spørsmålsark 4

UL abdomen viste ikke ascites (ikke fri væske) i abdomen, ingen konkrementer i ductus choledochus, forstørret pankreas, eller annen patologi.

Du tar et røntgen oversikt abdomen (se vedlagt bilde).

Spørsmål 4.9:

Hva viser røntgenbildet? (flere kan være riktig)

- A. Diffus dilatasjon av tarmen
- B. Luft i distale tynntarm
- C. Luft i proksimale tynntarm
- D. Dilatasjon av proksimale tynntarm
- E. Dilatasjon av distale tynntarm

Spørsmål 4.10:

Hva er den mest sannsynlige diagnose (kun ett riktig svar)?

- A. Subileus
- B. Tynntarmsvolvulus
- C. Paralytisk ileus
- D. Tykktarmsvolvulus
- E. Abdominalt aortaaneurisme (AAA)

Case #4 – Ark 5 / Spørsmålsark 5

Røntgenlegen tolket bilde som subileus.

Spørsmål 4.11:

Ut i fra informasjonen fra røntgenlegen, hva gjør du?

- A. CT abdomen
- B. CT aortografi
- C. Uenig med røntgenlegen, operer pasienten
- D. Koloskopi
- E. Gastroskopi
- F. Diagnostisk laparoskopi

Case #4 – Ark 6

Du henviser pasienten til gastroskopi. Pasienten blir liggende i korridor resten av kvelden da prosedyren ikke vil ta sted før dagen etter. Hun får servert suppe. Morgenen etter utfører gastroenterologen en gastroskopi. Illeluktende mørkebrunt tarminnhold sees i ventrikkel og langt ned i duodenum.

Spørsmål 4.12:

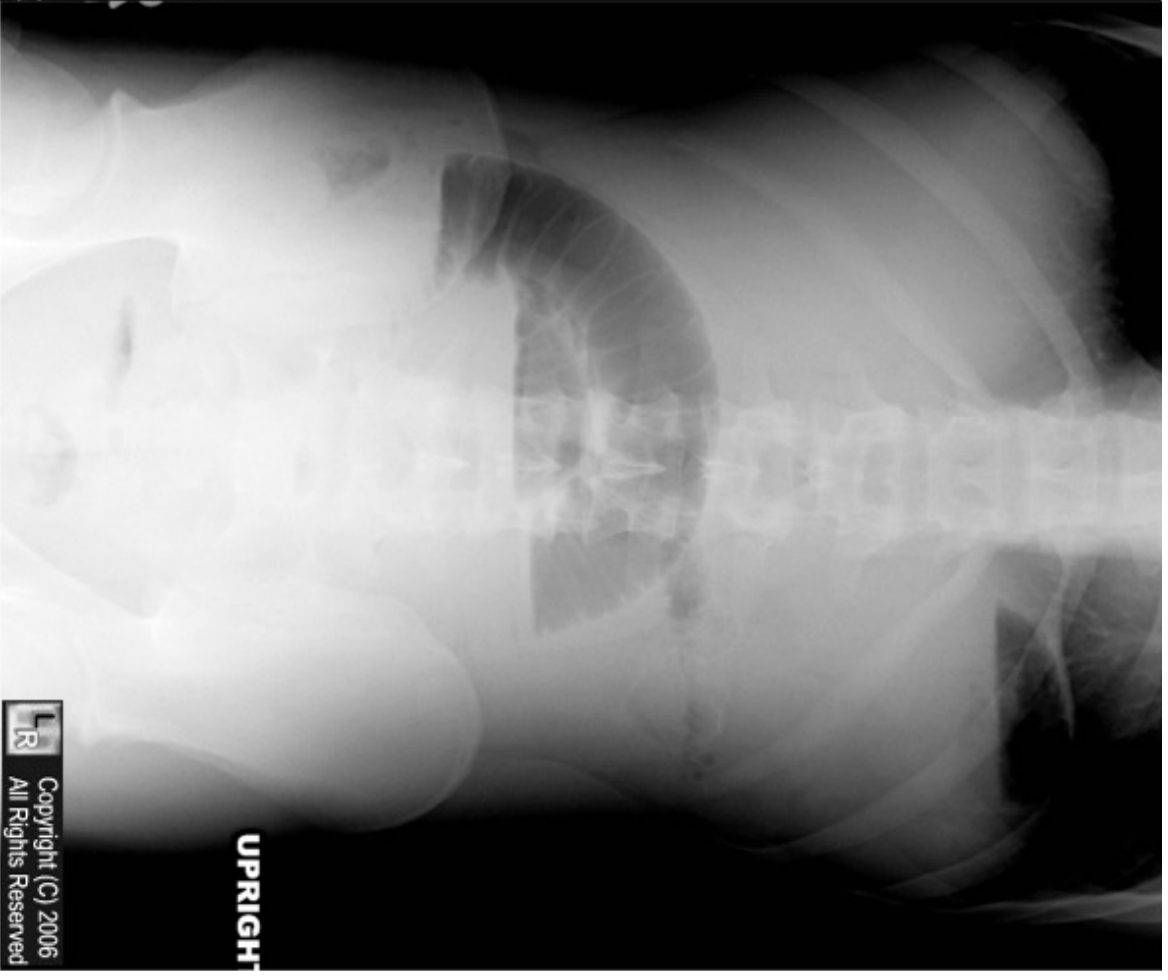
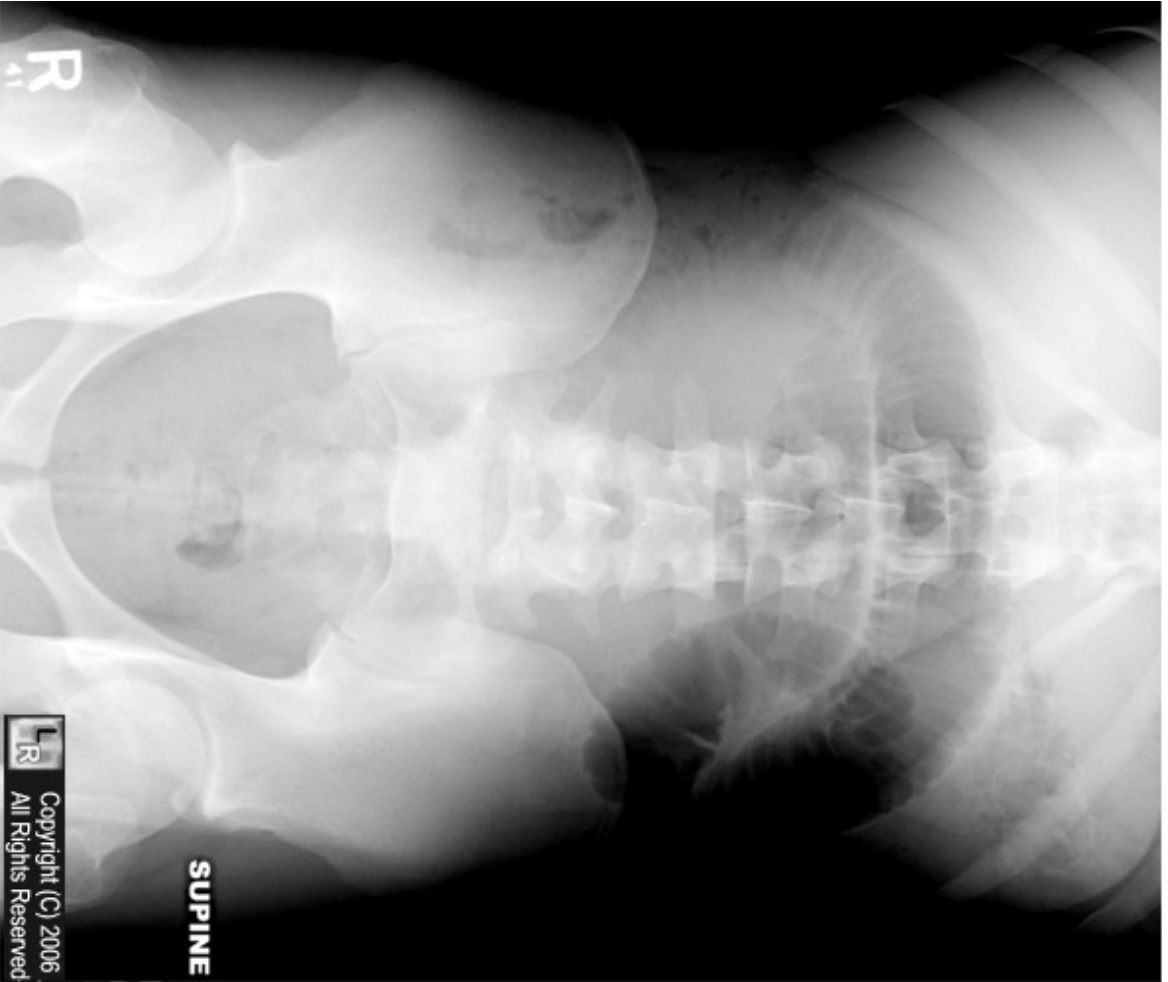
Ut i fra informasjonen om prosedyren, hva mener du er årsaken til pasientens plager?

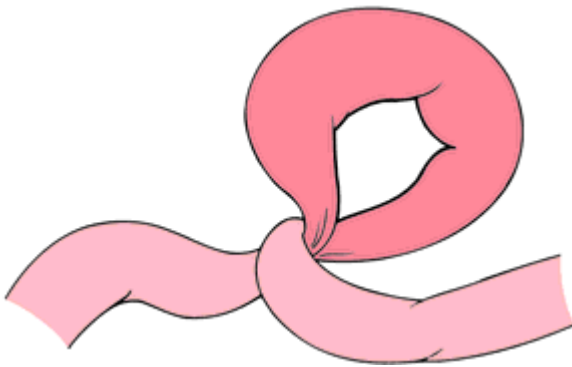
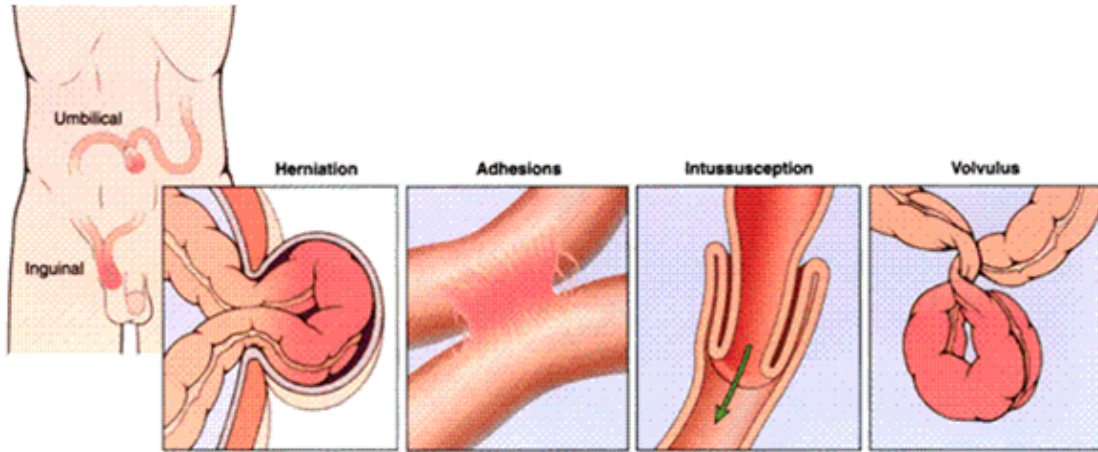
- A. Subileus
- B. Obstruksjon
- C. Blødende ulcus
- D. Tykktarmsileus
- E. Abdominalt aortaaneurisme (AAA)

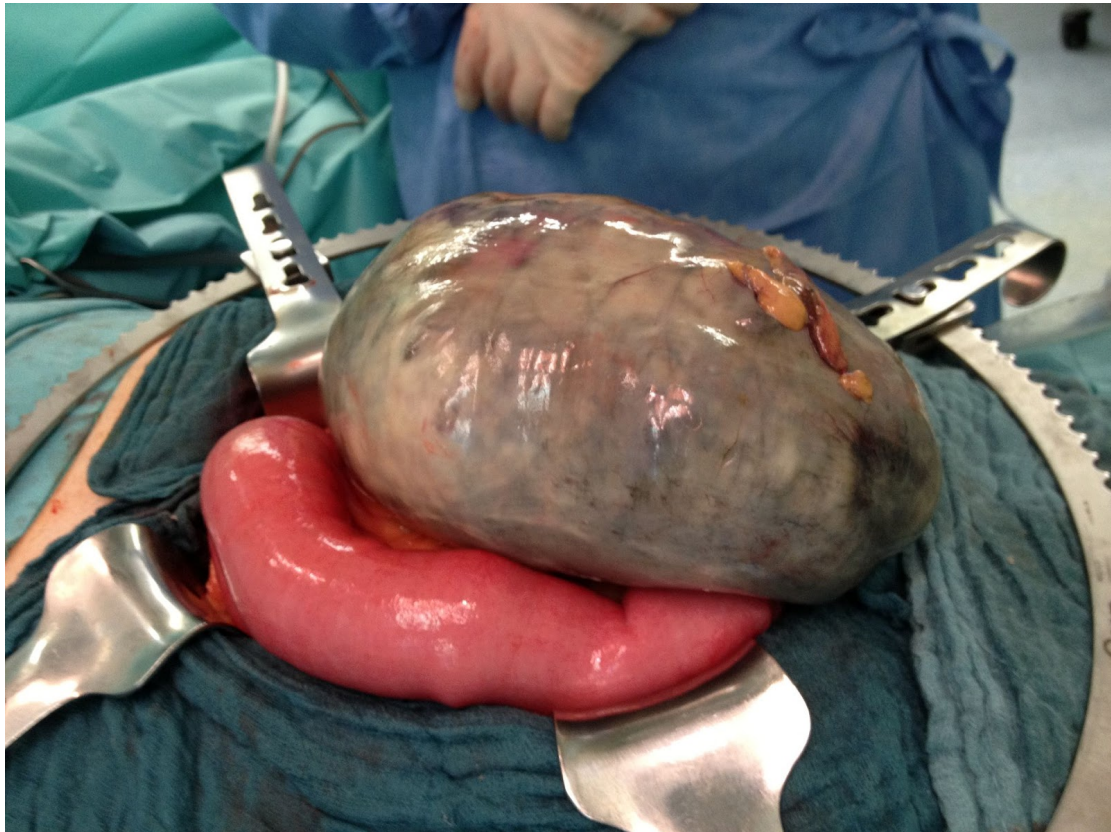
Case #4 – Ark 7 / Fasit

Gastroenterologen oppfatter situasjon som svært alvorlig og henviser pasienten umiddelbart til operasjon. Kirurgen åpner pasienten og oppdager en strangulasjonsvolvulus med nekrotisk/hemmoragisk proksimal tynntarm. Ca. 150 cm av tynntarmen blir resesert.

Under operasjonen får pasienten et plutselig blodtrykkfall med påfølgende hjertestans. Pasienten lar seg ikke resuscitere, og dør på operasjonsbordet.







intestinal strangulation

the arrest of blood flow to the bowel, causing edema, cyanosis, and gangrene of the affected loop of bowel. This condition is usually caused by a hernia, intussusception, or volvulus. Early signs of intestinal strangulation resemble those of intestinal obstruction, but peritonitis, shock, and the presence of a tender mass in the abdomen are important findings in making a differential diagnosis. In addition to surgery, treatment includes the immediate correction of fluid and electrolyte imbalance. Also called [intestinal infarction](#).

See excellent pictures at:

<http://www.radiologyassistant.nl/en/p4542eeacd78cf/closed-loop-obstruction-in-small-bowel-obstruction.html>