

Nonoperativ behandling af alvorlige stumpede pancreaslæsioner hos børn

Luit Penninga & Jens Hillingsø

KASUISTIK

Kirurgisk Afdeling C,
Rigshospitalet

Pancreaslæsioner ses hos 3-12% af børn, som har været udsat for et stumpet abdominalt traume [1-4]. Læsioner af pancreas inddeles i fem kategorier (Tabel 1). Lette former for pancreaslæsioner (grad I og II) behandles nonoperativt hos både børn og voksne [1, 3]. Alvorlige pancreaslæsioner (grad III-V) hos voksne patienter behandles generelt operativt, mens valget af operativ versus nonoperativ behandling af disse læsioner hos børn er kontroversielt [1-3]. Vi beskriver et barn med en grad III-pancreaslæsion, som blev behandlet nonoperativt.

SYGEHISTORIE

En niårig dreng kørte med gokart ind i et rækværk og fik rattet i maven. Han blev set i skadestuen og blev sendt hjem. I hjemmet havde patienten opkastninger og var utilpas og blev efterfølgende indlagt på et lokalt sygehus. Objektivt fandt man direkte ømhed i øvre abdomen. Biokemisk fandt man amylase på 1.198 U/l. Ultralyd af abdomen viste fri væske intra-abdominalt, og ved computertomografi (CT) af abdomen fandt man læsion af pancreas. Patienten blev efterfølgende overflyttet til en specialafdeling. Der blev foretaget magnetisk resonans-kolangiopankreatikografi (MRCP), som viste en grad III-pancreas-

Magnetisk resonans-skanning, der viser en grad III-pancreaslæsion.



læsion. Patienten blev behandlet nonoperativt og fik normal enteral ernæring. Klinisk fik patienten det gradvist bedre. Kontrolultralydsskanning af abdomen 11 dage efter traumet viste en pancreaspseudocyste på tre centimeter. Patienten blev udskrevet i velbefindende 12 dage efter traumet. Pseudocysten i pancreas var forsvundet ved kontrolultralydsskanning en måned efter traumet. Biokemisk normaliseredes amylasen først to måneder efter traumet, hvor patienten var velbefindende.

DISKUSSION

Ovenstående sygehistorie illustrerer de diagnostiske vanskeligheder, som pancreaslæsioner medfører. De abdominale symptomer er uspecifikke på grund af den retroperitoneale beliggenhed af pancreas [1]. Amylasen er forhøjet hos 49-90% af patienter med pancreaslæsion, når de ankommer til hospitalet [1, 3]. Ultralyd af abdomen er en relevant undersøgelse hos børn, der har været udsat for traumer. Undersøgelsen kan påvise evt. fri væske intraperitonealt, men er mindre sensitiv, når det drejer sig om at påvise læsioner af selve pancreas [3]. CT af abdomen indebærer en betydelig risiko for at under- eller overvurdere omfanget af pancreaslæsioner [3]. MRCP virker lovende til at gradere pancreaslæsioner, men erfaringen hermed er sparsom. Endoskopisk retrograd kolangiopankreatikografi (ERCP) har været anvendt med god effekt til at påvise eventuelle læsioner af ductus pancreaticus og for at undgå nonterapeutiske laparotomier. Der er dog beskrevet et risiko for post-ERCP-pankreatitis på 3-14% [3]. Terapeutisk ERCP med papillotomi over ductus pancreaticus og stenting af ductuslæsioner er anvendt hos børn med pancreaslæsioner, men erfaringen hermed er begrænset [1].

TABEL 1

Gradering af traumatisk pancreaslæsioner (*Organ injury scale; American Association of Trauma* [5])

Læsiionsgrad	Skadebeskrivelse	
I	Hæmatom	Mindre kontusion uden læsion af ductus pancreaticus
	Laceration	Overfladisk laceration uden læsion af ductus pancreaticus
II	Hæmatom	Stor kontusion uden læsion af ductus pancreaticus eller vævstab
	Laceration	Stor laceration uden læsion af ductus pancreaticus eller vævstab
III	Laceration	Distal transektion eller parenkymskade med læsion af ductus pancreaticus
IV	Laceration	Proksimal transektion eller parenkymskade med læsion af ampulla vateri
V	Laceration	Massiv afrivning af caput pancreaticus

Operativ behandling indebærer oftest en distal pankreatektomi ved grad III-læsioner, mens kirurgisk drænage oftest anvendes ved grad IV-læsioner. Pankreatikojejunostomi kan anvendes ved både grad III- og IV-læsioner [1-4]. Ved grad IV- og V-læsioner kan Whipple's operation sekundært komme på tale til *damage control*-kirurgi.

Nonoperativ behandling af alvorlige pancreaslæsioner (grad III-V) hos børn er beskrevet som et godt alternativ til den operative behandling [1, 2]. Dette er i modsætning til hos voksne patienter, hvor grad III-V-læsioner generelt kræver kirurgisk intervention. Risikoen for senere kirurgi var på ca. 10% blandt børn, som primært blev behandlet nonoperativt [1].

De hyppigste komplikationer efter pancreaslæsioner er udvikling af pseudocyster (13-100%), pankreatitis (18%) og pancreasfistler (4%) [1, 4]. I nogle studier har man fundet en højere risiko for disse komplikationer efter nonoperativ behandling [2, 4]. Komplikationerne er dog oftest forbigående og kan som regel behandles nonoperativt, endoskopisk eller ved perkutan drænage [1], hvilket er en medvirkende årsag til den generelle tendens til at foretrække nonoperativ frem for operativ behandling ved pancreaslæsioner af enhver grad.

KONKLUSION

Ovenstående sygehistorie illustrerer i overensstemmelse med litteraturen, at nonoperativ behandling kan være et sikkert behandlingstilbud til børn med selv svære pancreaslæsioner. Dette er i overensstemmelse med den generelle tendens til at foretrække nonoperativ behandling af traumatiske organlæsioner i børn. Evidensen for valg af nonoperativ versus operativ behandling af alvorlige pancreaslæsioner hos børn er ikke klar, og flere undersøgelser vedrørende alvorlighed og varighed af komplikationer er nødvendige.

KORRESPONDANCE: Luit Penninga, Afsnit 3344, Rigshospitalet, 2100 København Ø. E-mail: LP@ctu.rh.dk

ANTAGET: 14. september 2010

FØRST PÅ NETTET: 7. marts 2011

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.

LITTERATUR

1. de Blaauw I, Winkelhorst JT, Rieu PN et al. Pancreatic injury in children: good outcome of nonoperative treatment. *J Pediatr Surg* 2008;9:1640-3.
2. Wood JH, Partrick DA, Bruny JL et al. Operative vs nonoperative management of blunt pancreatic trauma in children. *J Pediatr Surg* 2010;2:401-6.
3. Kertai MA, Boehner C, Maiss J et al. Nonoperative management of the child with severe pancreatic and splenic injury: should this become our preferred approach? *J Trauma* 2010;2:44-8.
4. Mattix KD, Tataria M, Holmes J et al. Pediatric pancreatic trauma: predictors of nonoperative management failure and associated outcomes. *J Pediatr Surg* 2007;2:340-4.
5. Moore EE, Cogbill TH, Malangoni MA et al. Organ injury scaling, II: Pancreas, duodenum, small bowel, colon, and rectum. *J Trauma* 1990;11:1427-9.

Småcellet karcinom i analkanalen

Michael Bødker Lauritzen¹ & Jan Lindebjerg²

Cancer i analkanalen forekommer sjældent. I 2008 blev der ifølge Cancerregistret diagnosticeret 114 tilfælde i Danmark. De fleste tilfælde af analcancer er planocellulære karcinomer, derudover ses maligne melanomer, adenokarcinomer udgået fra analglanderne og småcellede karcinomer [1].

SYGEHISTORIE

En 77-årig, tidligere rask mand blev henvist fra egen læge med analgener gennem to måneder.

Anoskopi viste en tumorsuspekt proces med en diameter på ca. 2 cm og central nekrose på hud-slimhinde-overgangen. Ved en computertomografi (CT) af thorax og abdomen blev der ud over den tumorsuspekte proces i analkanalen påvist metastasesuspekter forandringer i leveren og forstørrede lymfeknuder i mediastinum, langs aorta og langs de venstresidige

iliacakar, pararektalt og i venstre lyske. Lungeparenkymet var uafficeret.

En histologisk undersøgelse af den biopterede analtumor viste forandringer som ved småcellet karcinom (**Figur 1**). Immunhistokemi viste ud over positiv reaktion for neuroendokrine markører også reaktion for *caudal related homeobox gene* (CDX)2, som karakteristisk er positiv i tumorer udgået fra fordøjelseskanalen, og tyroidtranskriptionsfaktor (TTF)-1, som ofte er positiv i lungetumorer. Endvidere var der udbredt ekspresion af cytokeratin 7 og fokalt også ekspresion af cytokeratin 20.

Pga. defækationssmerter og intermitterende inkontinens blev der anlagt en sigmoideostomi, og patienten blev henvist til onkologisk afdeling. Her foretog man en præparatrevision, som ikke ændrede diagnosen. Der blev iværksat kemoterapeutisk be-

KASUISTIK

- 1) Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling A, Aarhus Universitetshospital, Aalborg Sygehus, og
- 2) Klinisk Patologi, Vejle Sygehus