

# KUB-kurs

# Perforerat ulkus

Folke Hammarqvist



SVENSK KIRURGISK FÖRENING  
SWEDISH SURGICAL SOCIETY

Läs härifrån - självstudie

# Incidens – perforerat ulcus

- Incidens 3-10/100 000 inv./år
- Stigande incidens med stigande ålder
- Kraftigt sjunkande incidens de senaste 60 åren
  - 1950-talet den näst vanligaste orsaken till akut buksmärt
- Lika vanligt bland män som kvinnor (1940-talet 20 gånger vanligare bland män)

# Perforerat ulcus Valentino "appendicit" (1926)



# Etiologi

- NSAID
- H pylori (50-70% vid perforerat duodenalulkus)
- Missbruk (t.ex. rökning)
- Malignitet (<5%)
- Iatrogen

# Symtom

- Akut snabbt insättande buksmärta i epigastriet
- Allmänpåverkan
- Peritonitstatus (brådhård buk i typiska fall)
- Leukocytos
- Hyperamylasemi (2-3 gånger normalvärdet)
- Symtomatologin kan vara mindre dramatisk och maskeras vid behandling med steroider, immunsuppression och levercirrhos

# Naturalförlopp

- Kemisk peritonit med eller utan bakteriell kontamination
- Efter 2-3 timmar kan patienten känna en viss lättnad av smärtorna beroende på att det gastroduodenala innehållet spätts ut med peritonealt exudat.
- 8-12 timmar efter perforationen övergår den kemiska peritoniten till en bakteriell.
- Åtgärdas inte perforationen leder peritoniten till hypovolemi, anuri och septisk chock.

# Utredning

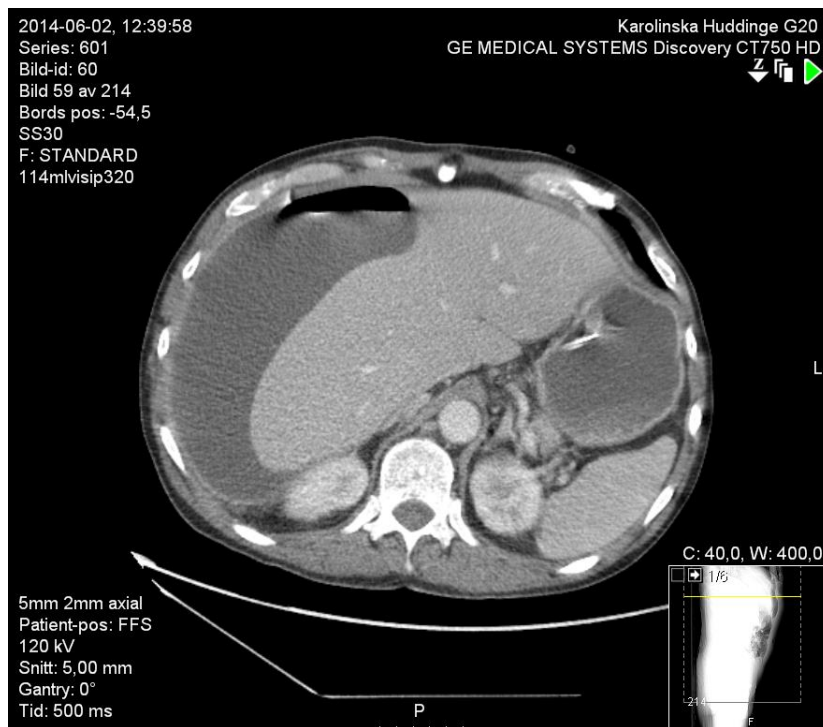
- DT buk.
  - Identifierar minimala mängder fri gas.
  - Differentialdiagnoser
    - Aortaaneurysm/-dissektion
    - Akut pankreatit
    - Akut kolecystit
    - Intestinal ischemi
    - Uretärstensanfall
    - Perforation av annan del av gastrointestinalkanalerna



# Sammanfattning

- Ulkusperforation leder i typiska fall till snabbt insättande svår buksmärta och brädhård buk.
- Fri gas på buköversikt förekommer i ca 80% (högre frekvens på DT buk) av patienterna.
- Snabbast möjliga handläggning och operation har betydelse för prognosen.

# Perf ulcus 1 v anamnes



# Här börjar föreläsningen



# KUB-kurs

## Perforerat ulkus

Folke Hammarqvist

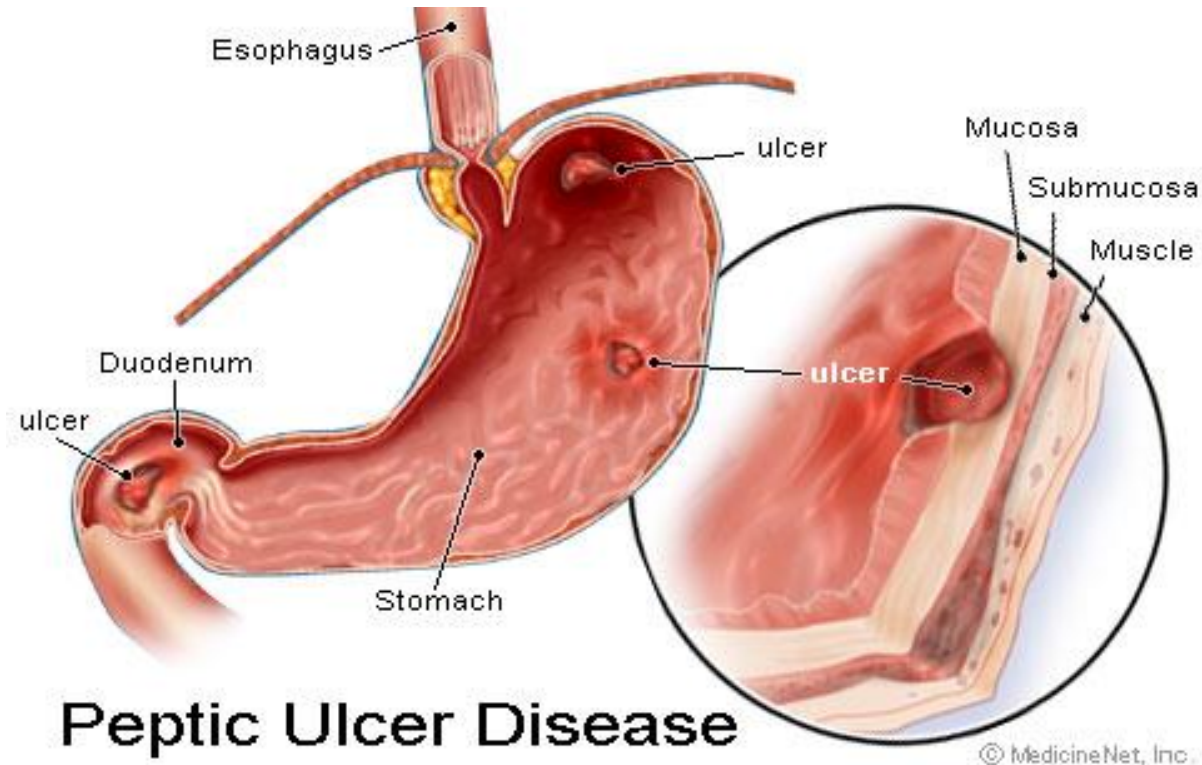


SVENSK KIRURGISK FÖRENING  
SWEDISH SURGICAL SOCIETY

# WSES – guidelines on perforated and bleeding ulcer

Tarasconi et al - WJES 15:3, 2020

# Ulcer lokalisation

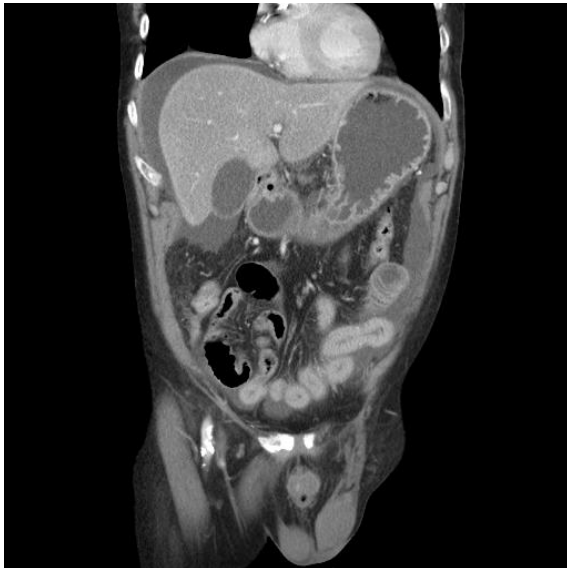
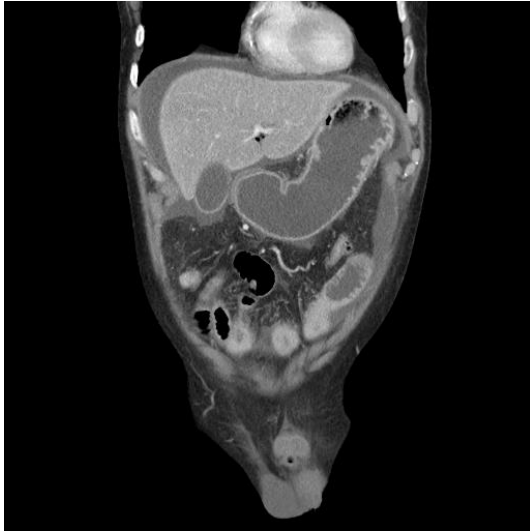


Duodenalulcus / benign

Ventrikululcus /  
malignitetrisk

# Radiologi

- Fri gas
- Fri vätska



# Handläggning

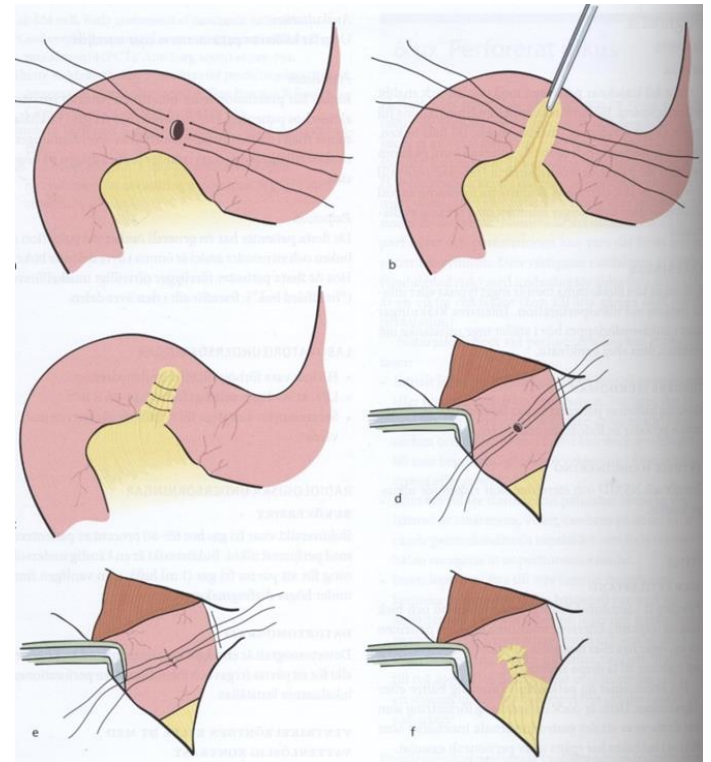
- Snabb handläggning är av betydelse för prognosen.
- V-sond för avlastning av magsäcken.
- Rehydrering inleds på akutmottagningen.
- Kontrollera POX och ge vid behov syrgas.
- Analgetika ges i.v.
- Optimering av patienten sker parallellt med förberedelse för operation. Optimeras vid behov på op-salen
- Bredspektrumantibiotika i.v.



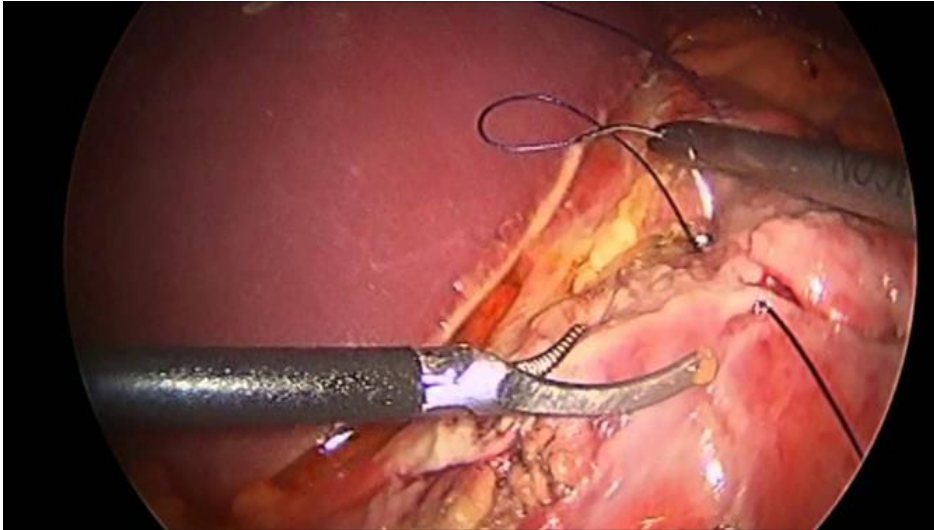
# Behandling

- Operation med rafi och täckning med omentflik
  - Laparoskopiskt
  - Öppet
- Vid stora och komplicerade sår/perforationer resektionskirurgi, men bör undvikas.
- Konservativ behandling
  - Fasta
  - Sond med sug (10 cm vatten)
  - Bredspektrumantibiotika
  - PPI
  - Parenteral vätska/nutrition
- Specialfall
  - Endoskopiskt (OTSC – "over the scope clips") i kombination med drän
  - Stent av perforerat duodenalulcus

# Öppen operation



# Laparoskopisk operation



- Ej för lång anamnes
- Samma princip som vid öppen operation

# OTSC – Over-the-scope clip

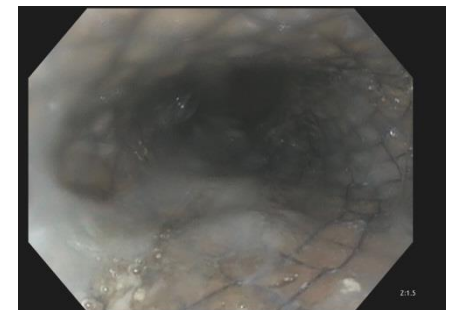
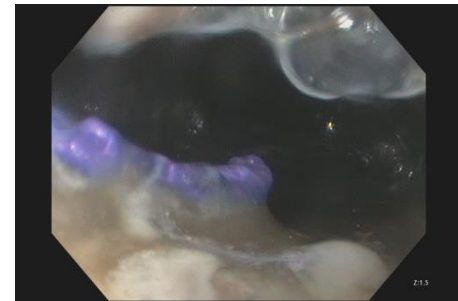
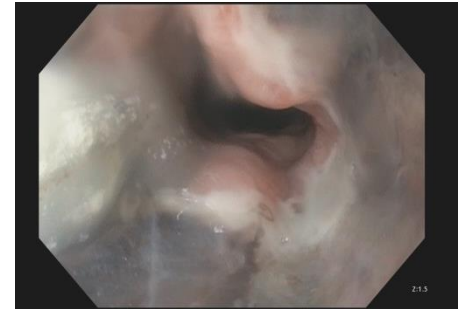


# Övrigt

- Lägga PEG??? NEJ
- När belasta
- Hur länge V-sond?

# Esofagusperforation

- Orsak
  - Kräkning (Boerhaves syndrom)
  - Esofagoskopi
- Utredning
  - DT thorax buk
- Behandling
  - Antibiotika
  - Vänstersidigt thoraxdrän
  - Gastroskopi i narkos / täckt stent
  - Ev thorakotomi





# Esofagusperforation utan vä-sidigt pleuradrän d 4

