

tarme. Bariumindhædning er kontraindiceret ved perforation og iskæmi af tarmen og havde således også været kontraindiceret hos patienten i sygehistorien trods hendes gode almentilstand.

Invagination hos voksne er sjælden, og diagnosen kan nemt forsinkes pga. de ukarakteristiske symptomer. Forløbet i sygehistorien var påvist subakut, og patienten var ikke alment påvirket, trods billeddiagnostisk og peroperativt iskæmisk tarm. Det anbefales operativt at resekere en bloc uden forudgående forsøg på reponering pga. den store risiko for malignitet. Til præoperativ diagnostik er CT den mest sensitive undersøgelse.

**KORRESPONDANCE:** Jeanette Sørensen, Kirurgisk Afdeling, Sygehus Vendsyssel, Bispensgade 37, 9800 Hjørring. E-mail: soerenenjeanette@gmail.com

**ANTAGET:** 14. juni 2012

**FØRST PÅ NETTET:** 1. oktober 2012

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen

**TAKSIGELSER:** Kirurgisk Afdeling, Sygehus Vendsyssel, takkes for patientmateriale og vejledning. *Rasa Niedvaraitė*, Radiologisk Afdeling, Sygehus Vendsyssel, takkes for fremskaffelse og behandling af billedmateriale.

#### LITTERATUR

1. Azer T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg* 1997;226:134-8.
2. Chiang JM, Lin YS. Tumor spectrum of adult intussusception. *J Surg Oncol* 2008;98:444-7.
3. Yakan S, Caliskan C, Makay O et al. Intussusception in adults: clinical characteristics, diagnosis and operative strategies. *World J Gastroenterol* 2009;15:1985-9.
4. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L et al. Intussusception of the bowel in adults: a review. *World J Gastroenterol* 2009;15:407-11.
5. Jensen V, Hovendal C, Karstoft J. Tumorinduceret kolokolisk invagination hos voksen. *Ugeskr Læger* 2006;168:3228-9.

## Pancreaspseudocyste som differentialdiagnose til dissekerende aortaaneurisme

Niels Erikstrup Clausen<sup>1</sup> & Villads Bønding Jacobsen<sup>2</sup>

### KASUISTIK

1) Anæstesiologisk Afdeling, Slagelse Sygehus  
2) Medicinsk Afdeling, Næstved Sygehus

Pseudocyster er en kendt komplikation i forbindelse med kronisk pankreatitis, som normalt begrænser sig til området lige omkring pancreas. I litteraturen er der beskrevet færre end 60 tilfælde af pseudocyster i mediastinum, og i ingen af de beskrevne tilfælde nåede pseudocysten lungespidsen [1]. Pseudocyster skal overvejes som differentialdiagnose, når patienter, der har et større alkoholforbrug, har symptomer i form af dysfagi, dyspnø og bryst smerter. Vi beskriver en mediastinal pancreaspseudocyste hos en 46-årig mand, som var henvist på mistanke om lungecancer.

### SYGEHISTORIE

En 46-årig mand med et stort alkohol- og tobaksforbrug blev fra egen læge henvist til udredning for lungecancer. Patienten havde over nogle uger haft bryst smerter og vejrtrækningsbesvær. Egen læge fik tilsendt et røntgenbillede af lungerne. På røntgenbilledet sås et tumorsuspekt infiltrat og pleuraeffusion. Der blev pleuracenteret, og pleuravæsken var ikke malignitetssuspekt, men der var tegn på inflammation. En computertomografi (CT) af thorax og abdomen viste store mediastinale lymfeknuder prækarinalt, men intet oplagt tumorsuspekt i lunger eller abdomen. Der blev foretaget bronkoskopi, som viste normale forhold. Man gen fandt lymfeknuder med en-

doskopisk bronkial ultralyd, og der blev foretaget nålebiopsi. Der var ingen tegn på malignitet, men derimod på inflammation. Tilstanden blev tolket som infektiøs. Patienten blev behandlet med antibiotika og kontrolleret efter en måned. To dage før kontrollen ringede patienten ind, idet han havde stærke smerter i brystkassen. En røntgenundersøgelse af lungerne viste nytillkommet apikal venstresidig fortætning af mediastinum. På mistanke om dissekerende aortaaneurisme blev der foretaget akut CT af thorax og øvre abdomen. Her fandt man kronisk pankreatitis og en pseudocyste, der havde forbindelse til ductus pancreaticus og dissekerede sig op langs med aorta, igennem diafragma og op langs pleura på venstre side af mediastinum (**Figur 1**). Patienten blev smertedækket og henvist til gastroenterologisk afdeling. Der blev udført endoskopisk retrograd kolangiopankreatikografi (ERCP) med stentanlæggelse og endoskopisk ultralydskanning (EUS) med cystogastrostomi.

### DISKUSSION

Pancreaspseudocyster er en almindelig komplikation i forbindelse med akut og kronisk pankreatitis. Det er sjældent, at pseudocysten dissekerer sig op i mediastinum. Pancreaspseudocyster er væskefyldte kavite-



FIGUR 1

**A.** Computertomografi af thorax og øvre abdomen. Der ses en pseudocyste, der udgår fra pancreas og dissekerer op langs aorta, igennem diafragma og op langs pleura på højre side af mediastinum. **B.** Røntgenbillede af thorax. Der ses en nytilkommen apikal venstresidig for-tætning af mediastinum.



ter, hvor væggen består af granulationsvæv. Pseudocysten kan dannes, når pancreasgangene påvirkes af inflammation, stendannelse eller inflammatoriske strikturer. Dermed presses væsken ud i omgivelserne, hvilket medfører en inflammatorisk kapseldannelse. Mediastinale pseudocyster menes at dannes ved ruptur af ductus pancreaticus bagud mod retroperitoneum. Cysten dissekerer gennem diafragma ved hiatus til mediastinum. Symptomerne kommer ved kompression af de omkringliggende organer. Symptomerne er dyspnø, dysfagi, vægttab og brystmerter [2]. Der er i litteraturen beskrevet tilfælde af gennembrud til perikardiet og heraf livstruende tamponade [1].

Pseudocyster ses i 7-12% af de akutte tilfælde af pankreatitis og i 20-25% af de kroniske pankreatitis-tilfælde [3]. Der ses spontan regression i 50% af alle tilfældene, men komplikationsraten er 40% i form af infektion, intracystisk blødning, tryk på omkringliggende organer eller ved dannelse af en fistel i pleura eller på huden [4]. Spontan regression af mediastinale pseudocyster er sjælden og afhænger af de anatomiske forhold. Medicinsk behandling er ro og behandling med somatostatin, der hæmmer sekretionen af pancreassaft og -enzymer. Primærbehandling er drænage. Tidligere foregik dette åbent i form af laparotomi eller perkutan drænage, nu bruger man ERCP. Hvis der er forbindelse fra ductus pancreaticus til cysten, anlægges der stent. Hvis ikke, kan drænage ske transøsofagealt, transgastrisk eller transenterisk. Dette sker ved EUS, hvor man finder det bedste sted at punktere cysten i forhold til tykkelse, blodkar og anatomi. Den endoskopiske drænage har færre komplikationer (10%) og lavere recidivrate, nemlig 5%,

end den åbne eller perkutane, hvor recidivraterne er hhv. 20% og 15% [5].

### KONKLUSION

Mediastinal pseudocyste skal overvejes som differentialdiagnose til aortaaneurisme hos patienter med brystmerter, dyspnø, dysfagi og anamnese med pankreatitis eller et stort alkoholforbrug. Den primære udredning indbefatter CT, og ved fund af en cyste med forbindelse til pancreas styrkes mistanken. Diagnosen bekræftes ved udhentning af cystisk væske med højt amylaseindhold. Primærbehandling er endoskopisk drænage, som medfører færrest komplikationer og lavest recidivrate.

**KORRESPONDANCE:** Niels Erikstrup Clausen, Anæstesiologisk Afdeling, Slagelse Sygehus, Ingemannsvej 18, 4200 Slagelse.  
E-mail: nec@regionsjaelland.dk

**ANTAGET:** 14. juni 2012

**FØRST PÅ NETTET:** 26. november 2012

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen

### LITTERATUR

1. Tan MH, Kirk G, Archibold P et al. Cardiac compromise due to pancreatic mediastinal pseudocyst. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002;14:1279-82.
2. Komtong S, Chanatirattananan R, Kongkam P et al. Mediastinal pseudocyst with pericardial effusion and dysphagia treated with endoscopic drainage. *JOP* 2006;7:405-10.
3. Sandberg AA, Dervenis C. Pancreatic pseudocysts in the 21st century. Part 1. *JOP* 2004;5:8-24.
4. Vitas CJ, Sarr MG. Selected management of pancreatic pseudocyst: operative versus expectant management. *Surgery* 1992;111:123-30.
5. Bardia A, Stoikes N, Wilkinson NW. Mediastinal pancreatic pseudocyst with acute airway obstruction. *J Gastrointest Surg* 2006;10:146-50.