

Brystsmerter forårsaget af mediastinal beliggende pancreaspseudocyste

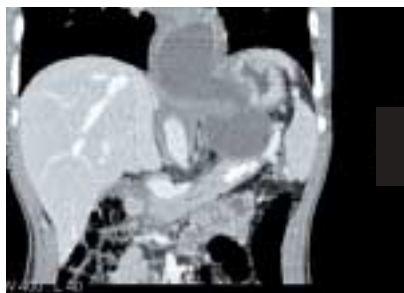
Reservelæge Nellie Bering Zinther &
1. reservelæge Thorbjørn Sommer

Horsens Sygehus, Organkirurgisk Afdeling

Pseudocyster er en kendt komplikation i forbindelse med kronisk pankreatitis, og defineres som cystiske kaviteter afgrænset af inflammatorisk eller fibrøst væv. De er oftest beliggende i eller nær pancreasparenkymet, men kan i sjældne tilfælde ses uden for abdomen som beskrevet her. I litteraturen er der beskrevet færre end 50 tilfælde, hvor pseudocysten via de svage steder i diafragma har strakt sig op i mediastinum. Det kan medføre torakale symptomer som f.eks. brystsmerter, dysfagi og dyspnø. Her beskrives et tilfælde med mediastinal pancreaspseudocyste hos en ung alkoholmisbruger.

Sygehistorie

En 31-årig mand med erkendt alkoholinduceret kronisk pankreatitis blev indlagt med brystsmerter på en medicinsk afdeling. Han havde haft smerter i epigastriet gennem et par måneder, spist sparsomt på grund af dysfagi og havde haft et vægttab på 3 kg. Ved den kliniske undersøgelse var han akut smertepåvirket. Ved abdominal palpation, hjerte-lungestetoskopi, ekkokardiografi og elektrokardiogram blev der fundet normale forhold. Paraklinisk var myokardiespecifik kreatinkinase-, troponin T-, natrium-, kalium-, kreatinin-, alanin-aminotransferase-, basisk fosfatase- og bilirubinværdierne normale, men amylasen var forhøjet til 188 U/l (referencinterval: 10-65 U/l). En røntgenundersøgelse af thorax viste normale forhold. En computertomografi (CT) af thorax og abdomen viste en mediastinal pseudocyste udgående fra cauda pancreatis (**Figur 1**). Cysten var afgrænset af en 2 cm tyk vævskapsel og strakte sig langs bagsiden af ventriklens op



Figur 1. Pancreaspseudocyste udgående fra cauda pancreatis strækkende sig op i mediastinum.

gennem diafragma, hvor den displacerede øsofagus fortil i thorax. I pancreas sås forkalkninger. Der var ingen dilatation eller sten i galdevejene/galdeblæren. På grund af vanskelige adgangsforhold til cysten valgte man drænage paravertebralt med anlæggelse af et *pigtail*-kateter, hvorfra der blev udtømt 250 ml mørk væske. Ved analyse af denne blev der målt et amylaseindhold på 25.420 U/l. Ved en ultralydskontrol fire dage senere blev der fundet regression af cysten, og patienten blev udskrevet til ambulans endoskopisk retrograd pankreatikografi (ERP). Han udeblev imidlertid fra dette fire gange, hvorfor drænet først blev fjernet efter fem uger. Ved en ultralydskontrol seks uger efter primær drænanlæggelse blev der fundet fuldstændig regression af cysten. Behandlingen blev herefter afsluttet.

Diskussion

Alkoholbetinget kronisk pankreatitis ses at være årsag til pseudocystedannelse i 60-80% af tilfældene i Vesteuropa [1]. Andre årsager kan være traumer, galdestenspankreatitis eller kirurgiske indgreb [2]. Pancreaspseudocyster er oftest beliggende i tæt relation til pancreas, men kan dog migrere til andre beliggenheder, såsom mediastinum [3] og lysken [4]. Ultralyd og CT er ofte de primære undersøgelser til at diagnosticere og klassificere pancreaspseudocyster med, men endoskopisk ultralyd og magnetisk resonans-pankreatikografi (MRP) kan også anvendes. Ved ERP kan man afklare cystens relation til gangsystemet i pancreas, og man får samtidig mulighed for anlæggelse af sten i ductus pancreaticus major. Behandling har flere formål: 1) at lindre eller fjerne smerter, 2) at forhindre senere komplikation (blødning, fistulering og obstruktion af andre organer) og 3) at stoppe den inflammatoriske proces og dermed bevare mest mulig endokrin og eksokrin pancreasfunktion.

Spontan regression af pseudocyster ses formentlig hos færre end 10% af patienterne, afhængigt af hvilke selektionskriterier der anvendes (symptomatiske, asymptomatiske, størrelse, varighed, beliggenhed) [1]. Små, asymptomatiske cyster op til 3 cm kan primært observeres, mens større og symptomatiske cyster kræver behandling. Pseudocyster kan behandles med ultralydvejledt perkutan drænage, endoskopisk eller kirurgisk drænage. Perkutan drænage er en effektiv behandling, men den er blevet forbundet med en øget risiko for abscesdannelse, blødning, recidiv af pseudocysten og dermed senere behandlingsbehov [5]. Endoskopisk/kirurgisk drænage er en behandlingsmulighed, hvor der etableres en forbindelse mellem pseudocysten og ventrikel/tarm, for på denne måde at opnå kontinuerlig drænage. Da mediastinalt

beliggende pseudocyster kan være svært tilgængelige endoskopisk/kirurgisk, er primær behandling med perkutan drænage gennem en paravertebral adgang en mulighed. Proceduren er billig og hurtig og kan foretages i lokalanæstesi. Har en del af cysten derimod tæt relation til ventrikklen, kan en endoskopisk cystogastrotomi anvendes som et godt alternativ.

Korrespondance: *Nellie Bering Zinther*, Lillenæs 81, DK-7000 Fredericia.
E-mail: nellie@zinther.dk

Antaget: 13. september 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelser: Tak til Røntgenafdelingen på Horsens Sygehus for hjælp til rekonstruktion af computertomografibilledet.

Litteratur

1. Andren-Sandberg Å, Dervenis C. Pancreatic pseudocysts in the 21. st century. Part I: Classification, pathophysiology, anatomic considerations and treatment. *J Pancreas* 2004;5:8-24.
2. Grace PA. Modern management of pancreatic pseudocysts. *Br J Surgery* 1993;80:573-81.
3. Rose EA, Haider M, Yang SK et al. Mediastinal extension of a pancreatic pseudocyst. *Am J Gastroenterol* 2000;95:3638-9.
4. Salvo AF, Nematolah H. Distant dissection of a pancreatic pseudocyst into the right groin. *Am J Surg* 1973;126:430-2.
5. Criado E, Destefano AA, Weiner TN et al. Long term results of percutaneous catheter drainage of pancreatic pseudocysts. *Surg Gynecol Obstet* 1992;175:293-8.

> MØDEREFERAT

Logistic regression and survival analysis in epidemiological research

Århus, Aarhus Universitet,
30. oktober-2. november, 2006


Kurset i avanceret biostatistik var arrangeret af Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Århus Universitetshospital, med de to ledende internationale kapaciteter, professor *Stanley Lemeshow*, Ohio State University, og professor emeritus *David Hosmer*, University of Massachusetts.

Deltagerne kom fortrinsvis fra Danmark, men også fra Sverige og England, i alt deltog 42 i kurset.

Formålet var at give forskere mulighed for at lære, hvordan en statistisk model inden for logistisk regression og overlevelsesanalyser opbygges og fortolkes.

De to fremragende undervisere introducerede teorien bag logistisk regression og overlevelsesanalyser og gennemgik, hvorledes modellerne opbygges og efterfølgende kontrolleres. Der var interessante diskussioner om forskelle mellem prædiktormodeller og risikofaktormodeller. Undervisningen var alternerende mellem logistisk regression og overlevelsesanalyser, hvor undviserne havde hver deres område. Det lykkedes undviserne at uddybe fortroligheden med begge felter ved at fremhæve forskelle og ligheder. Deltageres evner blev sat på prøve sidst på dagen, hvor der var øvelser baseret på statistikprogrammet Stata. Øvelserne var baseret på datasæt, som blev præsenteret som eksempler i undervisningen, og det gav en rød tråd igennem ugens forløb.

Undervisningen var meget udbytterig og gav stor lyst til at analysere egne data. Endvidere gav den stor forståelse for statistikernes tidskrævende arbejde med at tilpasse de rigtige modeller. Skulle man få mulighed for at deltage i et kursus med disse meget dygtige professorer, kan det varmt anbefales.

Læge Mette Skytte Tetsche, e-mail: u30086@aes.nja.dk,
læge Ann-Brit Eg Hansen,
læge Jette B. Kornum 
tandlæge Pia Wogelius