

Kasuistik

Ugeskr Læger 2022;184:V10210778

Akut kolangitis på grund af metalklips i ductus choledochus efter laparoskopisk kolecystektomi

Christian Snitkjær, Anders Peter Skovsen & Peter Svenningsen

Kirurgisk Afdeling, Københavns Universitetshospital – Nordsjællands Hospital Hillerød

Ugeskr Læger 2022;184:V10210778

Migrerende metalklips måneder til år efter laparoskopisk kolecystektomi er en kendt årsag til akut kolangitis. Den præcise incidens er ukendt, da der ikke findes hverken nationale eller internationale opgørelser. En oversigtsartikel over 69 kasuistikker med i alt 80 patienter konkluderede, at mediantiden for præsentation efter kolecystektomi var 26 måneder [1]. Komplikationerne til migrerende klips var i 38% af tilfældene obstruktiv kolestase uden kolangitis, i 27% obstruktiv kolestase med kolangitis, mens det i hhv. 19% og 8% var koliksmærter og akut pankreatitis. Resten af tilfældene var tilfældige fund. Hos 2,5% (2/80) patienter var der anvendt plastikstents – hos resten metalstents. De fleste tilfælde kunne behandles med endoskopisk, retrograd kolangiopankreatikografi (ERCP) (74%), mens 20% havde behov for åben galdevejskirurgi. En enkelt patient blev behandlet med perkutan transhepatisk kolangiografi. Vi præsenterer her en kasuistik af akut kolangitis forårsaget af en migrerende metalklips seks år efter laparoskopisk kolecystektomi.

SYGEHISTORIE

En 50-årig kvinde – kendt med mb. Darier, laparoskopisk hysterektomeret i 2021 og laparoskopisk kolecystektomeret i 2015 for akut kolecystitis – blev indlagt i infektionsmedicinsk regi med akut opståede abdominalia i højre øvre kvadrant og epigastriet med udstråling til højre scapula.

Objektivt var patienten akut medtaget, febril (39,1 &C), ikterisk, men hæmodynamisk stabil. Ved abdominalpalpation fandtes direkte ømhed under højre kurvatur og i epigastriet. Patienten var ikke slipø, og der var ingen mistanke om peritonitis.

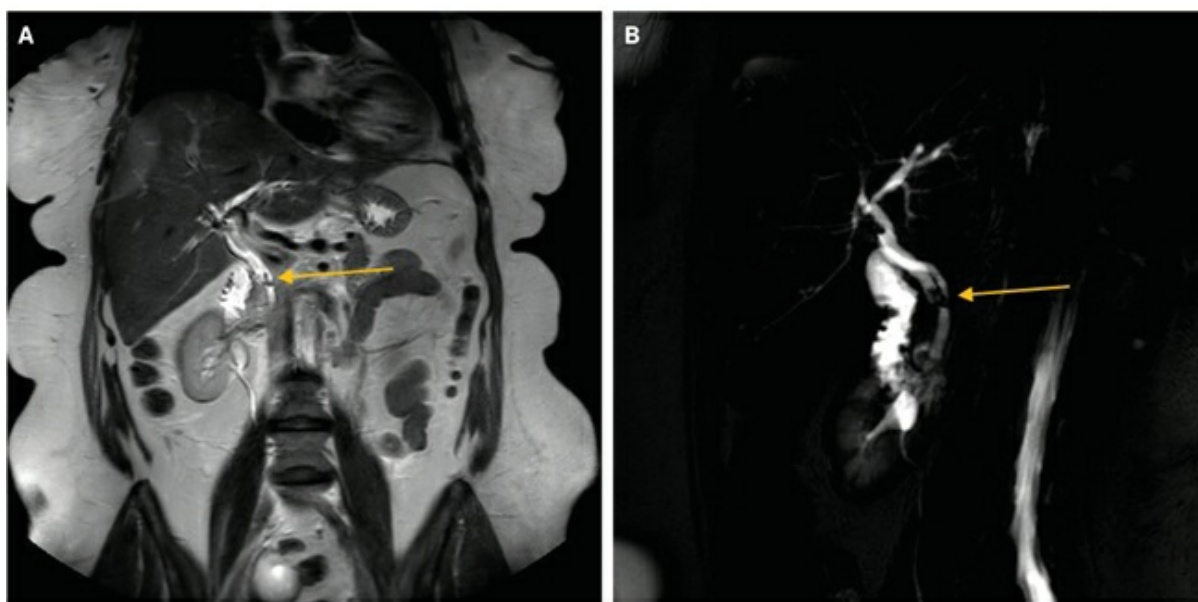
Biokemisk fandtes forhøjet CRP-niveau (74 mg/l), leukocytose (19,3 mia. leukocytter/l) og hyperbilirubinæmi (102 µmol/l). Desuden registreredes forhøjede niveauer af hhv. basisk fosfatase (200 E/l), laktatdehydrogenase (900 E/l) og alaninaminotransferase (830 E/l). S-amylaseniveauet var normalt. Der blev ordineret bloddyrkninger, og patienten blev opstartet i antibiotikabehandling med intravenøst administreret (i.v.) piperacillin og tazobactam 4 g samt i.v. metronidazol 1,5 g. Der blev foretaget CT obs pro kolangitis, obs perforation, som ikke viste tegn på hverken kolestase eller perforation og initialt vurderedes som normal.

Bloddyrkninger var positive for *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis* og *Enterobacter cloacae*. Efter konference med mikrobiologisk vagthavende blev den antibiotiske behandling skiftet til i.v. meropenem 1 g × 3 dgl., og derudover fortsatte man med i.v. metronidazol 1,5 g × 1 dgl., men tillagde også i.v. vancomycin (2 g initialt, derefter 1,5 g × 2 dgl.)

Serologisk fandtes positive immunglobulin (Ig) G og IgM for Epstein-Barr-virus samt IgG for cytomegalovirus; negative hepatitisprøver, hiv-prøver, leptospiroseantistoffer og immunglobuliner for autoimmun hepatitis; normalt S-paracetamolniveau.

Patienten havde således bakteræmi med mistænkt abdominalt fokus fra lever, galdeveje eller tarm. CT gav på røntgenkonference mistanke om metallisk fremmedlegeme i ductus choledochus. MR-kolangiopankreatikografi blev foretaget, og denne bekræftede metalklips beliggende i ductus cysticus, hvor den nederste del af klipsen prolaberede ud i den øvre del af ductus choledochus (**Figur 1**). Patienten fik foretaget akut ERCP, hvor man så fem små stenkonkrementer, der havde samlet sig omkring klipsen. Man ekstraherede klipsen, stenmaterialet og sikrede sufficient afløb. Patienten blev udskrevet velbefindende to dage senere.

FIGUR 1 A. MR-skanning i frontalt snit, der viser metallisk fremmedlegeme (pil) i ductus choledochus. B. MR-rekonstruktion, der bekræfter klips (pil) i ductus cysticus, som prolaberer ind i ductus choledochus og skaber kolestase og kolangitis.



DISKUSSION

Årsager til akut kolangitis inkluderer galdesten i ductus choledochus, fremmedlegemer, periampullære tumorer, obstruktion af ductus hepaticus communis på grund af kompression fra sten i infundibulum eller ductus cysticus, tumorer nær porta hepatis, autoimmune årsager og i sjældne tilfælde kompression af ductus pancreaticus og ductus choledochus fra periampullær duodenal divertikel [2]. Incidensen af migrerende klips er ukendt, men komplikationen er formentlig sjælden. En kasuistik rapporterede om en 44-årig kvinde, som to måneder efter laparoskopisk kolecystektomi blev indlagt febril, ikterisk og med biokemisk kolestase, hvor man ved ERCP fandt en metalklips i den nedre del af ductus choledochus på papilniveau [3]. En anden kasuistik rapporterede lignende tilfælde hos en 62-årig kvinde, men denne gang med en plasticlipsis [4]. En oversigtsartikel fandt, at flere studier har påvist mulig effekt af selvopløsende metalklips og forseglende udstyr for at undgå ovenstående komplikation [5]. Der er formentlig stor variation i forhold til præsentationstidspunkt efter kolecystektomi, og komplikationen bør derfor have i mente hos alle patienter, der har fået foretaget laparoskopisk kolecystektomi.

Korrespondance *Christian Snitkjær*. E-mail: christian_snit@hotmail.com

Antaget 26. januar 2022

Publiceret på ugeskriftet.dk 28. marts 2022

Interessekonflikter ingen. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2022;184:V10210778

SUMMARY

Acute cholangitis due to metal clips in the ductus choledochus after laparoscopic cholecystectomy

Christian Snitkjær, Anders Peter Skovsen & Peter Svenningsen

Ugeskr Læger 2022;184: V10210778

Acute cholangitis caused by migrating clips is a possible complication following laparoscopic cholecystectomy. In this case report, a 50-year-old woman was admitted to the hospital with fever, icterus, and epigastric pain. Blood samples and blood cultures showed cholestasis, signs of infection and three different types of bacteria in the blood stream. Magnetic resonance cholangiopancreatography showed a migrating clip in the common bile duct and was extracted using endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Migrating clip following laparoscopic cholecystectomy is a cause of cholangitis and should be considered in patients presenting with relevant symptoms.

REFERENCER

1. Chong VH, Chong CF. Biliary complications secondary to post-cholecystectomy clip migration: a review of 69 cases. *J Gastrointest Surg.* 2010;14(4):688-96.
2. Ahmed M. Acute cholangitis - an update. *World J Gastrointest Pathophysiol.* 2018;9(1):1-7.
3. Ghavidel A. Migration of clips after laparoscopic cholecystectomy; a case report and literature review. *Middle East J Dig Dis.* 2015;7(1):45-9.
4. Nagorni E-A, Kouklakis G, Tsaroucha A et al. Post-laparoscopic cholecystectomy Mirizzi syndrome induced by polymeric surgical clips: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep.* 2016;10:135.
5. Ng DY, Petrushnko W, Kelly MD. Clip as nidus for choledocholithiasis after cholecystectomy - literature review. *JSL.* 2020;24(1):e2019.00053.