Region Uppsala

Godkänt den: 2025-09-17
Ansvarig: Kevin Mani
Gäller för: Kirurgi

Tarmischemi - handläggning av

Bakgrund

Akut tarmischemi innebär att tarmcirkulationen minskas till den grad att det lett till akuta symptom. Observera att tarmen kan vara viabel även om symptomdurationen överstiger viss kritisk tid. Ischemin kan vara ocklusiv (embolier eller trombos) eller non-ocklusiv (lågflödesischemi). I knappt hälften av fallen finns den klassiska triaden: ”pain out of proportion”, embolikälla och kräkningar och/eller tarmtömning. I ett senare skede tillkommer peritonit och organsvikt.

Radiologiska fynd som för tanken till tarmischemi är: paralytisk ileus, gas i tarmväggen, och gas i vena porta och levervener. Laboratoriemässigt talar ett normalt D-dimer emot tarmischemi, men testet är mycket ospecifikt, dvs kan vara förhöjt vid många andra tillstånd. Höga laktatvärden kommer sent, då patienten redan har gangrän. Alkalos är vanligare än acidos primärt, pga kräkningar som är vanliga.

Tarmischemi är ett av de akutkirurgiska tillstånden som har högst mortalitet (även vid aktiv behandling är sjukhusmortaliteten cirka 30%). Det är därför alltid bråttom och utredning och preoperativa förberedelser ska ske med högsta prioritet. Den kirurgiska behandlingen har två syften; att återställa cirkulationen till ischemisk tarm och att begränsa negativa sekundära effekter i form av peritonit och toxisk påverkan.

Beskrivning

Vid preoperativ misstanke om tarmischemi

Alla preoperativa förberedelser och utredningssteg görs med högsta prioritet i samråd mellan kirurgjour och kärljour. Generellt rekommenderas CT med kontrast med frågeställning ”öppna mesenterialkärl”? Om preoperativt förhöjt S-kreatinin ges vätska och diuretika, men rädsla att orsaka njursvikt ska inte förhindra undersökning. Om möjligt planläggs operationen på interventionssalen. I övrigt se p. 2.

Vid oväntat fynd av ischemi vid akut laparotomi

Om mekaniskt orsakad ischemi kan uteslutas (strangulationsileus) tillkallas kärljouren och en gemensam bedömning görs. Icke-viabel tarm recesseras och revaskularisering

DocPlus-ID: *DocPlusSTYR-10427*
Version: *7*
Handlingstyp: Instruktion/Rutin

utföres i de flesta fall. En bedömning görs huruvida anastomosering, stomier eller temporär avstejpling av tarmen ska ske. I de flesta fall är en enkel avstejpling av icke viabel tarm att föredra, då detta är den snabbaste åtgärden enligt *damage control* strategin, och nästan alltid ska *second look* göras (se nedan).

Likaledes tas ställning till primärförslutning av buken alternativt att endast huden sys. Ställningstagande till *second look* görs, denna ska i så fall ske inom 18–36 h. Om arteria mesenterika superior inte har bildframställts preoperativt bör man antingen göra en angiografi peroperativt, eller en CT-angio omedelbart postoperativt. Syftet är att värdera de stora kärlavgångarna, som kan vara stenoserade, och behöva behandlas omedelbart innan mer tarm går förlorad.

Övrigt att ha i åtanke

Stäng aldrig en buk med spänning efter en operation för tarmischemi, ett förhöjt buktryck minskar genomblödningen av tarmen. Eftersom de flesta patienter ska reopereras med second look kan man antingen bara sy ihop huden, eller använda sig av VAC. Postoperativt skall buktrycket monitoreras med FoleyManometer metoden, och ej tillåtas stiga över 12 mm Hg.

Kom ihåg att många vasoaktiva läkemedel stryper tarmcirkulationen, särskilt alfaadrenerga läkemedel. Om ett förhöjt cardiac output behövs är dobutamin det minst farliga läkemedlet att använda, men är svårt att använda vid hypotension. Patienterna behöver ofta volym efter revaskularisering av tarmen, då de har stora förluster av proteinhaltig vätska ut i fri bukhåla, och ut i tarmlumen.

Patienterna behöver antibiotika med täckning för både aeroba och anaeroba bakterier, liksom trombosprofylax, oftast LMWH i dubbel profylaxdos (exempelvis Klexane 40 mg x 2).

Referenser

Acosta S & Björck M. **Modern treatment of acute mesenteric ischaemia**. Br J Surg 2014:101;100-108.

Björck M, et al. Management of the diseases of mesenteric arteries and veins. Clinical Practice guidelines of the European Society of Vascular Surgery (ESVS). Eur J vasc Endovasc Surg 2017; 53: 460-510 (open access)

Dokumenthistorik

Författare Martin Björck

180404 – revidering	Martin Björck
201209 – revidering	Josefine Gustafsson, specialistläkare
230315 – revidering	Josefine Gustafsson, specialistläkare
250727 - revidering	Josefine Gustafsson, biträdande överläkare