

Spontan ruptur af pancreaspseudocyste til colon descendens

Reservelæge Linnea Christensen

Sydvestjysk Sygehus Grindsted, Parenkymkirurgisk Afdeling

Pseudocyster er en kendt komplikation ved både akut og kronisk pankreatitis. Enkelte tilfælde af spontan ruptur til peritoneum eller diverse hulorganer er beskrevet i litteraturen. Især ved dannelse af colonic fistel er der stor risiko for yderligere komplikationer i form af intraperitoneal ruptur, massiv blødning eller fulminant sepsis [1]. På grund af den relativt sjældne forekomst af pancreaspseudocyster kompliceret af colonic fistler er behandlingen fortsat omdiskuteret.

Sygehistorie

En 50-årig mand blev indlagt på mistanke om pankreatitis. Patienten var kendt med hypertensio arterialis samt diabetes mellitus behandlet med lisinopril og metformin. I 2001 var patienten blevet opereret for larynxcancer med efterfølgende trakeostomi. Patienten havde tidligere haft et alkoholmisbrug. Forud for indlæggelsen havde patienten haft konstante epigastriske smerter igennem 14 dage med kvalme og en enkelt opkastning. Hans egen læge havde målt forhøjede leverparametre, og der udførtes ultralydskanning af abdomen. Ved skanningen sås der hepatomegali, steatosis hepatis samt meteorisme i øvre del af abdomen med svært visualiserbar pancreas. Biokemi ved indlæggelsen viste amylase og lipase inden for normalområdet. Ved gastroskopi fandtes lette øsofagitforandringer og ellers normale forhold.

Fem dage efter indlæggelsen oplevede patienten et pludseligt ildebefindende med en stor opkastning samt diare med frisk blødning per rectum. Blodtrykket blev målt til 72/53 og pulsen til 126. Ved en efterfølgende computertomografi (CT) af abdomen sås der en udfyldning beliggende mellem pancreas, ventrikel og den venstresidige colon med målene 3,5×9×9 cm (**Figur 1A**). Der udførtes koloskopi, hvor der ved venstre colonfleksur blev set tegn til blødning med perforationsåbning til en kavitet med koagler (**Figur 1B**). Mikroskopsvar fra colonbiopsier viste en overgangszon fra et område med colonslimhinde til et nekrotisk parti, der kunne repræsentere del af en fistel. Konklusionen var således en spontan ruptur af pancreaspseudocyste til colon descendens.

Som efterbehandling blev givet engangsdosis ampicillin 3 g og metronidazol 1.500 mg intravenøst. Herefter blev der påbegyndt behandling med peroral pondocillin og flagyl. Patienten var afebril og smertefri med faldende infektionsparametre. Ved kontrol efter en uge sås der ved CT en tydeligt

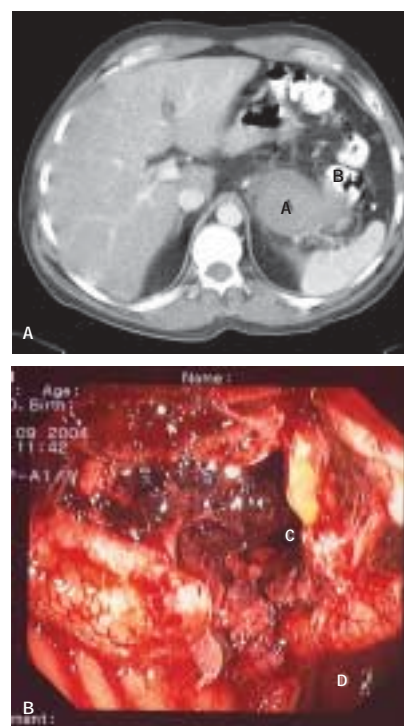
mindsket proces 5×4,5×4,5 cm samt et fortættet parti fra dorsalsiden af cauda pancreatis mod en luftholdig colon-slynge. Ved ultralydsskanning af abdomen efter en måned var der fuldstændig regression af pancreaspseudocysten.

Diskussion

Pseudocyster er lokaliserede ansamlinger af væske omgærdet af nonepiteliseret granulationsvæv. Spontan ruptur af pancreaspseudocyster sker i under 1% af tilfældene. Halvdelen af disse pseudocyster rumper til peritoneum og resten overvejende til ventrikel, duodenum og colon. Der er også beskrevet ruptur til bl.a. øsofagus, jejunum, ileum, vena portae samt pleurakaviteten [2].

I forbindelse med spontan ruptur af pseudocyster til gastrointestinalkanalen ses ofte et klinisk billede med pludseligt opståede abdominale smerter, kvalme, opkastning, hæmatemese, diare, hæmatokeksi og herefter svind af en eventuel palpabel abdominal udfyldning [3].

Pancreaspseudocyster uden komplicerende ruptur behandles ofte ved endoskopisk drænage. Ved ruptur til gastrointestinalkanalen skelnes behandlingsmæssigt ofte mellem ruptur til ventrikel/duodenum og colon. Perforation til ventrikel eller duodenum kan ofte behandles uden drænage



Figur 1A. Computertomografi af abdomen. Der ses en pancreaspseudocyste (A) i tæt relation til colon descendens (B). B. Fistel til pancreaspseudocyste (C) fra colon descendens (D) set ved koloskopi.

eller kirurgi [4]. Ved ruptur til colon er risikoen større for yderligere komplikationer som f.eks. intraperitoneal ruptur, blødning eller sepsis. Ved komplicerende blødning eller sepsis kræves endoskopisk behandling eller kirurgi oftest i form af en proksimal delt kolostomi. Baggrunden for blødning ved dannelse af colonfistler er aktivering af pankreatisk trypsinogen ved enterokinase, hvorved trypsin og andre pancreas-enzymmer kan erodere karvægge. Heraf følger, at man altid bør nære mistanke om ruptur med fistulering ved massiv gastrointestinal blødning hos patienter med kendte pseudocyster [2].

Behandlingen af colonfistler uden yderligere komplikationer er omdiskuteret. *Douglas et al* har beskrevet to cases med vellykket konservativ behandling omfattende endoskopisk drænage og antibiotisk behandling ved colonfistler i forbindelse med ruptur af pseudocyste [5]. Ovenstående sygehistorie viser, at vellykket konservativ behandling alene med antibiotika ved spontan ruptur af pancreaspseudocyste til colon er mulig.

Korrespondance: *Linnea Christensen*, Prip Buus Vej 12, DK-8700 Horsens.
E-mail: linneachristensen@hotmail.com

Antaget: 28. maj 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Shatney CH, Sosin H. Spontaneous perforation of a pancreatic pseudocyst into the colon and duodenum. *Am J Surg* 1973;126:433-8.
2. Andrén-Sandberg Å, Maleckas A. Pancreatic pseudocysts: diagnosis, treatment and results in the 2003s: A literature study aiming at evidence based surgery. Blentarps: BIM Publishing, 2003.
3. Rosen RJ, Teplick SK, Shapiro JH. Spontaneous communication between a pancreatic pseudocyst and the colon: unusual clinical and radiographic presentation. *Gastrointest Radiol* 1980;5:353-5.
4. Urakami A, Tsunoda T, Hayashi J et al. Spontaneous fistulization of a pancreatic pseudocyst into the colon and duodenum. *Gastrointest Endosc* 2002;55:949-51.
5. Howell DA, Dy RM, Gerstein WH et al. Infected pancreatic pseudocysts with colonic fistula formation successfully managed by endoscopic drainage alone: report of two cases. *Am J Gastroenterol* 2000;95:1821-3.

Tilskud til lægemidler

Lægemiddelstyrelsen meddeler, at der pr. 8. maj 2006 ydes generelt tilskud efter sygesikringslovens § 7 til følgende lægemidler:

(C-07-AG-02) Carvedilol »KRKA« tabletter*, KRKA Sverige AB
(N-06-AB-04) Citalopram »Alternova« tabletter*, Alternova A/S
(D-10-AX-30) Clindoxyl gel, LEO Pharma AB
(C-09-CA-04) Karvea tabletter*, Bristol-Myers Squibb
(C-09-DA-08) Olmetec Plus tabletter*, Nycomed Danmark ApS
(R-03-BA-02) Pulmicort Turbuhaler inhalationspulver*, Abacus Medicine ApS
(C-09-DA-06) Ratacand Plus tabletter*, PharmaCoDane ApS
(N-02-CC-01) Sumatriptan »GSK« tabletter*, GlaxoSmithKline Pharma A/S

gruppe uden klausulering over for bestemte sygdomme,

og

(C-01-DA-14) Isosorbidmononitrat »Alternova« depottabletter*, Alternova A/S

gruppe klausuleret til personer, der modtager pension efter lov om social pension eller til personer, der lider af følgende sygdom: acne vulgaris.

En betingelse for at opnå tilskud er derfor, at lægemidlet er ordineret på recept, og at lægen har skrevet »tilskud« på recepten.

Denne bestemmelse trådte i kraft den 8. maj 2006.

*) Omfattet af tilskudsprissystemet.