


 UPPSALA
 UNIVERSITET
 Dept of Radiology

Ett urakut fall

Firas Mosavi
 BFC/röntgen
 Akademiska sjukhuset, Uppsala

firas.mosavi@akademiska.se

Anamnes

- 60-årig man, ensamboende språklärare.
- Tidigare väsentligen frisk förutom ett hjärtstillestånd (!) för 3 år sedan.
- Aktuellt: Inkommer med ambulans till medicinakuten en januarikväll efter att ej ha svarat på telefonsamtal från sina kollegor.

Anamnes, forts

- Ambulanspersonalen hittade patienten liggande i badkaret, trött men orienterad.
- Patienten uppger tilltagande trötthet de senaste veckorna, även svimmat vid ett tillfälle. Inga fokala symtom. Ingen buksmärta. Viktnedgång senaste månaderna.

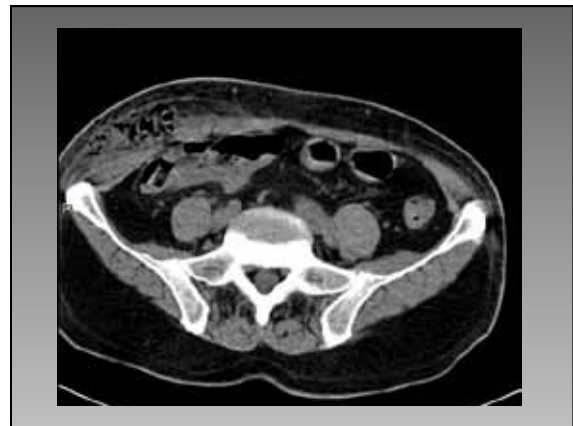
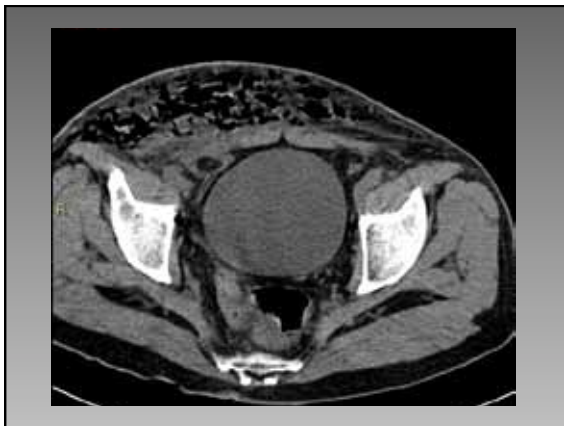
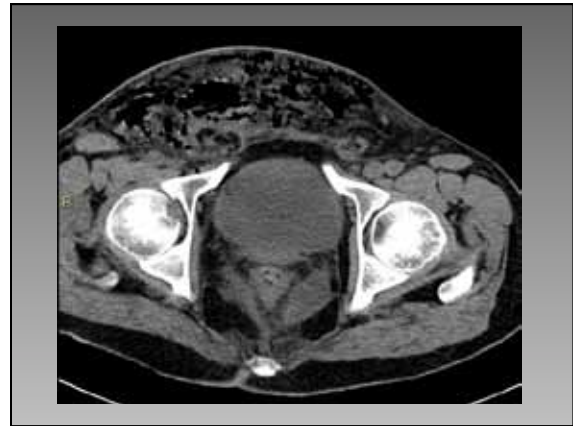
Status

- Nedsatt AT. Patienten ser blek och sjuk ut.
- Kraftig svullnad över skrotum och över nedre högra delen av buken. Patienten säger dock att han haft dessa förändringar i 3 år.
- Lab: Förhöjd CRP på 382 mg/L. Hb 103 g/L. Leukocytos 13,9. Något lågt kalium 3,2 mmol/L.

Bedömning

- Medicinjouren misstänker inklämt inguinalbräck alternativt malignitet.
- Remiss för CT buk.
- Konsultremiss till kirurgen.





Röntgenjourens bedömning

- Inklämt ljumskbräck med perforation.
- Subkutan emfysem.
- Fri vätska i lilla bäckenet.

HÅLLER NI MED?

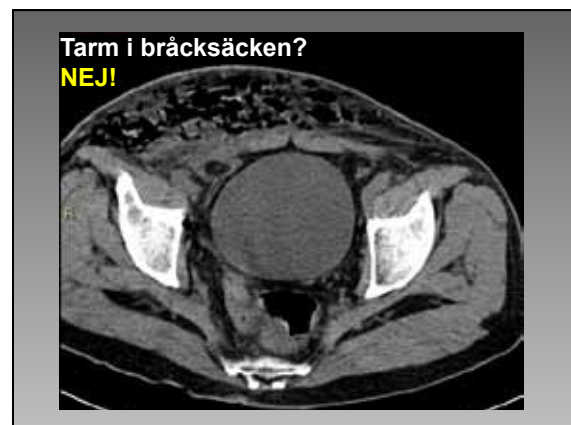
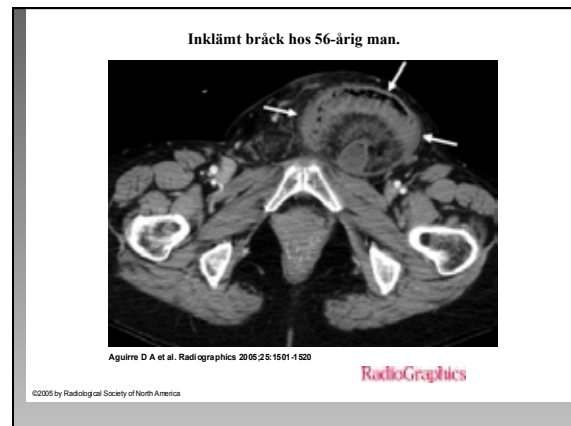
JA

NEJ

Inklämt ljumskbräck med perforation

Radiologiska tecken:

- Fri gas i buken
- Tecken till tarmhinder. Ileus
- Tarmslynga som kan följas ut i bråcksäcken



Handläggning

- Kirurgjouren blir konsulterad. Han tycker inte att den kliniska bilden stämmer med perforerad tarm. Inga symtom tydande på tarmhinder! Inget ileustillstånd på CT!
- Bakjouren kontaktas och han ställer rätt diagnos per telefon.

Ledtråd



ANDERS ZORN
Avled den 22 augusti 1920 på Mora lasarett i den aktuella sjukdomen.

VAD SA KIRURGBAKJOURN?

"FOURNIERS GANGRÄN"

Handläggning, forts

- Urologkonsult noterar krepitationer över det svullna området och misstänkt gangrenösa partier.
- Patienten anmäls till akut operation.

Operationsberättelse

- Snitt i båda ljumskar där det rinner ut pus, man ser nekrotisk vävnad.
- Buken öppnas med medellinjesnitt. Tarmen är ua. Inget pus eller abscess i buken. På höger sida ses en bråcksäck, dock utan tarm.
- Högersidig orkidektomi samt omfattande debridering av subcutan nekrotisk vävnad.

Post op

- Patienten är septisk postoperativt och han överförs med helikopter till KS, Solna för hyperbar syrgasbehandling.
- Op sårrevision vid två tillfällen.
- Vid kontroll 6 månader senare var patienten i sitt habitualtillstånd.

Fourniers gangrän

Jean Alfred Fournier
Fransk venerolog som
beskrev sjukdomen 1883



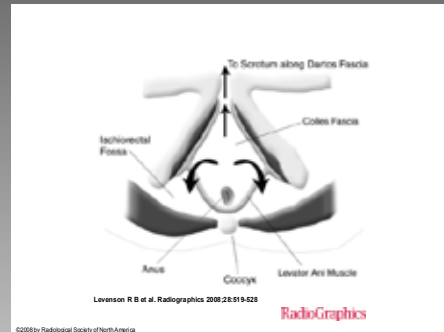
Fourniers gangrän

- Multibakteriell hudinfektion som påverkar genitalia och perineum.
- Infektionsfokus lokalt i bäckenregionen, från t.ex. bäckenabscess, analfissur, urethrastriktur m.m.
- Stafylokockbakterier bildar proppar i blodet, vilket påverkar syretillförseln till omgivande vävnad.

Fourniers gangrän

- En kombination av anaeroba bakterier och svamp orsakar en infektion som sprids snabbt och orsakar nekros av huden, subcutan vävnad och av muskler.
- Subkutant emfysem är patognomont för diagnosen.
- Den nekrotiserande fasceiten kan ha en utbreddningshastighet på 2-3 cm i timmen.

Anatomi



Fourniers gangrän

- Vanligast hos medelålders män.
- Riskfaktorer: alkoholism, diabetes.
- Symtom:
 - Skrotal svullnad
 - Smärta
 - Hyperemi
 - Klåda
 - Krepitationer
 - Feber

Fourniers gangrän

- En urakut kirurgisk diagnos med hög dödlighet, 15-50%.

Fourniers gangrän

- Tidig diagnos och behandling är livsviktig för patienten.
- Även om diagnosen ofta kan ställas kliniskt så kan akut CT leda till tidigare diagnos och förbättrad bedömning av utbredningen
- Kännedom om de radiologiska tecknen är således ett måste för tidig diagnos och behandling

