

Endoskopisk ultralydvejledt rendezvouskolangiografi ved mislykket endoskopisk retrograd kolangiopankreatikografi

Pia Snedker Boman, Sharafaden Karim Perdawid & John Lykkegaard

KASUISTIK

Organkirurgisk
Afdeling,
Næstved Sygehus

Endoskopisk retrograd kolangiopankreatikografi (ERCP) anvendes med høj teknisk succesrate til behandling af choledochussten. Proceduren vanskeliggøres ved ændrede anatomiske forhold, for eksempel sequelae efter operation i den øvre gastrointestinalkanal, tumorinvasion af papilla Vateri-området eller tilstedeværelse af en divertikel i duodenum [1-3]. Divertikler i duodenum ses ved 5-23% af alle ERCP [4]. I tilfælde, hvor papillen ikke kan erkendes, er alternativet perkutan transhepatisk kolangiografi eller åben kirurgi. Vi præsenterer her en sygehistorie, hvor ERCP mislykkedes, og hvor det lykkedes at foretage kolangiografi med anlæggelse af stent i ductus choledochus ved brug af en forholdsvis ny metode: endoskopisk ultralyd (EUS) og ERCP med rendezvous-teknik.

SYGEHISTORIE

En tidligereolecystektomeret 79-årig kvinde blev indlagt med abdominalsmerter og ikterus. En ultralydskanning viste choledochussten. Skanningen blev suppleret med magnetisk resonans-kolangiopankreatikografi, og denne viste en okkluderende sten på 20-23 mm og en diameter af ductus choledochus på 25 mm. Et tidligere forsøg på ERCP var mislykkedes pga. en stor, smalhalset divertikel i duodenum, der umuliggjorde visualisering af papilla Vateri. Som alterna-

tiv til en klassisk ERCP blev der i generel anæstesi udført en kombineret EUS og ERCP med rendezvous-teknik.

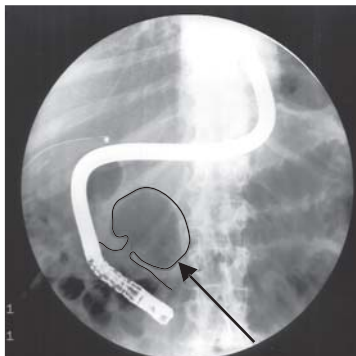
EUS-skopet blev ført ned til antrum ventriculi, og ductus choledochus blev visualiseret og punkteret gennem tarmvæggen med en 19 G finnålskanyle under EUS-vejledning. En guidewire blev via finnålskanylen ført ned gennem ductus choledochus, ud igennem papillen og efter flere loop ind i den store divertikel til duodenum. EUS-skopet blev fjernet, og et ERCP-skop blev nedført. Guidewiren blev fanget i duodenum, og via denne blev der anlagt en 7 cm, 8,5 French plastikendoprotease i ductus choledochus (**Figur 1** og **Figur 2**). På grund af patientens alder, komorbiditet og stenens størrelse blev hun behandlet med endoprotease alene, uden forsøg på stenjernelse. Tre dage senere blev hun udskrevet i velbefindende.

DISKUSSION

EUS-vejledt rendezvous-kolangiografi er en forholdsvis ny teknik ved mislykket ERCP. Teknikken blev første gang beskrevet i 1996 af *Wiersema et al*, og det seneste og største studie er fra 2010, hvor indgrebet blev udført hos 49 patienter med en succesrate på 84% [5]. Almindelig ERCP kompliceres oftest af ændret anatomi, herunder divertikler i duodenum. Et større studie viste en succesrate ved ERCP på over

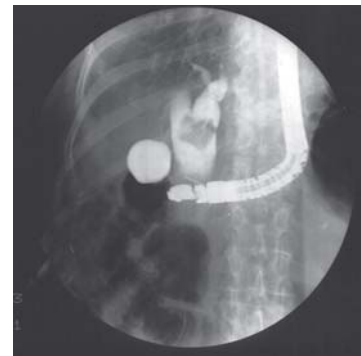
FIGUR 1

Fluoroskopisk view af skopet til endoskopisk retrograd kolangiopankreatikografi. Duodenaldivertiklen er markeret med en pil.



FIGUR 2

Endoskopisk ultralyd (EUL)-vejledt kolangiogram med EUL-skopet i antrum.



92% hos patienter uden periampulær divertikel faldende til 61% hos patienter med divertikel. Desuden fandt man det, at tilstedeværelsen af divertikler var højere hos patienter på ≥ 75 år [3]. En opgørelse over komplikationer til EUS-vejledt galdegangsdrænage inkluderede 93 cases, og den kumulative komplikationsrate var 20%, hvor de fleste komplikationer kunne behandles konservativt [5]. Dette gør metoden attraktiv som alternativ til laparoskopisk eller åben stenekstraktion fra ductus choledochus, idet disse metoder historisk er associeret med en betydelig morbiditet og mortalitet [3, 5]. Metoden bør overvejes hos patienter, hvor ERCP er teknisk vanskelig, og ved komorbiditet, hvilket ofte vil sige hos de ældre patienter. Desuden bør metoden overvejes som alternativ til perkutan transhepatisk kolangiografi.

Vi har ikke fundet beskrivelser af udførelse af

indgrebet i den danske litteratur og vil med denne kasuistik gøre opmærksom på en ikke hyppigt anvendt procedure, når ERCP er umulig. Metoden beskrives som teknisk vanskelig og bør udføres af en erfaren operatør [5].

KORRESPONDANCE: Pia Snedker Boman, Organkirurgisk Afdeling, Næstved Sygehus, Ringstedgade 61, 4700 Næstved. E-mail: piasnedkerboman@hotmail.com

ANTAGET: 5. juli 2011

FØRST PÅ NETTET: 3. oktober 2011

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Kahaleh M, Yoshida C, Kane L et al. Interventional EUS cholangiography: a report of five cases. *Gastrointest Endosc* 2004;60:138-42.
2. Martin DF. Combined percutaneous and endoscopic procedures for bile duct obstruction. *Gut* 1994;35:1011-2.
3. Lobo DN, Balfour TW, Iftikhar SY. Periapillary diverticula: consequences of failed ERCP. *Ann R Coll Surg Engl* 1998;80:326-31.
4. Lai R, Freeman ML. Endoscopic ultrasound-guided bile duct access for rendezvous ERCP drainage in the setting of intradiverticular papilla. *Endoscopy* 2005;37:487-9.
5. Shamia VM, Kahaleh M. Endoscopic Ultrasound-guided cholangiopancreatography and rendezvous techniques. *Dig Liver Dis* 2010;42:419-24.

Hjertetamponade og purulent perikarditis forårsaget af *Streptococcus pneumoniae*

Martin Huth Ruwald & Niels Bruun

Perikarditis er en inflammatorisk tilstand i perikardiet. Ætiologien er mangfoldig, men opdeles primært i infektiøs og noninfektiøs. De hyppigste årsager til akut perikarditis er virale infektioner, men ofte kan ætiologien ikke påvises, og tilstanden benævnes idiopatisk perikarditis. Hyppigst er tilstanden benign og selvbegrænsende. Bakteriel purulent perikarditis er derimod sjælden, livstruende og forbliver på trods af teknologisk og diagnostisk fremgang en sygdom med høj mortalitet. Sygdommen karakteriseres ved febrilia, brystsmerte (der til forveksling kan ligne akut myokardieinfarkt), som ofte forværres ved dyb inspiration, hoste og rygleje. Der kan ses lindring ved foroverbøjning. Patienterne har ofte dyspnø, hoste og almensymptomer.

Typiske parakliniske fund er forhøjede infektionstal, et elektrokardiogram (ekg), der viser *low voltage*, ST-elevation i »hængekøjeform« og sænkning af atrioventrikulær overledningstid i flere afledninger.

Røntgenundersøgelse af thorax vil vise en »teltformet« hjerteskygge, og ekkokardiografi kan vise perikardieansamling [1].

SYGEHISTORIE

En tidligere fuldstændig rask kvinde på 67 år blev indlagt på et lokalsygehus med diagnosen pneumoni, efter at hun i ca. 20 dage havde haft influenzaliggende symptomer, intermitterende feber og madlede. De seneste 14 dage var der tilkommet dyspnø, hoste og eksspektion samt respirationssynkron smerte, der var mest udtalt i lænderyggen. Herudover havde hun haft et vægttab på 5-7 kg.

Hun var tidligere ryger, men havde ellers ingen kardielle risikofaktorer.

Ved indlæggelsen på lokalsygehuset var hun hypotensiv med et blodtryk på 93/73 mmHg, en puls på 111, en respirationsfrekvens på 32 og en ilt saturation på 96%.

Biokemien viste markant forhøjet d-dimer på 16 mg/l (referenceværdi $< 0,5$ mg/l), leverpåvirkning med alanin-aminotransferase på 655 U/l (referenceinterval 10-45 U/l), basisk fosfatase 650 U/l (referenceinterval 35-105) og forhøjede infektionstal med leukocytter på 19,8 mia./l (referenceinterval 3-9 mia./l) og C-reaktivt protein på 262 mg/l (reference-

KASUISTIK

Gentofte Hospital,
Kardiologisk Afdeling P