

# AKUT ABDOMEN

*Den initiale modtagelse, udredning, behandling og videre plan for patienten indlagt i **Fælles Akutmodtagelse**.*

## ***Forfattergruppe:***

*Fagområdet for Akutkirurgi (med Traumatologi og herniekirurgi) under DKS.*

## ***Version og revision:***

*1.0 31/5/2021*

MODTAGELSE, UDREDNING OG INITIAL BEHANDLING AF AKUT ABDOMEN

AKUT HØJRISIKO ABDOMINALKIRURGI

ILEUS

PERFORERET HULORGAN

AKUT MESENTERIEL ISKÆMI

ANDEN AKUT ABDOMINALKIRURGI

APPENDICITIS

DIVERTIKULITIS

GASTRIT/ULCUS

GALDESTENSSYGDOMME

UKOMPLICERET

KOMPLICERET

UKOMPLICERET

CHOLECYSTITIS

CHOLEDOCHOLITHIASIS

CHOLANGITIS

PANCREATITIS

# GENERELT OM PATIENTER MED AKUTTE ABDOMINALSMERTER

- UAGTET AF BILLEDDIAGNOSTISKE SVAR ELLER PARAKLINIK: Patienter med flere smerter/mere påvirket almentilstand end forventeligt, patienter med morfinkrævende smerter og patienten der opfylder sepsiskriterier ELLER patienter hvor klinik ikke stemmer overens med paraklinik bør konfereres med kirurg.
- INDEN DEN VIDERE UDREDNING, BØR DER TAGES AKUT KONTAKT TIL KIRURG VED MODTAGELSE AF PATIENTER MED AKUT ABDOMEN OG
  - Ustabil hæmodynamik der ikke retter sig på kortvarig resuscitering – overvej også direkte kontakt til anæstesi
- PATIENTER INDLAGT MED AKUT ABDOMEN BØR UDREDES MED
  - Grundig anamnese inkl. al forudgående kirurgi udført i abdomen
  - Grundig klinisk undersøgelse inkl. rektaleksploration (hvis det potentielt kan bidrage differentialdiagnostisk)
  - Blodprøvepakke: Væsketal, infektionstal, lever-galdetal inkl. amylase og blodtype. Ved ustabile eller akut påvirkede patienter endvidere A-gas og BAC-test
  - Stix urin inkl. HcG
  - mistænkes akut kirurgisk behandlingskrævende lidelse, ordineres faste indtil endelig afklaring.
- SPECIELLE PATIENTGRUPPER
  - Ældre mennesker kan være diagnostisk udfordrende med sparsom anamnese og/eller atypisk repræsentation af klinik. Overvej tidligt CT abdomen med IV kontrast
  - Kvinder i fertil alder: grundig gynækologisk anamnese og gynækologisk undersøgelse (ved kompetent læge).

# GENERELT OM AKUT HØJRISIKO ABDOMINALKIRURGI (AHA)

- Begrebet dækker over den gruppe abdominalkirurgiske patienter der er i overhængende livsfare.
- Patientgruppen består af dem der på mistanken om akut livstruende abdominal patologi gennemgår **akut operation** (laparotomi eller laparoskopi). Overordnet kan diagnoserne groft inddeles i grupperne **ileus (tarmobstruktion)**, **perforeret hulorgan** og **akut mesenteriel iskæmi**.
- Patienter der gennemgår akut højrisiko abdominalkirurgi (AHA), har en høj morbiditet og en 30-dages mortalitet på 10-25 %, afhængig af kohortesammensætning og behandlingstiltag. Ud fra en regional opgørelse er der estimeret at være 3.000-4.000 patienter om året i Danmark.
- Patienterne er ofte ældre med betydelig komorbiditet og svær akut fysiologisk derangering, hvilket medfører en øget risiko for død og komplikationer og stiller ekstra krav til den perioperative optimering og behandling. Patienterne indlægges og behandles døgnnet rundt og især i den kritiske fase udgør behandling og kommunikation med patient og pårørende en massiv **faglig og organisatorisk udfordring**.
- I praksis betyder det, at det er af afgørende betydning for forløb og outcome, at patienterne i landets akutmodtagelser **identificeres og udredes hurtigt** og at **kommunikationen** med kirurgisk vagthavende er tæt. **Tid og resuscitering** er afgørende faktorer for prognosen. Sepsis er hyppigt forekommende hos disse patienter og skal adresseres ved ankomst.
- Der er evidens for at en systematisk tilgang til udredning, kommunikation, fagligt samarbejde og behandling, sammenligneligt med tilgangen til traumer, forbedrer overlevelsen for patientgruppen.
- ALLE patienter i denne patientkategori bør prioriteres på bagvagtsniveau og på mistanken alene opstartes i iv antibiotika, væsketerapi og tilses af kirurg mhp. prioritering, hurtig udredning og behandling. Ventrikelsonde bør som udgangspunkt altid anlægges.
- A-gas er et yderst relevant supplement til udredningen og monitoreringen af denne patientkategori. Både til målrettet og optimal resuscitering og risikostratificering. Lactatstigning og base deficit (BD) er associeret med høj risiko for multiorgandysfunktion (sepsis).

## Udredning og behandling af AKUT HØJRISIKO ABDOMINALKIRURGI

FAM:  
Klinisk mistanke om "abdominal katastrofe":  
Ileus, perforeret hulorgan,  
tarmiskæmi



Kontakt kirurgisk BV mhp vurdering



CT m. iv kontrast inkl. Beskrivelse <2 t  
(hvis indiceret, vurdering ved kir. BV)



Ved verifikation af AHA-patologi overflyttes patienten optimalt direkte til operationsgangen. Ved kapacitetsproblemer på OP, da optimering på intermediært afsnit Ved anæstesi-læge.  
(afhænger af lokale aftaler og observation på stamafsnit kan være eneste mulighed)

Parallelt med kommunikation og udredning iværksættes optimering:

Blodprøver, BAC + type,  
a-punktur

2 iv-adgange

Højdosis iv antibiotika

Resuscitering (fx Ringer iv)  
Evt. målstyret hæmodynamisk monitorering

Nasogastrisk sonde

Kateter

Kirurgisk BV (eller delegeret) orienterer til anæstesi-vagthavende, opvågning/operation sgang

Perioperativ anlæggelse af

- epidural (hvis ingen kontraindikation)
- a-kanyle

# Ileus

## Definition:

- Akut tarmobstruktion eller mekanisk ileus er en tilstand, hvor tarmpassagen er hindret på grund af aflukning af tarmen

## Udredning:

Tilstanden er en udfordrende kirurgisk diagnose og patienten vil tidligt i forløbet ofte fremstå relativt upåvirket og kan på trods af tilstandens alvorlighed have normale vitalparametre. Grundig anamnese med informationer om **opkastninger, smerter, fravær af flatus og afføring, B-symptomer**, sammenholdt med et opdrejet abdomen vil ofte rejse mistanken.

De hyppigste årsager til tarmobstruktion er **adhærencer, neoplasmer og herniering**. Adhærencer som følge af tidligere kirurgi er den dominerende årsag til tyndtarmsobstruktion og udgør 60 % af tilfældene, hvorfor patientens kirurgiske historik er af stor vigtighed i anamneseoptagelsen.

Tilstanden kan kompliceres af iskæmi, nekrose og perforation.

Væsketab som følge af opkast, tarmødem og tab af absorptionskapacitet fører til **dehydrering**.

Opkast fører også til tab af kalium-, hydrogen- og klorioner, betydelig dehydrering disponerer til renal proksimal tubulus reabsorption af bikarbonat og tab af klor, hvilket forstærker en **metabolisk alkalose**.

Tarmstase fører også til bakteriel overvækst i tarmen, hvilket kan give fækulent opkast og **bakteriel translokation** gennem tarmvæggen.

Overordnet er udfordringen ved patientgruppen dog at de oftest har en langt mere subtil klinisk præsentation sammenholdt med perforeret hulorgan og tarmiskæmi.

Ileuspatienten især, er i overhængende fare for at aspirere og (afhængigt af lokale aftaler med kirurgisk- radiologisk- og anæstesiologisk afdelinger) der bør overvejes anlagt ventrikelsonde til sug på mistanken herom. Væske- og elektrolytbehandling samt antibiotika-opstart er vigtigt.

Konservativ behandling er vellykket hos 40-70 % af alle klinisk stabile patienter, og især blandt dem med partiel obstruktion. Det er en kirurgisk specialopgave at vurdere operationsindikationen.

**Valg af billeddiagnostik:** CT med iv kontrast

**Smertebehandling:** morfika. Epidural præoperativt.

# Perforeret hulorgan

**Definition:** perforation af mave-tarm kanalen (ventrikel, tynd- eller tyktarm), som oftest med peritonitis og sepsis til følge. Hyppigste diagnoser i denne kategori er perforeret ulcus og kompliceret divertikulitis.

## **Udredning:**

Denne kategori af patienter har som oftest hurtig udvikling af svær sepsis med akut debut af smerter og hurtigt stigende intensitet grundet peritonitis. Patienterne kan være peritoneale og have tiltagende abdominal distension, men ikke nødvendigvis. Især ældre individer har en mere diskret præsentation, hvor afkræftelse kan dominere. Anamnese med fokus på risikofaktorer (Prednisolon, NSAID, symptomer på malignitet, anamnese med divertikelsygdom? Nyligt endoskoperet?).

Patienten med perforeret hulorgan vil ofte derrangere hastigt og fejltolkes ofte som havende AKS, dissekerende aortaaneurisme, akut pancreatitis og er ofte tidligt i forløbet respiratorisk og kardielt udfordret. For hver time der går til operation vil patientens prognose forværres.

De hyppigste årsager til perforeret hulorgan er ulcussygdom, divertikulitis, neoplasmer og andre årsager til obstruktion (ileus) samt iatrogene skader ved ex. Endoskopi.

**Valg af billeddiagnostik:** CT med iv kontrast (anlæg ventrikel-sonde og opstart IV antibiotika på mistanke)

**Smertebehandling:** morfika (og evt. epidural præoperativt)

# Akut mesenteriel iskæmi (tarmiskæmi)

## Definition:

Når blodforsyningen til abdominalorganerne, herunder til tarmen, er hindret og utilstrækkelig til at sikre normal funktion og/eller overlevelse. Tarmiskæmi kan inddeles i:

- Okklusiv arteriel sygdom, f.eks. trombose eller emboli i a. mesenterica superior
- Non-okklusiv sygdom, som typisk ses i forbindelse med kredsløbsshock, og
- Mesenterial venetrombose, som ses ved hyperkoaguabile tilstande som terminal malign sygdom

## Udredning:

Opstår oftest hos ældre, udtalt komorbide og/eller kritisk syge patienter. Aterosklerose og atrieflimmer er selvstændige risikofaktorer. Dødeligheden er høj: ca. 50 %.

Typisk har patienten initialt voldsomme, krampeagtige, smerter i området omkring navlen, evt. ledsaget af opkastninger og i nogle tilfælde af diarré. Initialt er abdomen ofte blødt, og der er ingen peritoneal reaktion, hvilket står i kontrast til de stærke smerter. I tidlige stadier er patienten afebril og kredsløbsstabil, og tilstandens alvor kan let blive undervurderet. Efter 6-12 timer kan iskæmien have bredt sig til hele tarmvæggen og medføre peritoneal reaktion alt imens patientens smerter ofte er i aftagende. På dette tidspunkt vil patienten være alment påvirket, præshockeret og evt. frembyde et billede som ved septisk shock. Der vil også ofte være blodig diarré. Symptomerne ved de forskellige årsager til akut tarmiskæmi kan ikke adskilles fra hinanden, og den endelige diagnose stilles oftest først ved laparotomi. Ved venøs trombose kan sygdomsbilledet udvikle sig over dage.

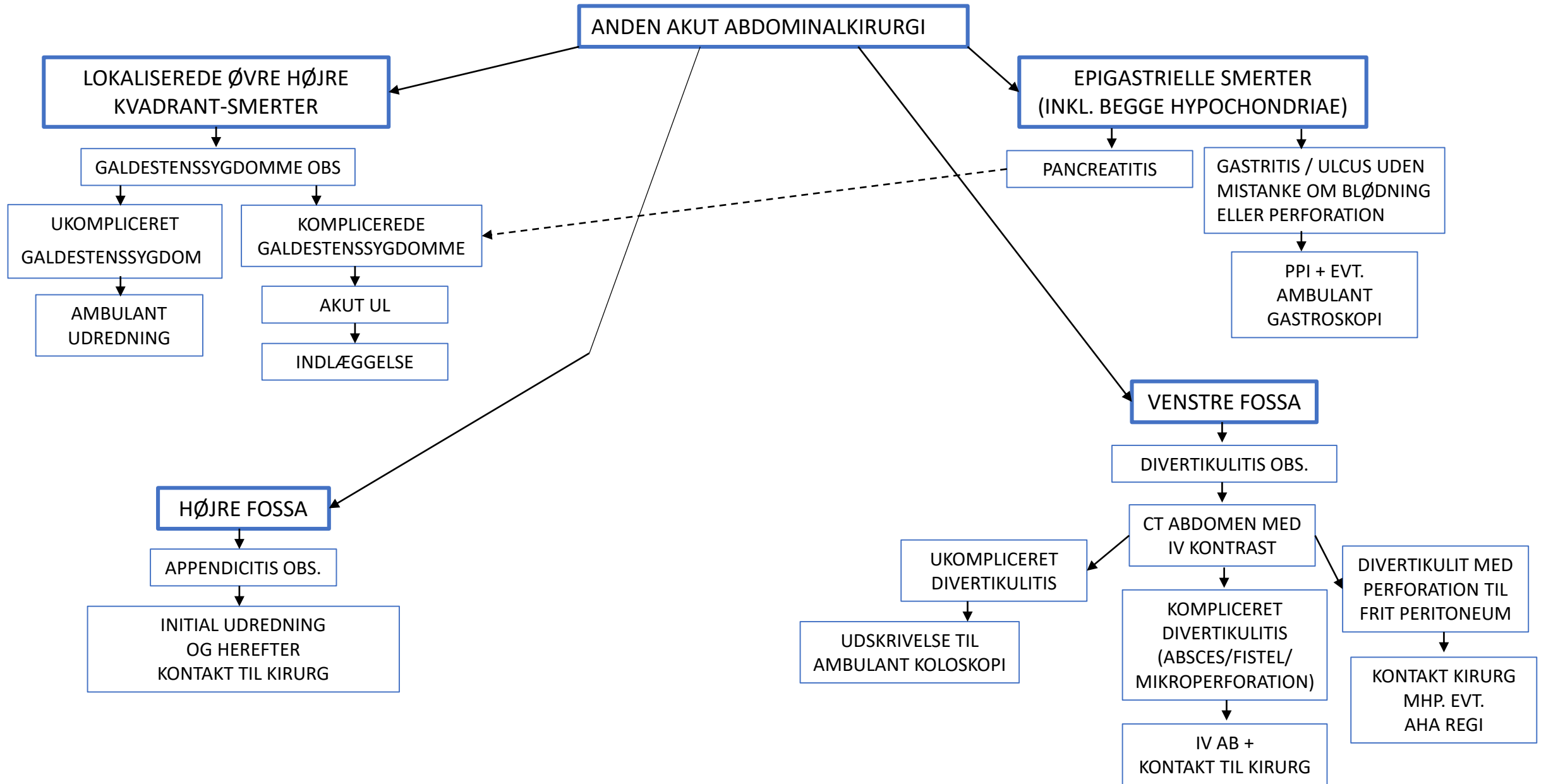
- Alder, sygehistorie og det kliniske billede giver mistanke om diagnosen, men der er ingen sikre kriterier
- Er mistanken rejst, skal det overvejes om patienten skal indlægges/overflyttes akut til et hospital med en karkirurgisk afdeling eller et interventionsradiologisk akutberedskab. Patienterne skal altid initielt konfereres med kirurgisk BV. Desværre diagnosticeres patienterne ofte så sent, at tarmiskæmien er irreversibel.
- Der er ingen specifik plasmamarkør (Laktat kan ikke anvendes som diagnostisk markør for tarmiskæmi)
- Ved akut tarmiskæmi er den akutte livreddende behandling i første omgang: behandling af hypovolæmi, kredsløbssvigt, sepsis og eventuelle arytmier, samtidig med at diagnosen verificeres. Overlevelse forudsætter revaskularisering af tarmen indenfor få timer, alternativt tarmresektion

**Biokemi:** Agas, Leukocytter, hgb, CRP,

**Valg af billeddiagnostik:** CT med iv. kontrast, suppleres evt. med CT angiografi

**Smertebehandling:** morfika, epidural (anlæggelse må ikke forsinke intervention)





# Ukompliceret galdestenssygdom

**Definition:** Påviste galdesten og samtidige smerter som klassisk præsenterer sig med anfaldsvise smerter (varende mere end 30min) under højre kurvatur, uden samtidige tegn til [komplicerede galdestenssygdomme](#).

**Udredning:** Relevante kliniske fund kombineret med billeddiagnose. Ved anamnese og klinik samt paraklinik svarende til ukompliceret galdestenssygdom bør udredning foregå ambulant med opfølgning i kirurgisk ambulatorium. Ved tegn til kompliceret galdestenssygdom er der behov for udredning og behandling under indlæggelse. Patienten med flere ugentlige ukomplicerede galdestensanfald bør konfereres med en kirurg førend udskrivelse.

**Biokemi:** Væsketal, infektionstal og lever-galdetal inkl. amylase. Alle forventes normale ved ukompliceret galdestenssygdom. Diskret påvirkning af leverenzymmer kan ses.

**Valg af billeddiagnostik:** UL af lever og galdeveje. De billeddiagnostiske fund ved ukompliceret galdestenssygdom er:

- galdesten i tyndvægget galdeblære ("cholecystolithiasis")
- ingen dilatation af de intra- eller ekstrahepatiske galdegange
- stenfrie galdeveje

Ved svær adipositas kan MRCP, CT og sjældent endoskopiske procedurer overvejes. Konferer da med kirurg.

**Smertebehandling:** supp. diclonfenac 100mg som engangsordination, hvor ikke kontraindiceret. Ellers alm. Behandling med paracetamol og ibuprofen (hvor ikke kontraindiceret).

# Komplicerede galdestenssygdomme

## Definition/inndeling

**Cholecystitis**: Infektion/inflammation i galdeblæren, hyppigst udløst af tilstedeværende galdesten

**Choledocholithiasis**: sten i ductus choledochus

**Cholangitis**: Infektion i galdetræet, hyppigst udløst af obstruktion af ductus choledochus

**Galdestenspancreatitis**: inflammation af bugspytkirtlen, udløst af galdesten

# Cholecystitis

**Definition:** Infektion og inflammation af galdeblæren, hyppigst udløst af galdesten i galdeblæren.

**Diagnostiske kriterier (Modificerede Tokyo-guidelines):**

- A) Murphys tegn *eller* ømhed/smerter/udfyldning under højre kurvatur
- B) Feber *eller* Forhøjet CRP *eller* Forhøjede leukocytter
- C) UL/CT/MR med tegn til cholecystitis acutae

*Mistænkt* Cholecystitis Acutae = A + B

*Bekræftet* Cholecystitis Acutae = A + B + C

**Udredning:** Relevante kliniske fund, paraklinik og billediagnostik.

**Billediagnostik:** 1. Valg er UL af lever-galdeveje. Forventeligt fund er: 1) tykvægget (evt. lagdelt galdeblære) 2) indeholdende galdesten 3) med transducerømhed sv.t. området 4) uden tegn til galdesten i ductus choledochus som 5) ikke fremtræder dilateret.

**Biokemi:** infektionstal, væsketal, lever-galdetal, blodtype, evt. venyler

**Hvornår bør choledochussten og/eller cholangitis mistænkes?** Ved inficerede, evt. septiske patienter med

- 1) Ikterus
- 2) Dilatation af ductus choledochus eller intrahepatiske galdeveje på UL
- 3) Stasetegn i biokemi (væsentligt forhøjet ALAT/Bilirubin/Basisk fosfatase)

**Behandling i FAM:** Faste og tørste. Evt. opstart af væske- og antibiotikaterapi ud fra kriterier sv.t. lokal antibiotika-instruks (ved sepsis) samt ud fra lokal kirurgisk afdelings retningslinier. Patienter med Cholecystitis skal indlægges og der bør konfereres med kirurg enten ved mistanke eller endelig diagnose (efter lokalaftale med den kirurgiske afdeling).

# Choledocholithiasis

**Definition** Sten i ductus choledochus. Kan ledsages af cholangitis / cholecystitis / galdestenspancreatitis.

**Diagnose** Anamnesticke og kliniske tegn til galdestenssygdom, evt. med akut forværring.

## Diagnostiske kriterier

- A) Smerter under højre kurvatur *eller* i epigastriet
- B) Paraklinisk stase (forhøjet bilirubin og/eller ALAT) *eller* UL/CT med dilateret ductus choledochus *eller* Ikterus / porterfarvet urin / kitfarvet fæces *eller* pancreatitis
- C) UL/CT/MRCP med påviselig sten i ductus choledochus

*Mistænkt* Choledochussten = A + B

*Bekræftet* Choledochussten = A + B + C

## Udredning:

Billeddiagnostik: Initieft UL af lever-galdeveje til at bekræfte mistanke om galdestenssygdom

Biokemi: Infektionstal, væsketal og lever-galdetal inkl. amylase samt blodtype

## Behandling i FAM:

Ved mistænkt choledochussten, kontakt til kirurgisk vagthavende. Patienterne bør holdes fastende. IV AB ved tegn til cholangitis, men ellers ikke indiceret. Smertebehandling kan forsøges med supp. Diclofenac 100mg som engangsordination (hvor dette ikke er kontraindiceret) og ellers paracetamol, ibuprofen samt evt. stærkere smertestillende (Morfin, Ketogan).

# Cholangitis

**Definition:** Infektion i galdeveje, oftest forårsaget af obstruktion.

**Diagnostiske Kriterier:**

- A) Smerter i epigastriet eller under højre kurvatur
- B) Forhøjet CRP *eller* Forhøjede Leukocytter *eller* Febrilia
- C) Forhøjet Bilirubin og/eller ALAT og/eller Basisk fosfatase
- D) UL/CT/MR med tegn til cholestase *eller* galdesten *eller* tumor i galdegange/*pancreas* (dilateret ductus choledochus)

*Mistænkt* Cholangitis = A + B + C

*Bekræftet* Cholangitis = A + B + C + D

**Udredning:**

Biokemi: Væsketal, infektionstal, lever-galdetal, blodtype, venyler

Billeddiagnostik: UL som 1. valg. Såfremt der findes galdesten i galdeblære og A + B + C er opfyldt er det kirurgisk vagthavendes ansvar at beslutte om der er behov for yderligere udredning inden terapi (ERCP)

**Behandling i FAM:**

Faste, 2 IV adgange, bredspektret IV AB efter lokal instruks, smerteplan, sepsisregime ved behov. Akut kontakt til Kirurgisk vagthavende når der *mistænkes* cholangitis.

# Pancreatitis Acuta

**Definition:** Inflammation af pancreas

**Årsager (hyppige):** Galdesten, alkohol, iatrogen (ex. efter ERCP)

**Årsager (andre):** medikamentel, autoimmun, dyslipidæmi, hyper-calciæmi, infektion, neoplasi

## Diagnostiske kriterier (Atlanta klassifikation)

- A) Akut indsættende øvre mavesmerter
- B) P-amylase forhøjet mere end 3 x normale øvre grænse
- C) CT- eller MR-scanning med tegn til pancreatitis acuta

*Bekræftet* Pancreatitis acuta = 2 ud af 3 af ovenstående kriterier

## Udredning

**(fokuseret) Anamnese:** kendt med galdesten? Alkoholforbrug? Ny medicin?

**Biokemi:** Infektionstal, væsketal, lever-galdetal, Blodsukker, venyler, A-punktur på indikationerne dyspnø eller sepsis.

**Billeddiagnostik:** 1. valg er UL abdomen til at be-/afkræfte galdestenssygdom. Ved mistanke om choledochussten suppleres evt. med MRCP. Ved svært påvirket patient (septisk, non-responder) og evt. lang anamnese (+3-5 dage) overvejelse om CT til udelukkelse af nekrose (konferer med kirurgisk vagthavende forud). RU. Thorax indiceret hvis patienten er respiratorisk påvirket (OBS. pleural effusion eller atelektaser)

# Pancreatitis Acutae

## Behandling i FAM

### Monitorering:

Måling af vitalparametre x min 3 i døgnet

Kontrol af diureser (stort væskeskema, evt. KAD)

IV adgang

### Smertebehandling

Paracetamol 1g x 4 dagligt

Ibuprofen 400mg x 4 dagligt

PN opioid (IV / tb.) + evt. laksantia

Overvejelser om thorakal epiduralt smertekath bør diskuteres med kirurg og anæstesiolog.

### Antibiotika

Som udgangspunkt ikke indiceret, men bør behandles efter lokale sepsisregime hvis patienten opfylder kriterier.

### Væsketerapi

Tilrettelægges ud fra patientens habitus (obs. Hjertesvigt) og akutte tilstand. IV Ringer laktat (eller isoton saltvand) 10ml/kg første 2 timer under konstant hensyntagen til udvikling, diureser og tegn til overhydrering/lungeødem. Behovet er meget varierende.

### Hvornår kontakt til kirurg?

Ved mistanke om akut pancreatitis og efter opstartet primære monitorering og behandling i FAM.



# Appendicitis acuta

**Definition:** Inflammation af appendix

## Diagnostiske karakteristika

- Akut indsættende mavesmerter (12 timer – flere døgn) oftest startet diffust og senere fokuseret til højre fossa
- Direkte ømhed sv.t. McBurneys punkt ofte kombineret med indirekte ømhed og slipømhed og forværring ved mobilisation
- Ofte påvirkede inflammatoriske parametre (men ikke nødvendigvis påvirket i første 12-24 timer)

## Specielle patientgrupper

- Børn ofte mindre gennemskuelig klinik. Mistanke om appendicit ved mavesmerter kombineret med opkastninger eller diarre.
- Kvinder i fertile alder: overvej gynækologisk lidelse samt graviditet.
- Ældre patienter: Risiko for malign differentialdiagnose stiger med alderen. Overvej CT i differentialdiagnostisk øjemed.

## Udredning

Som udgangspunkt foretages diagnostisk laparoscopi ved mistanke (kirurg stiller indikation). Mistanken beror på anamnese, klinisk undersøgelse og biokemi evt. kombineret med billeddiagnostik (UL, CT og i sjældne tilfælde akut MR (kan overvejes ved gravide)).

**Biokemi:** Infektionstal, væsketal, lever-galdetal, Blodsukker, venyler, Stix Urin, Urin HcG

**Billeddiagnostik:** indgår ikke i standardudredning. Ved børn med tvivlsom klinik og/eller anamnese (og med kompetent radiologisk personale) kan overvejes UL Abdomen. Hos ældre, svært comorbide, svært adipøse eller patienter der er forventeligt intraabdominalt komplicerede (multiple laparotomier) bør CT overvejes. Konferer med kirurg.

**Behandling i FAM:** anamneseoptagelse, biokemi, faste. Ved mistanke om appendicitis og febril patient opstartes bredt IV antibiotika-dække (efter lokal instruks). Ved stabile patienter, kontakt til kirurg når mistanke haves og oplagte differentialdiagnoser er udelukket (UVI, Gynækologisk lidelse) eller ved tvivlstilfælde.

# Gastritis / Ulcus

**Definition:** Mavesmerter i øvre abdomen udløst af irritation/inflammation i mavesæksslimhinden eller et ikke-blødende, ikke-perforeret mavesår.

## Diagnostiske karakteristika

- Epigastrielle smerter som kan forværres og/eller lindres ved indtag af visse fødevarer
- Ofte længerevarende symptomer
- Fravær af alarmsymptomer
- Klinisk og paraklinisk upåvirket patient

## Specielle patientgrupper

- Ældre patienter er i øget risiko for malign diagnose og bør tilbydes gastroskopi på udvidet indikation

## Udredning

Anamnese og klinisk diagnose. Symptomrespons på syreneutraliserende eller syrepumpehæmmende medicin har begrænset diagnostisk værdi.

**Biokemi:** Infektionstal, væsketal, lever-galdetal, Blodsukker, evt. venyler, Stix Urin, evt. Urin HcG

**Billeddiagnostik:** Er kun indiceret i differentialdiagnostisk øjemed (Galdesten? Perforation? Malignitet obs?)

**Behandling i FAM:** anamneseoptagelse, biokemi, udskrivelse evt. til akut gastroskopi. Opstart af PPI Pantoprazol 40mg x 1 i 14 dage og opfølgning hos egen læge.

**Indikation for gastroskopi?** Akut/subakut ved mistanke om blødning og ellers ambulantly ved alarmsymptomer:

- Dysfagi
- Vægttab
- Lav Hb eller dærrangeret patient (dyshydrering, hypoalbuminæmi) – overvej indlæggelse til udredning

# Divertikulitis coli

**Definition:** Akut inflammation af colon (hyppigst colon sigmoideum) forårsaget af falske divertikler i dennes væg.

## Fakta

- Aldersfænomen, med kraftigt stigende incidens blandt ældre. Hos >80årige har >50% divertikler i colon.

## Inddeling

Ukompliceret: Inflammation af colondivertikel uden tegn til absces eller perforation

Kompliceret: Inflammation af colondivertikel med tegn til absces eller perforation

## Klassifikation af kompliceret divertikulitis (Hinchey)

Grad I: lokaliseret abscess (parakolisk)

Grad II: Absces strækkende sig til det lille bækken

Grad III: Purulent peritonitis

Grad IV: Fækulent peritonit

# Divertikulitis Coli

## Diagnostisk tankegang

Smerter i venstre fossa, evt. afføringsændring, evt. febrilia, lokalt slipøm. Ved mistanke, indikation for CT abdomen med IV kontrast til diagnose. Ved recidiverende, klassiske tilfælde kan patienten diagnosticeres uden billeddiagnostik (hvis der ikke er mistanke om kompliceret divertikulitis). Ambulant koloskopi til udelukkelse af malignitet hos ikke nyligt (<1 år) koloskoperede. Ved hyppige recidiver (mere end 1 per år, eller flere tilfælde fordelt over flere år) henvisning til kirurgisk ambulatorie mhp. overvejelse om elektiv resektion.

**Biokemi:** Infektionstal, væsketal, lever-galdetal, Blodsukker, venyler, Stix Urin, Urin HcG

**Billeddiagnostik:** CT Abdomen med IV kontrast

**Behandling i FAM:** anamneseoptagelse, biokemi, stillingtagen til CT abdomen (ved tvivlstilfælde konference med kirurg).

## Indikation for antibiotika?

Ved ukomplicerede tilfælde hos den upåvirkede patient er der ikke indikation for antibiotika og sygdommen regredierer spontant. Påvirkede patienter (febrilia, svært forhøjede inflammatoriske parametre) eller tegn til kompliceret divertikulitis skal oftest i IV AB (konferer med kirurg).

## Livsstilændringer/andre tiltag?

Evidensen er sparsom men traditionelt anbefales patienter med divertikulittilfælde

- Motion, fiberrig kost og evt. laksantia til lind afføring.