

Polypektomi komplikationer - kirurgi

Anton Risto

Kirurgiska kliniken, KRK sektionen, US Linköping

Innehåll

- Vad för komplikationer?
- Hur ofta?
- När misstänka?
- Hur veta?
- Vad vill vi vet mer?
- Vad göra?

Vad för komplikationer?

• Perforation

- Blödning

Hur ofta?

- Diagnostisk koloskopi $<0,1\%$
- Terapeutisk $<1\%$

När misstänka? - koloskopi

- Om man ser ut genom hålet...
- Subcutant emfysem +/- fascit
- Ont i magen (75-95%)
- Défense/slappömhhet (80%)
- Takykardi (60 %)
- Leukocytos (40%)
- Feber (40%)
- Rectal blödning (15 %)
- Isolerad tympanism (utspändhet) (7%)

När misstänka? - Gastroskopi

- Om man ser ut genom hålet...
- Ont i bröstet
- Ont i magen
- Feber

Hur veta?

- DT – alltid med intraveös kontrast!
(inclusive thorax vid gastroskopi)
 - Ev med rektalt eller oralt contrast beroende på var man tanker att hålet är
- Möjligen UL på gravida
- CRP, LPK.

DT frågor

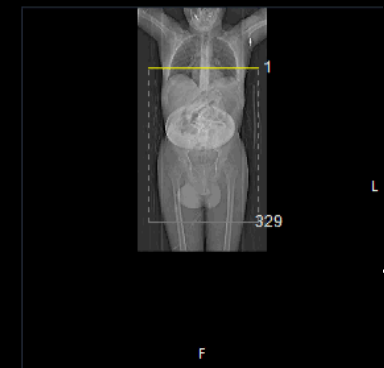
- Fri gas?
 - Mängd och lokal?
- Retroperitoneala gas?
 - Mängd och lokal?
- Fri vätska?
 - Mängd och lokal?
- Kontrastutträde?





F: I31A3
186 mA
120 kV
Image 1 of 329

Bild-Datum/Tid: 2018-02-22, 21:42:28



Vad vill vi (kir) veta mer

- När skopin?
- Kvarvarande tumör/ tumörmisstänkt polyp?
- Samsjuklighet?
- Rökning?
- Mediciner? (främst immunosuppression och antikoagulantia)
- Tidigare bukkirurgi?

Vad göra?

- Konservativt (alltså inte operera) om:
 - Litet hål
 - Stabil, övrigt frisk och immunkompetent patient.
 - Täckt perforation (enligt dt)
 - Endast lokal smärta (ej generell peritonit)
 - Ren tarm vid perforation

När operera?

- Stort hål som inte gått att stänga med clips (>1 cm) (?)
- Generell peritonit
- Pågående sepsi
- Tumör perforation (eller perforation på annan lokal men tumör kvar i kolon)
- Immunosupprimerad patient (> 5mg prednisolon, tranplanterad etc)
- Försämring under konservativ handläggning

Hur operera?

- Laparoskopi / öppen - Hur mycket tidigare opererad/bråttom/ tål pneumoperitoneum / kirurg kompetens
- Rafi (sy hålet) - Kort tid, ren kolon, stabil patient (nästan samma krav som endoskopisk åtg)
- Kort resektion - Bening
- Central (cancer) resection - Tumör (misstanke om)
- Stomi/anastomos - Kort tid, ren kolon, stabil patient, kärldfrisk, ickerökare, högersidiga/ilekoliska anastomoser läker bättre än västersidiga kolokoliska/kolorektala

Hur operera?

- “Damage control” – vid svår sepsis. Laparotomi och stapla av och ta bort – resusiter och operera igen om 1-3 dygn och göra stomi/anastomos.

Ventrikel duodenum perforationer

- Om tillgängligt är rafi standard.
- Resektion bara vid mycket stora och otillgängliga perforationer. Kräver specialrekonstruktioner som generellt inte allmänskirurger gör.

Esofagusperforation

- Mycket mer avancerat att hantera än perforationer i buken. -> Vanligen hanteras på centra som hanterar esofagus elektivt
- Stent eller esosponge behandling oftare än operation.
- Höga perforationer (ovanliga) kan inte behandlas med stent.

