

**KASUISTIKK TIL
MIDT-NORSK
GASTRO MØTE
18/04-2015**

Ellen Melsom
Overlege med avd

MANN FØDT I 69

- ◉ Innlagt akutt Levanger 18 år gammel.
- ◉ Alat 1000, Asat 800, Alp 900, høy anti-dna,
- ◉ Leverbiopsi: Kronisk aktiv hepatitt med mikronodulær cirrhose i utvikling.
- ◉ God effekt av prednisolon behandling
- ◉ Etter hvert supplert med imurel

- ◉ I 2008 blodig diare, total kolitt.
- ◉ Biopsier viste kronisk aktiv betennelse.
- ◉ Fikk tillegg av Asacol og gikk i remisjon.
- ◉ Har siden ikke hatt tarmsymptomer.

- ◉ Nov 2011 følte han seg dårlig. Slapp, feber forstørret milt, pos Ebstein Barr IG m.
- ◉ Lave trombocytter og imurel seponeres.
- ◉ Henvist oss.

BEHOV FOR REVURDERING AV DIAGNOSE?

- ◉ Ung mann med debut av leversykdom i 18 års alder, allerede da tegn til cirrhose, senere utvikling av ulcerøs colitt.
- ◉ *Mer sannsynlig at dette er en PSC?*
Overlappfenomen /akutt cholangitt episode ved diagnosetidspunkt?

VIDERE DIAGNOSTIKK.

- ◉ leverbiopsi: Ikke teknisk helt god, lite portalfelt, imidlertid lite betennelsesaktivitet. Psc kan ikke utelukkes.
- ◉ Mrcp: cirrhose, Intrahepatiske galleganger har kaliberveksling som gir mistanke om PSC: kraftig forstørret milt.
- ◉ Coloskopi: normale funn og normale seriebiopsier.
- ◉ Gastroskopi: Antydning til øsofagusvaricer og fundusvaricer

- ◉ *Følges nå som en PSC pasient med cirrhose.*
- ◉ Reuserer Prednisolon
- ◉ Fortsetter 5-asa
- ◉ Årlig kontroll hos oss med blodprøver og ul abd
- ◉ Koloskopi hvert 2 år.
- ◉ Inr stabil rundt 1,2 ,trombocytter 58-70, normale leverprøver og kreatinin elektrolytter, tumormarkører ca 19-9 23 og 30 (tatt årlig)

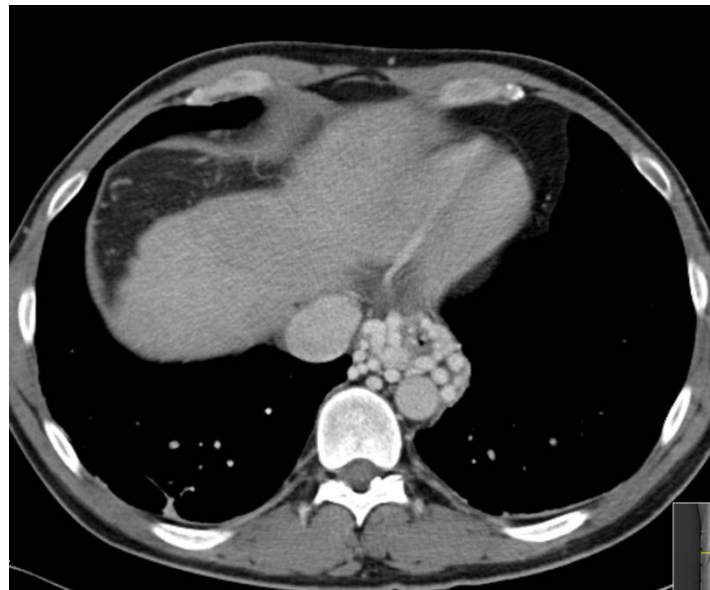
AKUTT PORTVENTROMBOSE

- ◉ Akutt innlagt 13/02-2015 med mavesmerter, forhøyete leverprøver.
- ◉ Ct abd viser portvenetrombose og trombose i vena mesenterica superior. 10 cm segment i ileum med ødem, veggfortykkelse og luftbobler i veggen-dvs ischemisk .
- ◉ Ct viser også intraabdominale varicøse vener og øsofagusvaricer, forstørret milt.
- ◉ Får antikoagulasjon med klexane.
- ◉ Startet b-blokker

VARICER

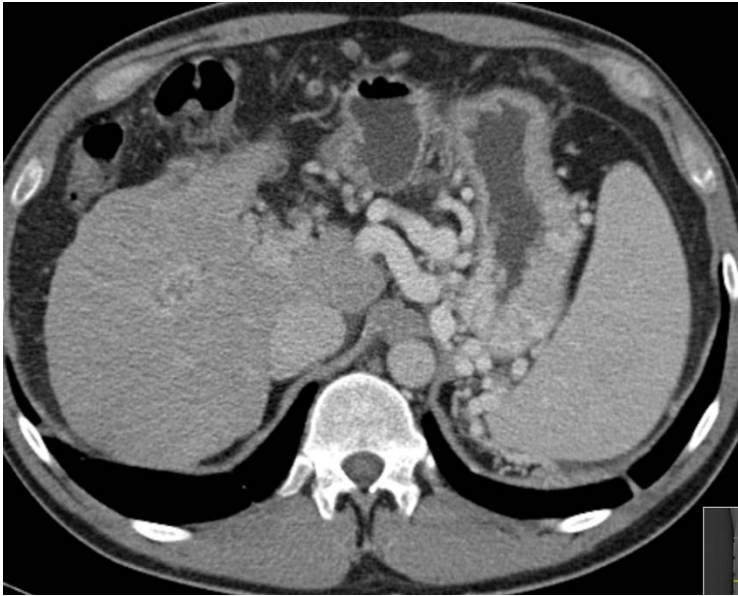


Varicer rundt øsofagus/
intraabdominalt



Varicer rundt øsofagus

VARICER



Varicer rundt ventrikkel

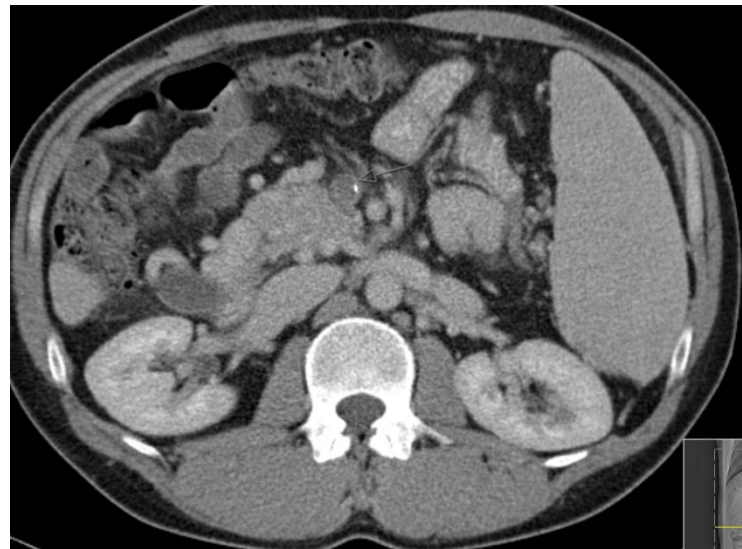


Varice i fundus

TROMBOSER

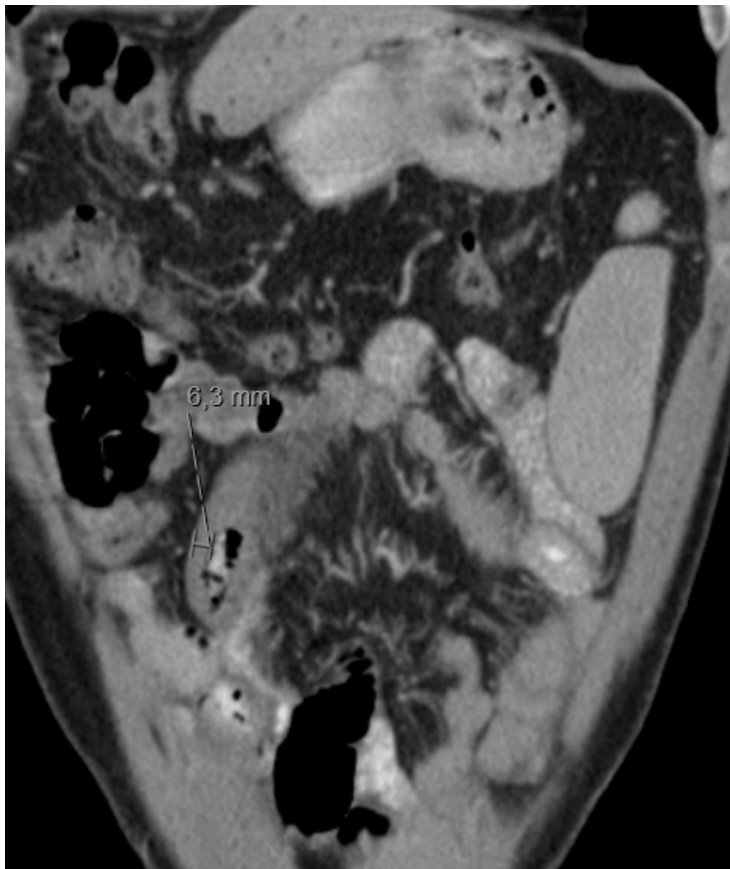


portvenetrombose



Trombose i vena mesenterica superior

ISCHEMISK TYNNNTARMSEGMENT



Fortykket vegg ileum 6,3 mm



Fortykket vegg i en lengde på 10 cm

HVA NÅ?

- Levercirrhose med portvenetrombose og trombose i vena superior mesenterica.
- Inr på 1,2
- Trombocytter på 68, nå forhøyede leverprøver.
- Permanent blodfortynnende??

KONFERER RH

- ◉ Anbefaler livslang antikoagulasjon.
- ◉ Klexane? Marevan?
- ◉ Står nå på Klexane 80 mg x 2 (veier 90 kg)

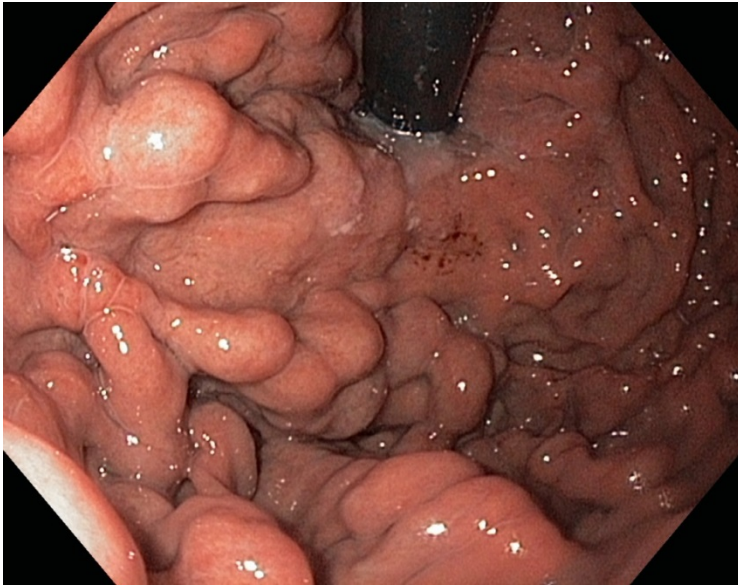
HVA MED HANS VARICER?

- ◉ De har ikke blødd.
- ◉ Primærprofylakse med b-blokker.
- ◉ Skal de også strikkes?

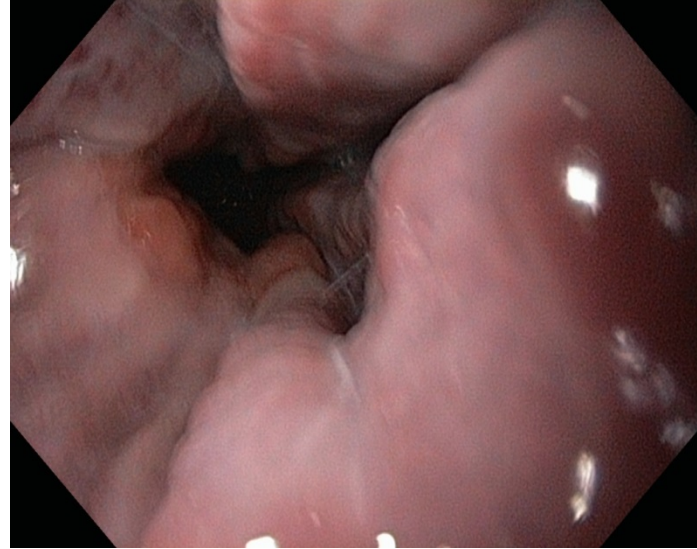
- ◉ Innkalles til gastroscopi
 - Viser fundusvaricer og øsofagusvaricer.

SKAL DISSE VARICER OGSÅ BEHANDLES ENDOSKOPISK?

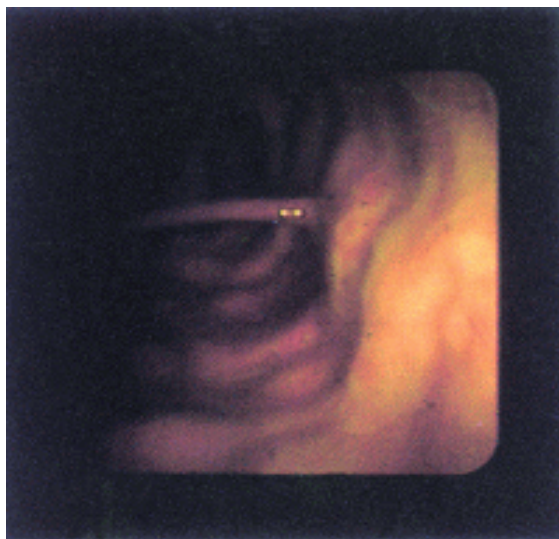
Fundusvaricer



øsofagusvaricer



VARICEBLØDNING PRIMÆRPROFYLAKSE.



RISKOSTRATIFISERING

- ◉ Up to date: Hver episode med variceblødning har 30 prosent mortalitet.
- ◉ 70 prosent reblør innenfor 1 år
- ◉ 25-40 prosent av de med cirrhose får variceblødning
- ◉ Hvem blør? Hvordan finne disse?
- ◉ 60-75 prosent blør aldri

RISIKO FOR BLØDNING

- Non invasiv prediksjon av variceblødning
 - lave blodplater
 - Lav prottrombinaktivitet
 - Portvenediameter > 13 mm
 - Child plug score

CHILDS KLASSIFIKASJON

Child's klassifikasjon av cirrhose

Poeng:	1	2	3
Bilirubin:	<25	25-40	>40
Albumin:	>35	30 - 35	<30
Ascites:	Ingen	Lett kontrollerbar	Ikke kontrollerbar
Ernæring:	God	Brukbar	Dårlig
Nevrologiske symptom:	Ingen	Minimal	Coma

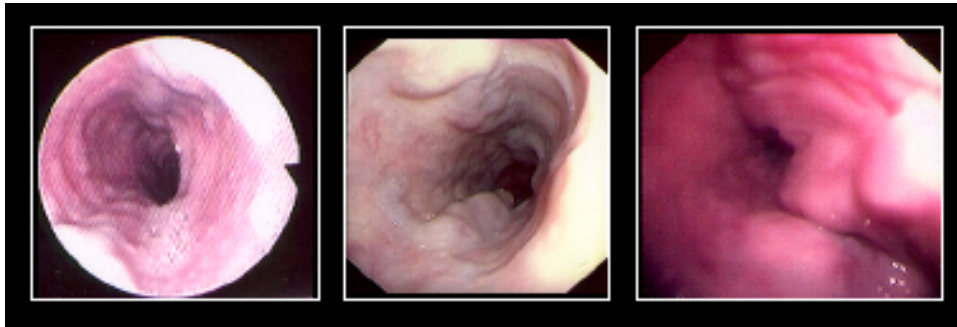
Child A 5-6 poeng, Child B 7-9 poeng og Child C 10-15 poeng

○ Størrelsen på varicer

- F1 -Små rette
- F2 $<1/3$ av lumen
- F3 $>1/3$ av lumen

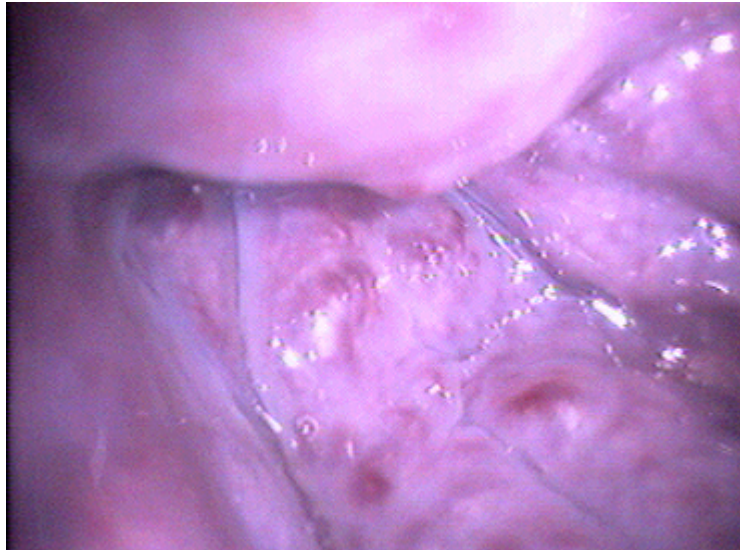
- A i nivå med mucosa,
- B <5 mm,
- C >5 mm,
- D store med blødningstigmata)

KLASSIFISERING F1-F3



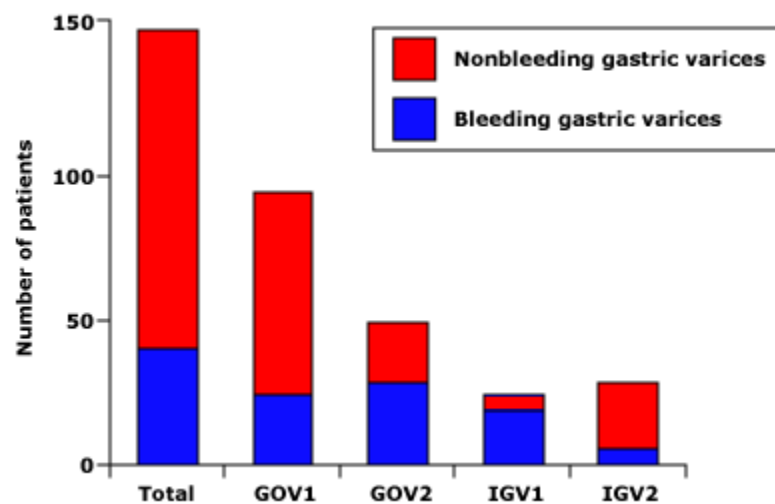
○ Blødingsstigmata

- Red spots



- Lokalisasjon av varicer
 - GOV
 - GIV1
- Blødningsstigmata
- varicetrykk

TYPE VARICER OG BLØDNINGSFARE



Probability of bleeding from esophageal varices

Red wale markings	Child class A			Child class B			Child class C		
	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F1	F2	F3
-	6	10	15	10	16	26	20	30	42
+	8	12	19	15	23	33	28	38	54
++	12	16	24	20	30	42	36	48	64
+++	16	23	34	28	40	52	44	60	76

Estimations are based upon **one-year percentage** probability of bleeding.

F1, F2, F3 refer to size of the varix.

Adapted from: deFranchis R, N Engl J Med 1988; 319:983.

PRIMÆRPROFYLAKSE

- Beste screening metode er gastroscopi
- Alle pasienter med cirrhose bør screenes for varicer
- Primærprofylakse reduserer risikoen for variceblødning og dermed blødningsrelatert mortalitet.
- B-blokker eller Strikkligering

HVEM SKAL BEHANDLES?

- ◉ De med små varicer og red spots.
- ◉ De med små varicer og child B-C
- ◉ Mellomstore og store varicer F2-F3

B-BLOKKER ELLER STRIKKLIGERING?

- Små varicer med red spots eller child B og c behandles med b-blokker hvis de tolereres. Hvis ikke strikk.
- Mellomstore og store varicer med b-blokker eller strikk.
 - Tolerer pasienten b-blokker?
 - Er evt pasienten villig til å utføre gjentatte ligeringer?
 - Endoskopisk strikkligering er muligens mer effektiv på store varicer og anbefales som 1.alternativ her i følge «up to date».

MÅL FOR B-BLOKKER BEHANDLING

- ◉ Redusere puls med 25-30 % (puls 55-60)
- ◉ Målet er egentlig å redusere porta-hepatic vene gradient (HVPG) med 20 prosent til under 12 men det måles ikke i praksis her.
- ◉ Propranolol (carvedilol?)
- ◉ Monitorer bivirkninger av b-blokker spesielt de med de kompensert cirrhose
 - seponeres ved intrakabel ascites, SBP, hepatisk encephalopathy

STRIKKBEHANDLING

- Hver 14 dag til varice sanering deretter kontroll etter 1-3 mnd
- Ikke tilleggs gevinst med kombinasjonsbehandling med b-blokker mhp blødning og mortalitet.
 - Men ikke så mange studier
 - Muligens hindrer det utvikling av nye varicer

FUNDUSVARICER

- Histoacryl er er ikke anbefalt som primærprofylakse
- Bør bruke b-blokker

HVA NÅ MED VÅR PASIENT?

- Han har

- Child Plugh Score A
- Små til medium store øsofagusvaricer
- Mulig red spots
- Fundusvaricer

- *Men står på blodfortynnende!*

- *Økt risiko hvis blødning*

- *Fundusvaricer skal i følge up to date ikke behandles med annet enn b-blokker men vår pasient står på blodfortynnende.*

- *Annen strategi da?*
- *Blir fundusvaricer mer uttalt og økt risiko for blødning hvis vi kun behandler øsofagusvaricene?*

OPPFØLGING

- Små varicer både de som behandles og ikke behandles med b b-blokker følges opp med 2 års intervaller
 - Kortere ved alkoholisk leversykdom
 - Rask progresjon av leversykdom
- Store varicer som har vært stikkbehandlet følges hver 6 mnd i 2 år deretter årlig
- Cirrhose uten varicer kontroll hvert 3 år.

TAKK FOR OPPMERKSOMHETEN!



MULIG STED FOR NESTE MØTE?

