

Kasuistik

Ugeskr Læger 2022;184:V04220266

Endoskopisk transduodenal fjernelse af galdeblæresten hos patient med nekrotiserende pankreatitis

Helle Kristensen, Srdan Novovic, John Gásdal Karstensen, Morten Laksáfoss Lauritsen & Palle Nordblad Schmidt

Pancreatitis Center East, Gastroenheden, Københavns Universitetshospital – Hvidovre Hospital

Ugeskr Læger 2022;184:V04220266

Op imod 90% af alle tilfælde med akut kolecystitis er betinget af galdesten, og standardbehandlingen er laparoskopisk eller åben kolecystektomi [1]. I tilfælde, hvor operation er for risikofyldt grundet komorbiditet og/eller tidligere omfattende intraabdominal kirurgi, har perkutan galdeblæredrænage været den foretrukne modalitet. Denne behandling kompliceres ofte af drændysfunktion (16%) eller recidiverende kolecystitis (15-41%) [2]. Endoskopisk UL-vejledt (EUS-vejledt) galdeblæredrænage med transduodenal anlæggelse af selvekspanderende, heldækket metalstent (SEMS) giver mulighed for både akut drænage af den inflammerede/inficerede galdeblære og efterfølgende stenjernelse som definitiv behandling [3].

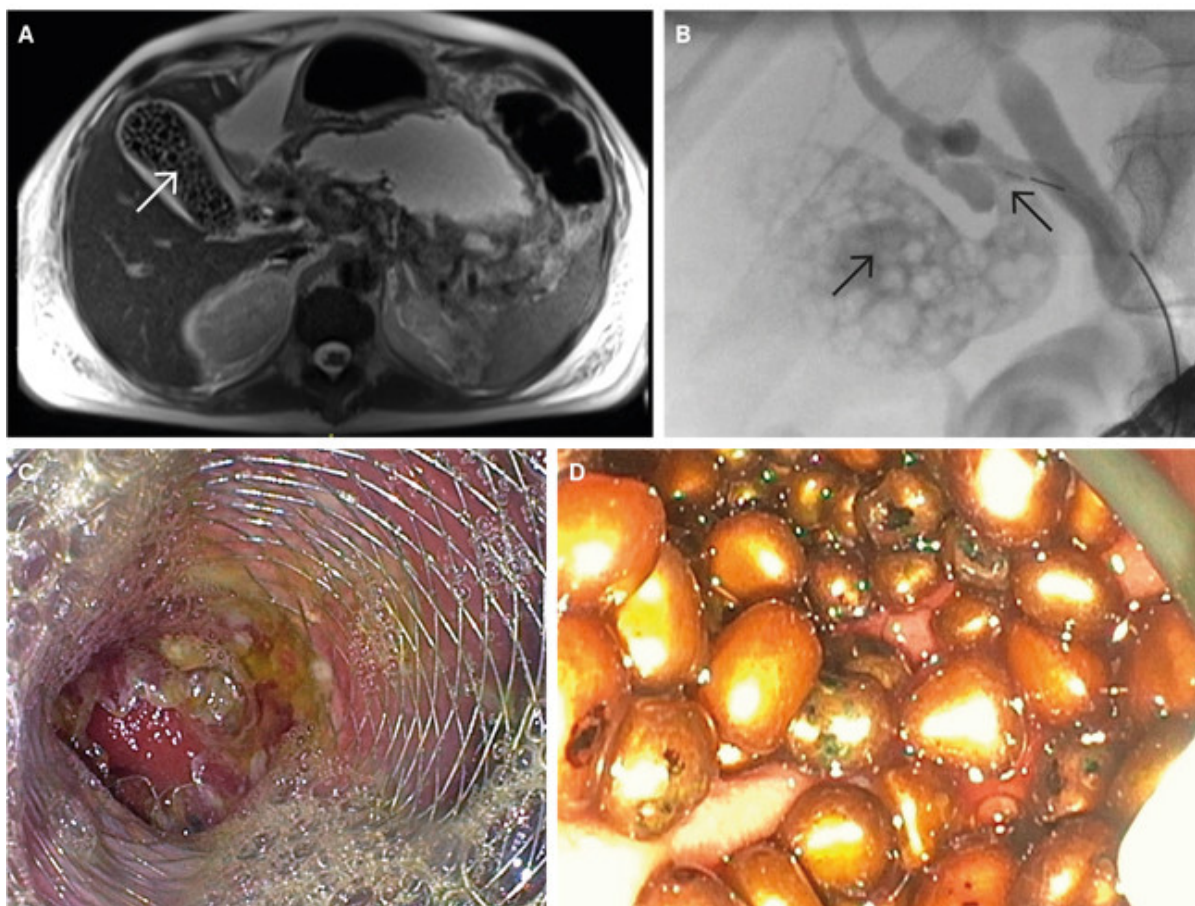
I denne kasuistik præsenterer vi et behandlingsforløb med EUS-vejledt galdeblæredrænage og stenjernelse hos en mand med galdestensudløst, nekrotiserende pankreatitis og akut kalkuløs kolecystitis, hvor kolecystektomi ikke var skønnet teknisk mulig.

SYGEHISTORIE

En 55-årig tidligere rask mand blev indlagt med galdestensudløst akut pankreatitis (AP). Ved indlæggelse fandtes forhøjede levergaldetal. MR-kolangiopankreatografien viste talrige galdeblæresten (Figur 1A).

Nitten dage efter symptomdebut udviklede patienten feber og trecifret CRP-forhøjelse. CT-skanning af pankreas viste en 71 cm stor indkapslet pankreasnekrose med udbredelse i både højre og venstre retroperitoneum, hvorfor der efterfølgende blev foretaget 14 transgastriske og fire perkutane, videoassisterede nekrosektomier samt foretaget laparotomi med anlæggelse af loop-ileostomi grundet kolonfistel til nekrosekaviteten. I forbindelse med laparotomien beskrives de intraabdominale forhold som vanskelige med svære adhærencer, omentet fastlodet til bugvæggen og højre colon svært fastlodet mod retroperitoneum. Efter fire måneders indlæggelse blev patienten udskrevet, men blev to uger senere genindlagt med smerter under højre kurvatur, feber (38,8 °C), ALAT-koncentration 156 U/l, basisk fosfatase-koncentration 182 U/l, bilirubinkoncentration 52 µmol/l, leukocytal $16,2 \times 10^9/l$ og CRP-koncentration 230 mg/l. Differentialdiagnostisk blev der foretaget CT, der rejste mistanke om akut kolecystitis (fortykket galdeblærevæg og væskeudtrængning omkring galdeblære), som primært blev behandlet antibiotisk. Grundet de tidligere intraabdominale fund vurderedes det ikke muligt at foretage hverken laparoskopisk eller åben kolecystektomi. Et forsøg på endoskopisk retrograd kolangiografi med transpapillær galdeblæredrænage måtte opgives pga. en indkilet sten i ductus cysticus (Figur 1B).

FIGUR 1 A. MR-kolangiopankreatografi med stenfyldt galdeblære (pil). B. Endoskopisk, retrograd kolecystografi med sten i galdeblære og ductus cysticus (pile). C. Kolecystoskop via metalstenten. D. Nogle af de til duodenum ekstraherede galdesten.



Det blev i stedet valgt at foretage EUS-vejledt, transduodenal galdeblæredrænage med anlæggelse af SEMS. Da galdeblæren var helt udtamponeret af sten, var der ikke tilstrækkelig plads til, at metalstentens distale krave kunne udfoldes i galdeblæren. I stedet indsattes i samme seance en dobbelt plastikgrisehalestent imellem duodenum og galdeblære, ligesom der blev foretaget biliær sfinkterotomi og transpapillær stentanlæggelse i de dybe galdeveje. Over de næste uger blev der foretaget gradvis dilatation af kolecystoduodenostomien, og galdeblæren blev tømt efterfølgende for omtrent halvdelen af stenene, hvorefter en ny SEMS blev indsat. Igennem denne kunne man afslutningsvist indføre et behandlingsgastroskop i galdeblæren (Figur 1C), udtømme de sidste sten (Figur 1D) og fjerne alle stenter. Seks måneder efter var patienten symptomfri.

DISKUSSION

EUS-vejledt, transduodenal galdeblæredrænage med SEMS eller plastikstenter og efterfølgende endoskopisk sten fjernelse er en ny og lovende, definitiv behandlingsmodalitet hos patienter med kolecystitis, hvor konventionel kolecystektomi ikke er en mulighed. Denne sygehistorie viser, at det med denne metode endda er muligt at oprense en galdeblære, som er helt udtamponeret med sten. Metodens tekniske og kliniske succesrater på hhv. 98% og 96% er sammenlignelige med succesraterne for perkutan galdeblæredrænage [4]. Til gengæld er smerteproblematikken, indlæggelsesvarigheden og behovet for reintervention væsentligt mindre ved den EUS-

vejledte drænegemetode. Dog er tilgængeligheden af perkutan drænage betydeligt større end EUS-vejledt drænage. De hyppigste komplikationer ved EUS-vejledt galdeblæredrænage er stentmigration, perforation, blødning og galdeperitonitis og ses hos ca. 2% [5].

EUS-vejledt, transduodenal galdeblæredrænage med endoskopisk sten fjernelse udført af erfarne EUS-operatører udgør et godt og sikkert alternativ til patienter, som har akut eller kronisk kolecystitis, og som ikke kan tilbydes kolecystektomi.

Korrespondance *Helle Kristensen*. E-mail: helle.kristensen.05@regionh.dk

Antaget 9. august 2022

Publiceret på ugeskriftet.dk 3. oktober 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:V04220266

SUMMARY

Endoscopic transduodenal removal of gallbladder stones in a patient with necrotizing pancreatitis

Helle Kristensen, Srđan Novovic, John Gásdal Karstensen, Morten Laksáfoss Lauritsen & Palle Nordblad Schmidt

Ugeskr Læger 2022;184:V04220266

This case report describes a 55-year-old man with gallstone-induced necrotizing pancreatitis, colonic fistula and subsequent acute cholecystitis. Due to hostile abdominal milieu, traditional cholecystectomy was not possible, why endoscopic ultrasound (EUS)-guided transduodenal drainage of the gallbladder and endoscopic stone extraction was performed successfully. EUS-guided transduodenal drainage of the gallbladder with endoscopic removal of stones constitutes a safe alternative for patients who have cholecystitis, which is not suitable for cholecystectomy.

REFERENCER

1. Gallaher J, Charles A. Acute cholecystitis. *JAMA*. 2022;327(10):965-975.
2. McKay A, Abulfaraj M, Lipschitz J. Short- and long-term outcomes following percutaneous cholecystostomy for acute cholecystitis in high-risk patients. *Surg Endosc*. 2012;26(5):1343-51.
3. Teoh AY, Perez-Miranda M, Kunda R et al. Outcomes of an international multicenter registry on EUS-guided gallbladder drainage in patients at high risk for cholecystectomy. *Endosc Int Open*. 2019;7(8):E964-E973.
4. Irani S, Ngamruengphong S, Teoh A et al. Similar efficacies of endoscopic ultrasound gallbladder drainage with a lumen-apposing metal stent versus percutaneous transhepatic gallbladder drainage for acute cholecystitis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2017;15(5):738-745.
5. Siddiqui A, Kunda R, Tyberg A et al. Three-way comparative study of endoscopic ultrasound-guided transmural gallbladder drainage using lumen-apposing metal stents versus endoscopic transpapillary drainage versus percutaneous cholecystostomy for gallbladder drainage in high-risk surgical patients with acute cholecystitis: clinical outcomes and success in an international, multicenter study. *Surg Endosc*. 2019;33:1260-1270.