

Hæmobili, en sjælden komplikation ved leverbiopsi

Reservelæge Thomas Kümler, overlæge Hans Kromann-Andersen & overlæge John Bøje Grønvall Rasmussen

Roskilde Amts Sygehus Køge, Medicinsk Afdeling, og H:S Rigshospitalet, Radiologisk Afdeling

Blødning fra leverens blodkar til galdevejene, hæmobili, kan opstå ved traumer, herunder ved diagnostiske/terapeutiske procedurer (iatrogen hæmobili) [1, 2]. Milde tilfælde af hæmobili er formentlig hyppigt forekommende f.eks. efter leverbiopsi, idet blødningen ophører spontant. I sværere tilfælde med persisterende arteriobiliær fistel kan operativ eller endovaskulær behandling komme på tale.

Vi beskriver her et tilfælde af hæmobili, der blev forsøgt konservativt behandlet, men hvor embolisering af en a. hepatica-gren førte til helbredelse.

Sygehistorie

En 55-årig kvinde blev henvist grundet længerevarende træthed. Den objektive undersøgelse viste intet påfaldende. Biokemisk fandtes forhøjet basisk fosfatase, IgG og IgM samt positiv mitokondriantistof. Leverbiopsi ad modum Menghini (dag 0) var med et indstik umiddelbart ukompliceret, og patienten blev udskrevet efter observation i henhold til afdelingens instruks.

Patienten blev genindlagt på niendedagen grundet øvre abdominalsmerter. En ultralydundersøgelse af øvre abdomen påviste blødning i galdeblæren, som var moderat udspilet og tyndvægget. Patientens blev genindlagt dag 26 nu med turevise øvre abdominalsmerter og icterus. Der fandtes hæmoglobin-fald fra ca. 7 mmol/l til 6 mmol/l (referenceinterval 8,0-11,0), stigning i basisk fosfatase fra ca. 1.300 U/l til 1.800 U/l (referenceinterval 80-275) og i bilirubin fra ca. 12 mikromol/l til 85 mikromol/l (referenceinterval 4-22). Ved endoskopisk

retrograd kolangiopankreatikografi (ERCP) dag 29 fandtes forstørret papilla Vateri med gabende orificium med blod. Galdevejene var udtamponerede med koagler, som udrømmedes med ballonkateter. Tilstanden bedredes primært med fald i bilirubin til 27 U/l, men galdeblæren blev tiltagende udspilet. Dag 33 foretoges kolecystektomi med fjernelse af en voldsomt udspilet perforationstruet galdeblære. Herefter havde patienten transfusionsbehov på i alt syv portioner SAG-M fra dag 34 til dag 37.

Patienten blev overflyttet til en specialafdeling med henblik på at få foretaget angiografi og videre vurdering. Dag 41 viste en selektiv hepatikografi en lille arteriobiliær fistel centralt i højre leverlap. Arterien emboliseredes med tre *coils*, hvorefter forløbet var ukompliceret (Figur 1).

Leverbiopsien bekræftede mistanken om primær biliær cirrose.

Diskussion

Klinisk betydende hæmobili efter perkutan leverbiopsi er en sjælden komplikation, men bør overvejes ved den klassiske symptomtriade gastrointestinal blødning, højresidige øvre abdominalsmerter og icterus [2, 3]. Der er stor spredning i tiden til symptomudvikling hos patienter med hæmobili [4], og blødningen kan være af varierende sværhedsgrad. I den beskrevne sygehistorie havde patienten persisterende fistel, og der opstod først transfusionsbehov efter flere ugers forløb. Smerterne kan være vedvarende af karakter, men også koliske ved choledochuskoagler og kolestase.

Diagnosen vil i reglen kunne stilles ved gastroskopi, ultralydundersøgelse, CT, magnetisk resonans kolangiopankreatikografi (MRCP)/ERCP eller ved arteriografi [2, 3]. Konservativ behandling med blodtransfusion kan forsøges, men ved fortsat blødning er arteriografi med embolisering den bedste behandling. Kun hvis denne behandling ikke kan gennemføres, kan leverresektion komme på tale [2-5].

Korrespondance: Thomas Kümler, Olof Palmes Gade 7, 1. tv., DK-2100 København Ø. E-mail: tkumler@dadlnet.dk

Antaget: 26. november 2003
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

- Celdran A, Munoz J, Maríjuan JL et al. Endovascular treatment with microcoils of traumatic haemobilia: case report. *Eur J Surg* 1995;161:857-8.
- Green MHA, Duell RM, Johnson CD et al. Haemobilia. *Br J Surg* 2001;88:773-86.
- Bloechle C, Izbicki JR, Rashed MY et al. Hemobilia: presentation, diagnosis, and management. *Am J Gastroenterol* 1994;89:1537-40.
- Moodley J, Singh B, Lalloo S et al. Non-operative management of haemobilia. *Br J Surg* 2001;88:1073-6.
- Hidalgo F, Narvaez JA, Rene M et al. Treatment of hemobilia with selective hepatic artery embolization. *J Vasc Interv Radiol* 1995;6:793-8.

Figur 1. A og B. Selektiv hepatikografi i tidlig og sen arteriefase. Pilene markerer A: Læsionsstedet i en højresidig arteriegren. B: Kontraststofudløbet i en galdegang. C og D. Selektiv hepatikografi efter anlæggelse af mikro-*coils* i den perforerede arterie. Pilene markerer C: De anlagte *coils*. D: Sen fase uden udløb af kontraststof til galdetræet.

