

Pasient med blødninger fra stomi

Gjengen på Rikshospitalet
(Ulrik, Eric, Rune, Sigurd og Anne
Marte)

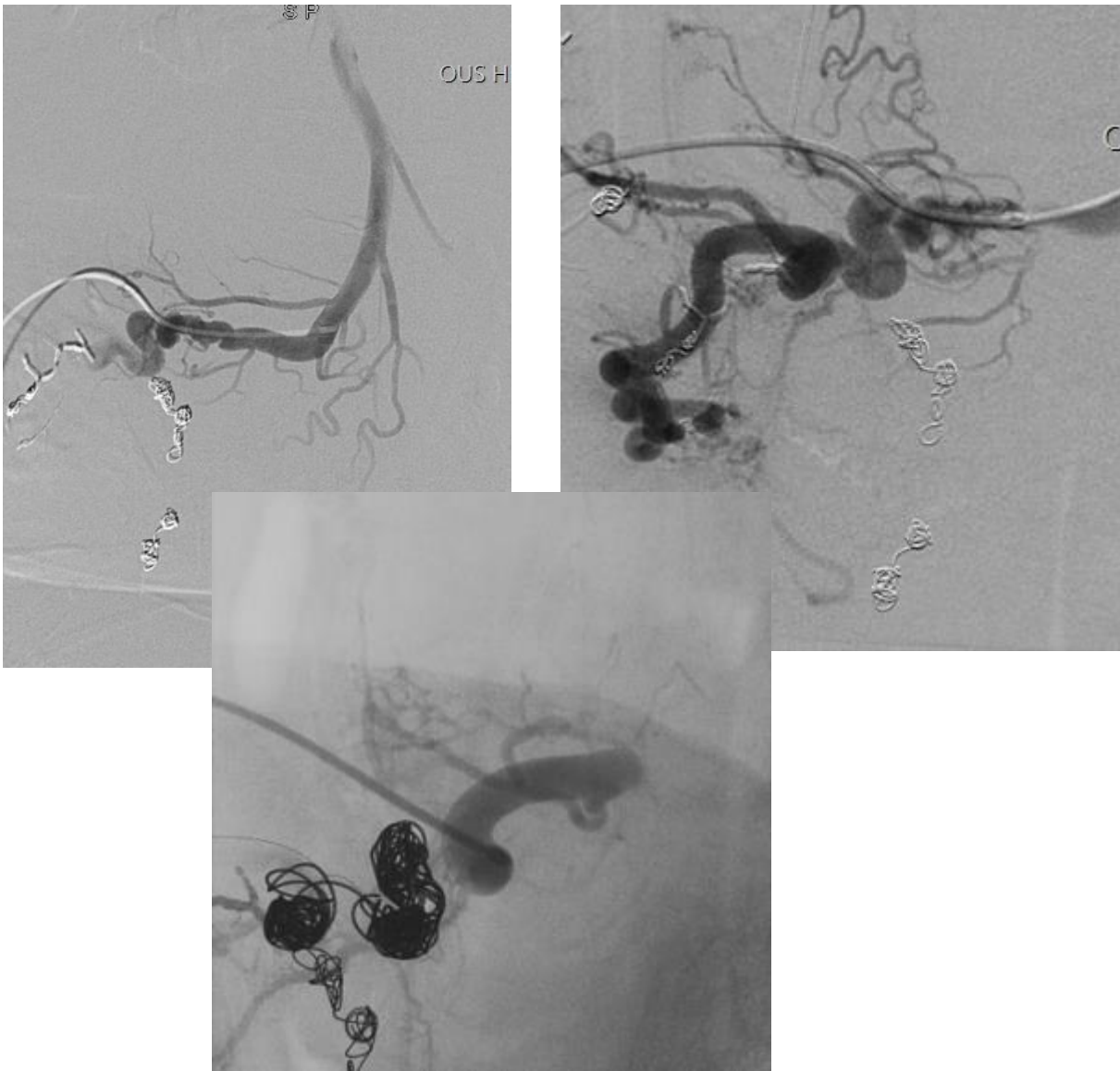


Bakgrunn

- Stomi siden 1980-tallet på bakgrunn av ulcerøs kolitt
- Hepatitt C på bakgrunn av transfusjon
- Ca. 2015 start med flere rel. kraftige blødninger fra stomi
- CT viser levercirrhose, store dilaterte mesenterialvener ved stomi (bilde 1. side)
- Akutte blødninger håndtert ved lokalsykehus med UL-veil trombininjeksjon lokalt ved stomi (og seinere arteriell liming)
- 2015 henvist RH, men avslått for transplantasjonsvurdering da en hadde rimelig blødningskontroll med lokalbehandling og ellers velfungerende lever

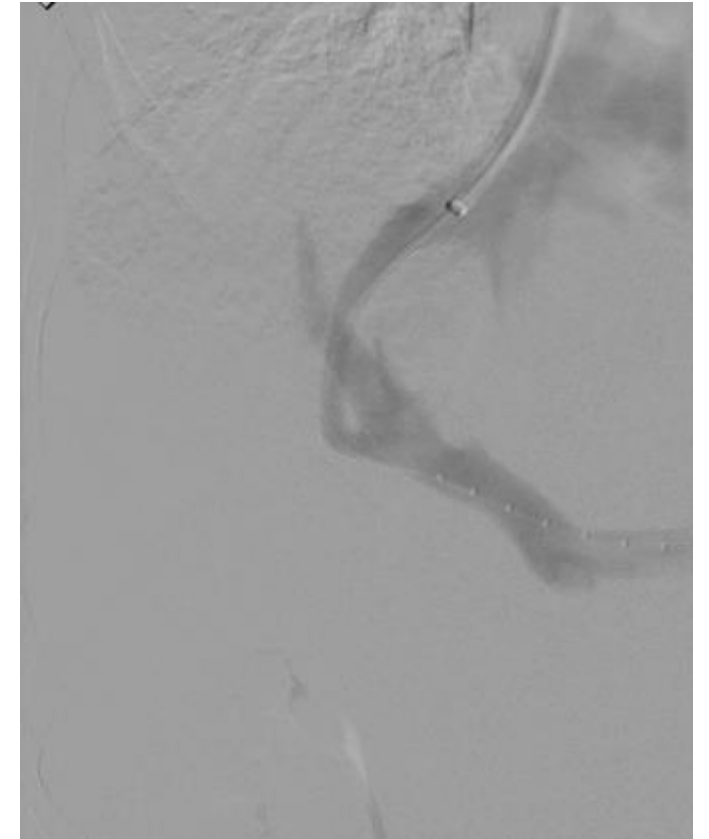
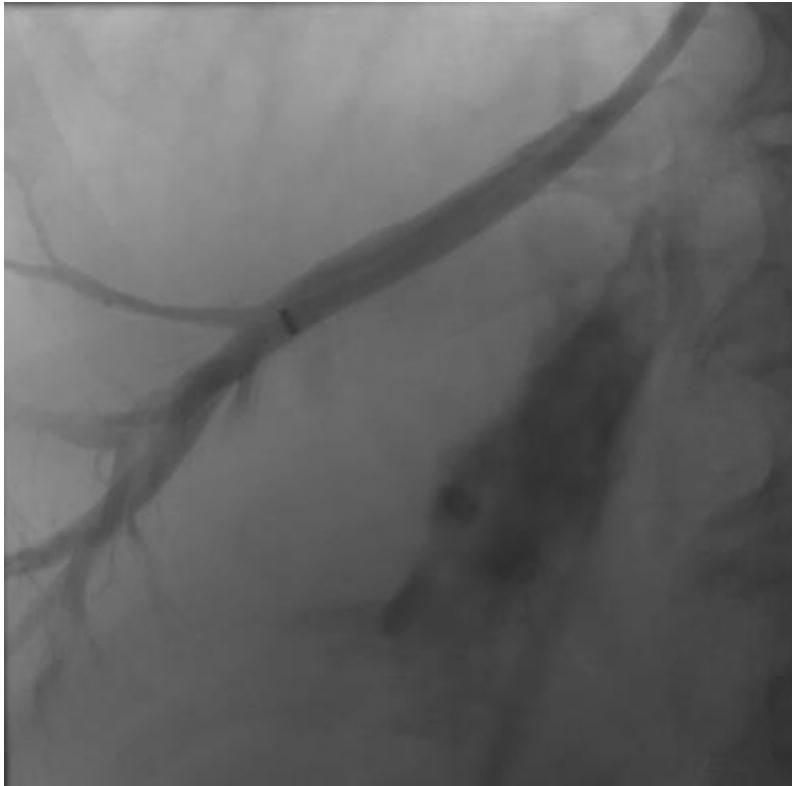
Bakgrunn

- Ny, stor blødning i des. 2018, ble akutt innlagt lokalsykehus, overflyttet til RH etter ny CT – med samme funn som tidligere – store vener (dog i tillegg portvenetrombe)
- Beslattes å stikke direkte på stomivener for embolisering



- Angio viser reversert flowretning fra lever. Partiell portvenetrombe uten stenose ved trykkregistrering
- Kateterisering ned i varicer og coiling med macrocoils 6-10 mm

- Igjen holder lokal behandling en periode – men ny blødning etter 3 mnd, settes sutur over parastomal vene.
- Deretter fortsatte intermitterende småblødninger som ofte gir seg da pasienten legger seg ned
- Henvises da på sommeren 2019 for TIPS-vurdering som utføres august 2019.

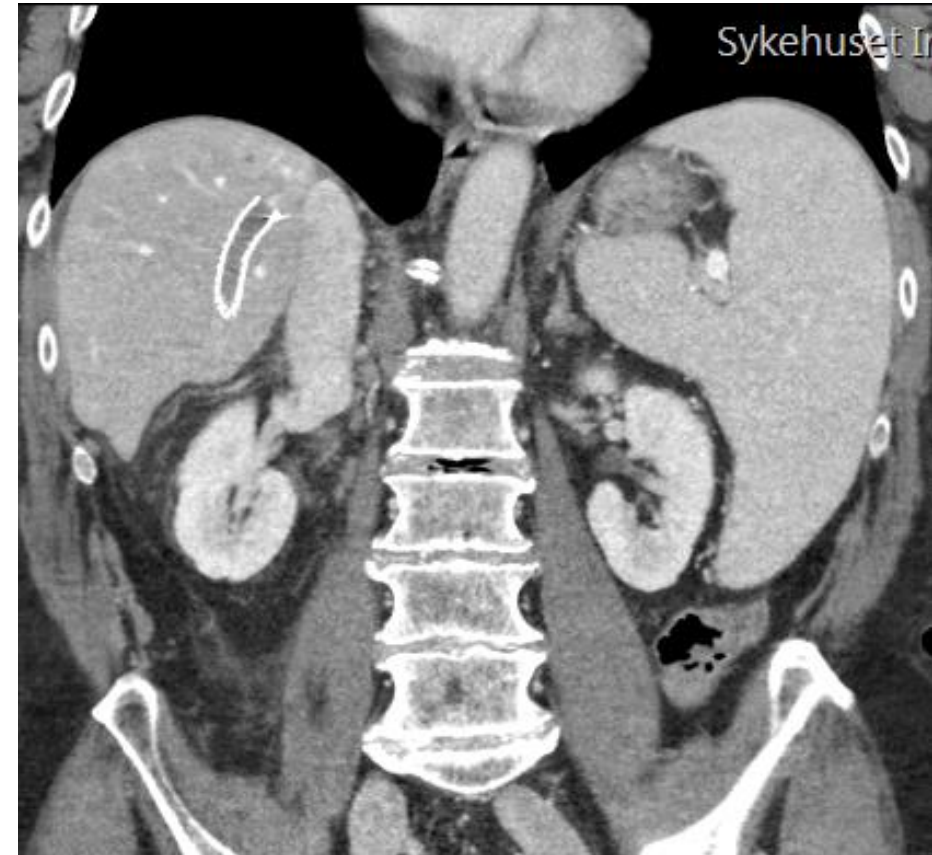
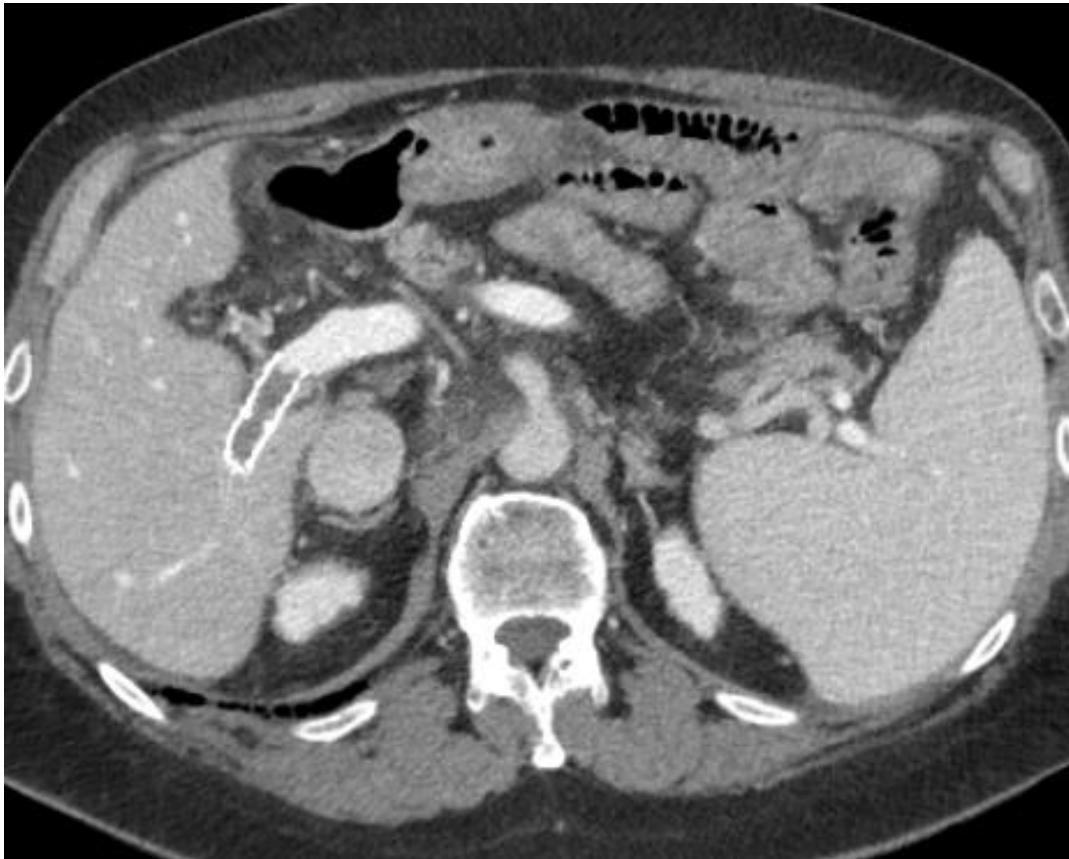


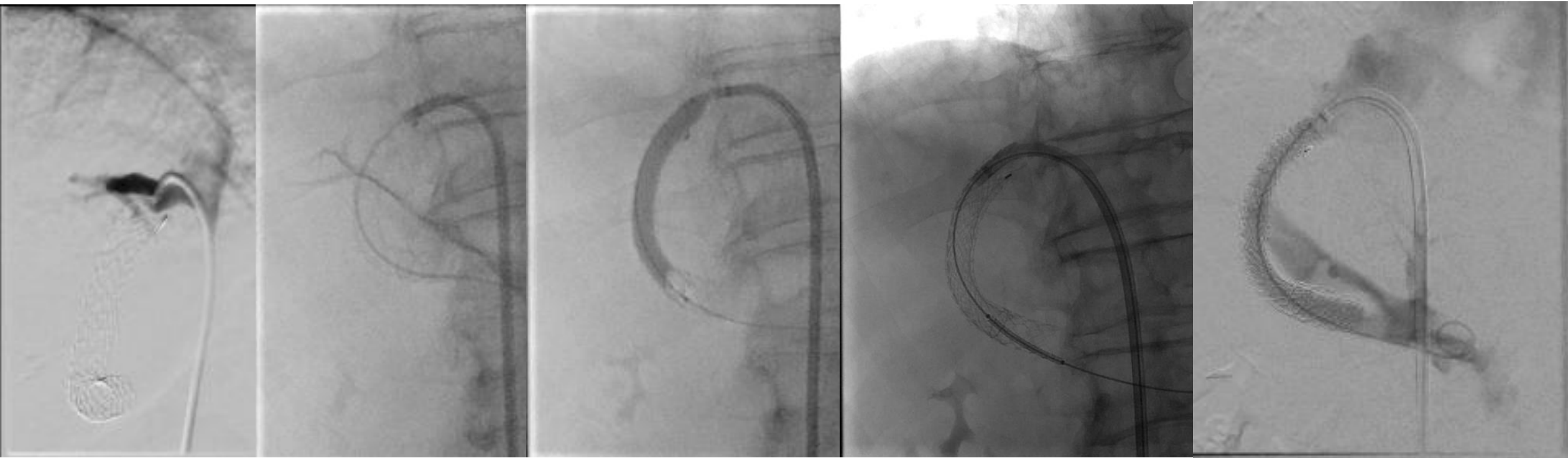
Kateterisering av høyre levervene, punksjon, og kateterisering av portvene. Sluttangio med flow gjennom TIPS-kanal (7cm lang dekket Gore Viatorr stent). Trykkgradient portvene og v.cava var >20 mmHg før og 11 mmHg etter dilatasjon - noe høy sluttgradient ble akseptert

- Ved 6 mnd des 2019 klinisk kontroll – ingen blødninger
- Aug 2020 – residiv. CT viser liten stenose på TIPSSkanalen ved leverveineinnmunningen
- Blokket i okt. 2020 m9 mm ballong – gradient på 18 mm Hg før, 9 mm Hg etterpå
- Kun et residiv 6 mnd seinere - da og liten stenose – ikke reinterv



Høst 2021 – nye blødninger – okkludert TIPS





Rekanaliseres via lyske. Dårlig støtte av føringskateter etc – god støtte av styrbar hylse 8.5F. Kommer gjennom med glidewire og 4F kateter. Blokker ggr flere (ingen aspirasjon, angiojet eller lign.), og setter Gore VBX 8-79 (LARGE) som tas litt lenger opp i levervenen for å ta utgangsstenosen. Påfallende dårlig flow og effekt på trykkgradient (> 20 mmHg) etter dette.

Vedværende stenose også på portasiden – sannsynligvis pga gamle tromber – settes derfor 10 mm ballongmontert udekket stent her som etterdilateres til 12 mm.

Deretter gradient på 9 mm Hg og god flow ved sluttangio.

- Pasienten sto allerede fra før av på DOAK og dette kontinueres
- Nå avtalt CT kontroll om 3 mnd, hvis ok kontroll med ny CT ila 6-9 mnd
- TIPS-revisjon før pasienten evt. begynner å blø på ny
- Transplantasjon fortsatt ikke aktuelt grunnet ellers god leverfunksjon

- Stomiblødninger ved cirrhose er oftest venøse blødninger grunnet portal hypertensjon og kan håndteres med coiling/plugging (evt sklerosering/liming) av lokale vener for å redusere trykk
- TIPS kan være «slutt-behandling» men kan kreve reintervensjon
- Okkluderte TIPS-kanaler går oftest greit å rekanalisere