

Gastropleural fistel kan behandles torakoskopisk

Sofie Laugesen, Vytautas Nekrasas & Poul Erik Haahr

KASUISTIK

Klinik Hjerte-Lunge,
Hjerte-Lungekirurgisk
Afdeling, Aalborg
Universitetshospital

Ugeskr Læger
2014;176:V03140172

Gastropleural fistel (GPF) er en sjælden, men alvorlig tilstand, som kræver akut behandling. Denne har førhen bestået af større kirurgiske indgreb i form af laparotomi med gastrektomi. Vi beskriver en patient med en GPF, som blev behandlet med torakoskopi. Efter vores kendskab er dette den første rapport om en sådan behandling af GPF i den danske og engelske litteratur.

SYGEHISTORIE

En 63-årig mand, som havde parkinsonisme, blev indlagt med akutte turevise mavesmerter i venstre øvre kvadrant og nedre thorax. Smerterne forværredes ved dyb inspiration. Ved ankomst var han febril, takykard og takypnøisk. Han havde ingen tidligere sygehistorie med ulcus ventriculi og havde ikke været i behandling med ikkesteroidale antiinflammatoriske stoffer eller orale steroider.

Der blev foretaget CT, som viste hydropneumothorax (**Figur 1A**). Der kunne ikke påvises nogen akut patologi abdominalt. Hydropneumothoraxen blev behandlet med anlæggelse af pleuradræn, der producerede luft og blodig væske.

Til trods for velfungerende dræn og antibiotisk trestofbehandling steg patientens infektionstal. På

tredjedagen for indlæggelsen blev patienten diagnosticeret med pyopneumothorax sinister. Cytologisvar på pleuravæsken viste fremmedlegemer, som havde karakter af føderester, hvorfor patienten på fjerdedagen blev overflyttet til thoraxkirurgisk afdeling på mistanke om øsofagusperforation. Han fik foretaget en ny CT med peroral kontrast (**Figur 1B**). Denne verificerede mistanken om perforation, da der blev påvist kontrast i pleurahulen. Ved første gennemgang af skanningen kunne det ikke konstateres, hvor perforationen var.

Ved bronkoskopi samt øsofago-gastroskopi blev der fundet normale forhold i bronkier og øsofagus. I fundus ventriculi påvises en fistelåbning på 8 mm gående mod pleura. Grundet diafragmaparese var det ikke muligt at komme i position til at sætte clips over perforation, og i stedet blev der anlagt triluminal sonde til aflastning. Herefter blev der foretaget torakoskopi, hvor man 5 cm fra hiatus oesophageus konstaterede et perforationshul på 6 mm. Pleura blev oprenset og perforationsstedet oversyet i to lag inden drænanlæggelse og oversyning af den tilbageværende portincision.

Det postoperative forløb var udramatisk, og patienten blev på niendedagen overflyttet til et lokalsygehus til videre genoptræning. Biopsisvaret fra pleura og ventriklen viste ingen malignitet, og ved kontrol to måneder efter operationen havde patienten ingen sequelae efter indgrebet.

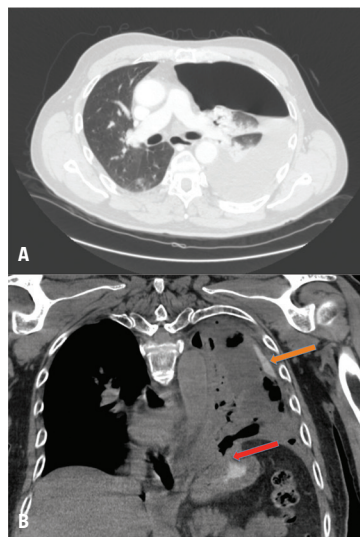
DISKUSSION

GPF er en usædvanlig årsag til pyothorax. Normalt forekommer GPF som følge af forudgående kirurgi, traumer, intratorakiske perforationer af strangulerede hiatushernier, peptisk ulcer eller kemo- eller strålebehandling [1–5]. I dette tilfælde havde patienten ingen kendte risikofaktorer, og den direkte udløsende årsag til fisteldannelsen blev aldrig fundet.

Symptombilledet kan variere, men ofte har patienten enten feber, hoste, dyspnø, smerter, som forværres ved inspiration, persisterende pneumothorax eller pleural effusion. Ved samtidig tilstedeværelse af både pneumothorax og empyem bør man altid overveje GPF. Sædvanligvis diagnosticeres GPF ved indgivelse af peroral kontrast og efterfølgende radiografiske undersøgelser – oftest CT af thorax og abdomen. Hos patienten i sygehistorien var det, da cytologisva-

FIGUR 1

A. CT-billede med intravenøs kontrast. Hydropneumothorax med luftbræmme, venstresidige atelektaser, pleuravæske og udtalt forskydning af mediastinum mod højre. **B.** CT-billede med peroral kontrast. Man kan følge en stribe luft fra ventriklen igennem diafragma til pleura (nederste pil). Der ses en stribe kontrast i pleura (øverste pil).



ret på pleuravæsken forelå, at der opstod mistanken om fisteldannelse.

Alt efter den tilgrundliggende årsag til fisteldannelsen har GPF en dårlig prognose. Konservativ behandling er ofte nytteløst, og hurtig diagnostik og kirurgisk behandling er altafgørende for den videre prognose. I tidligere eksempler med GPF i litteraturen har den kirurgiske behandling bestået af laparotomi med eventuel gastrektomi og torakotomi [1, 4, 5]. Disse operationer er dog store invasive indgreb på i forvejen ofte afkræftede patienter. *Mehran et al* forsøgte at behandle GPF via laparoskopi [5] dog uden yderligere oprensning i thorax. Postoperativt havde patienten persisterende pulmonale komplikationer, og han døde kort efter indgrebet.

Mht. kontrol bør patienten følges med gastroskopi og evt. bioptering indtil fuld opheling, hvis det er ulcus, der er årsagen; ved uklar genese CT efter 6-8 uger for at udelukke anden og evt. malign årsag.

Med sygehistorien præsenterer vi muligheden for at behandle GPF med et torakoskopisk indgreb. Dette kunne eventuelt føre til en bedre prognose hos denne patientgruppe og bør overvejes i behandlingen af GPF.

SUMMARY

Sofie Laugesen, Vytautas Nekrasas & Poul Erik Haahr:

A gastropleural fistula can be treated thoracoscopically

Ugeskr Læger 2014;176:V03140172

Gastropleural fistula (GPF) is although uncommon a severe and sometimes fatal complication after prior thoracic surgery, trauma or malignancy. Standard therapy has often included major surgery such as laparotomy with gastrectomy. In this case report we present a patient with GPF who underwent thoracoscopy for closure of the fistula. To our knowledge this is the first report of its kind in the Danish and English literature. Thoracoscopic treatment of GPF may be associated with less morbidity and mortality, and should be considered as the initial procedure of choice.

KORRESPONDANCE: *Sofie Laugesen*, Marselis Boulevard 16, 2. tv., 8000 Aarhus. E-mail: s_lauge@hotmail.com

ANTAGET: 2. juli 2014

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 29. september 2014

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Markowitz AM, Herter FP. Gastro-pleural fistula as a complication of esophageal hiatal hernia. *Ann Surg* 1960;152:129-34.
2. Schwab RJ. Tension pneumothorax secondary to a gastropleural fistula in a traumatic diaphragmatic hernia *Chest J* 1991;99:247-9.
3. Virlos I, Asimakopoulos G, Forrester-Wood C. Gastropleural fistula originating from the lesser curve: a recognised complication, an uncommon pathway of communication. *Thorac Cardiovasc Surg* 2001;49:308-9.
4. Keltum Jr JM, Jaffe BM, Calhoun TR et al. Gastric complications after radiotherapy for Hodgkin's disease and other lymphomas. *Am J Surg* 1977;134:314-7.
5. Mehran A, Ukleja A, Szomstein S et al. Laparoscopic partial gastrectomy for the treatment of gastropleural fistula. *JSL* 2005;9:213-5.