

57-letni gospod s kroničnim pankreatitisom, obojestranskimi pljučnimi infiltrati in hemoptizo

57-year-old man with chronic pancreatitis, bilateral pulmonary infiltrates and haemoptysis

Jurij Hanžel*

Klinični oddelek za gastroenterologijo, Interna klinika, UKC Ljubljana

Gastroenterolog 2021; 1: 95–98

Ključne besede: kronični pankreatitis, fistula

Key words: chronic pancreatitis, fistula

IZVLEČEK

Zapleti kroničnega pankreatitisa lahko prizadenejo različne organske sisteme in zahtevajo multidisciplinarno obravnavo. 57-letni gospod z alkoholnim kroničnim pankreatitisom in anamnezo več operacij zaradi zapletov kroničnega pankreatitisa je zbolel za obojestransko pljučnico in hemoptizo. V laboratorijskih izvidih ob sprejemu je poleg povišanih vnetnih parametrov izstopala še normocitna anemija. Poslabšanje kliničnega stanja je vedno sledilo porastu pankreatičnih encimov v serumu. Obsežna diagnostična obravnava [večkratna bronhoskopija, mikrobiološka diagnostika, imunoserološka diagnostika] prepričljivega vzroka za hemoptizo in občasno hemoptoo ni razkrila. Z nobeno od preiskav niso dokazali prisotnosti večjega plevralnega izliva. Gospod je bil odpuščen z diagnozo difuzne alveolarne okvare ob zagonih kroničnega pankreatitisa. Približno en mesec po odpustu je bil ponovno sprejet zaradi hemoptize, ugotavljali so poglobitev anemije, med hospitalizacijo se je pojavila hemohezija, gospod je bil premeščen na gastroenterološki oddelek. Ob sprejemu smo ugotovili

ABSTRACT

Complications of chronic pancreatitis can affect different organs and require multidisciplinary management. A 57-year-old man with chronic alcoholic pancreatitis and a complex surgical history developed bilateral pneumonia and haemoptysis. At admission, normocytic anaemia and an elevated C-reactive protein were noted. Haemoptysis during hospitalization paralleled elevations in serum pancreatic enzymes. A thorough work-up [multiple bronchoscopies, microbiological sampling, immunological investigations] did not reveal a clear cause of haemoptysis, which was occasionally massive. None of the imaging modalities showed a pleural effusion. The patient was discharged with a diagnosis of diffuse alveolar damage associated with acute exacerbations of chronic pancreatitis. Approximately one month after discharge, the patient was re-admitted with haemoptysis and a worsening of anaemia, haematochezia developed during the admission. The patient was transferred to the gastroenterological ward, where bilateral pleural effusions with high amylase and lipase content were diagnosed, sup-

*Jurij Hanžel, dr.med.

Klinični oddelek za gastroenterologijo, Interna klinika, UKC Ljubljana, Japljeva ulica 2, 1000 Ljubljana

E-pošta: jurij.hanzel@kclj.si

vili obojestranske plevralne izlive in z diagnostično punkcijo potrdili visoko koncentracijo pankreatičnih encimov v izlivu, kar je podprlo diagnozo pankreatoplevralne fistule. Gospod je med hospitalizacijo nenadoma obilno zakrvavel iz prebavil, CT trebušnih organov je pokazal krvavitev iz ene od porto-portalnih kolateral ob hepatiko-jejuno anastomozi. Gospod je bil urgentno operiran, vzpostavljena je bila hemostaza, pooperativno je potreboval še dekortikacijo pljuč desno in obojestransko torakalno drenažo. Revizija slikovne diagnostike je potrdila prisotnost pankreatoplevralne fistule, klinična slika je bila sumljiva tudi za prisotnost pankreato-bronhialne fistule. V 18 mesecih po odpustu se težave niso več ponovile.

UVOD

Kronični pankreatitis lahko spremljajo pankreatični in ekstrapankreatični zapleti (1). Simptomatika je lahko nespecifična, zato zapleta morda takoj ne povežemo s kroničnim pankreatitisom. Optimalna obravnava teh kompleksnih bolnikov zahteva dobro in pravočasno sodelovanje med različnimi specialnostmi. Predstavljam primer bolnika s kroničnim pankreatitisom, ki je imel več mesecev nepojasnjeno pljučno simptomatiko.

PREDSTAVITEV PRIMERA

57-letni gospod s kroničnim pankreatitisom je bil sprejet v splošno bolnišnico zaradi obojestranske pljučnice z akutno respiracijsko insuficienco.

Gospod je imel prvi zagon kroničnega alkoholnega pankreatitisa leta 2005. Zaradi kroničnega pankreatitisa in njegovih zapletov je bil večkrat operiran: leta 2010 je bila narejena holecistektomija z drenažo kolekcije ob dvanajstnika, konstruirani sta bili gastro-entero in entero-entero anastomoza; leta 2015 je bil narejena kirurška drenaža gnojne kolekcije retroperitonealno; leta 2018 pa hepatiko-jejuno anastomoza zaradi biliarne obstrukcije s holangitisom, ki je zaradi stenoze dvanajstnika v sklopu kroničnega pankreatitisa ni bilo mogoče razrešiti endoskopsko.

porting the diagnosis of a pancreaticopleural fistula. During the admission, massive gastrointestinal bleeding developed, bleeding from porto-portal collaterals surrounding the hepatico-jejunal anastomosis was visible on a CT scan. The patient underwent emergent surgery with haemostasis, postoperatively he also required right-sided lung decortication and bilateral chest drainage. A review of imaging studies confirmed the presence of a pancreaticopleural fistula, recurrent haemoptysis also suggested the diagnosis of a pancreatico-bronchial fistula. In the 18 months after discharge, the patient remained well and symptom-free.

Zdravil se je še zaradi arterijske hipertenzije, pankreatogene sladkorne bolezni in paroksizmalne atrijske fibrilacije. Kajenje in uživanje alkohola je popolnoma opustil pred več kot desetletjem. Pred 40 leti je gospod opravil preiskavo z jodnim kontrastnim sredstvom, navedel je, da se je ob aplikaciji kontrasta »izgubil«, zdravstveno osebje pa ga je težka zbudilo. Ta podatek so vseskozi tolmačili kot alergijo za jodno kontrastno sredstvo.

Zbolel je 10 dni pred sprejemom s slabim počutjem, suhim kašljem in povišano telesno temperaturo. Bolečin v trebuhu in mišično-skeletnih bolečin ni imel. Približno štiri tedne pred sprejemom je en teden odvajal temnejše blato, v antikoagulacijski ambulanti so ugotovili padeč hemoglobina s 140 na 95 g/L, zato so mu ukinili apiksaban, endoskopskih preiskav pa ni imel. Ob sprejemu so v laboratorijskih izvidih izstopali povišani vnetni parametri in povišana pankreatična encima. Rentgensko so opisali obojestranske retikulonodularne infiltrate brez morebitnih plevralnih izlivov. Gospodu so empirično uvedli amoksicilin s klavulansko kislino, ki so ga ob poslabšanju stanja zamenjali za piperacilin s tazobaktamom. Vse odvzete kužnine so ostale sterilne. Pojavile so se še hemoptize, zaradi suma na intersticijsko pljučno bolezen so gospoda po opravljenem CT pljuč visoke ločljivosti, ki je pokazal infiltrate, združljive s pljučnico, premestili v terciarno pulmološko ustanovo.

Tam so opravili razširjene imunoserološke preiskave, ki so bile v celoti negativne, dve diagnostični bronhoskopiji z odvzemom bronhoalveolarnih izpirkov in široko mikrobiološko diagnostiko. Zaradi hemoptize in kasnejše hemoptoe je bil prehodno hospitaliziran v enoti intenzivne terapije, potreboval je dve interventni bronhoskopiji za vzpostavitev hemostaze. Z obsežno diagnostiko so v bronhoalveolarnem izpirku dokazali bakterije *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* in *Actinomyces oris* ter glivo *Candida albicans*. Ob vsakem poslabšanju oziroma stopnjevanju hemoptiz so ugotavljali porast pankreatičnih encimov.

Opravili so CT trebuha brez kontrasta, ki je pokazal atrofično trebušno slinavko s številnimi kalcinacijami in rahlo dilatiranim pomožnim pankreatičnim vodom brez morebitnih sprememb okoliškega tkiva. Področje porte hepatis je bilo slabo pregledno, proste tekočine ali kolekcij v trebuhu ni bilo. Z nobeno od opravljenih slikovnih preiskav pri gospodu niso dokazali plevralnih izlivov, prav tako v bronhoalveolarnem izpirku niso določali aktivnosti amilaze in lipaze. Gospoda so po enomesečni hospitalizaciji odpustili z diagnozo difuzne alveolne okvare ob zagonih kroničnega pankreatitisa.

Tri tedne po odpustu je bil pregledan v urgentni internistični ambulanti zaradi splošne oslabelosti, ugotovili so anemijo s hemoglobinom 61 g/L, po transfuziji je bil odpuščen, predvideli so ambulantno endoskopsko diagnostiko. En teden po pregledu je bil ponovno hospitaliziran zaradi hemoptize, z ventilacijsko-perfuzijsko scintigrafijo so izključili pljučno embolijo, med hospitalizacijo pa se je pojavila tudi hemohezija, zaradi katere so gospoda premestili na gastroenterološki oddelek.

Ob sprejemu so bili na rentgenogramu prsnih organov vidni obojestranski plevralni izlivi, z diagnostično plevralno punkcijo smo na obeh straneh potrdili visoke vrednosti pankreatičnih encimov, iz plevralne tekočine desno je bila izolirana bakterija *Escherichia coli*, gospoda smo zdravili s piperacilinom s tazobaktamom. Pred usmerjeno slikovno diagnostiko za dokaz pankreato-plevralne fistule smo gospoda napo-

tili še na alergološko testiranje, kjer preobčutljivosti za jodni kontrast niso potrdili. Preden bi se lahko dogovorili za elektivni CT je gospod obilno zakrvel, urgentna CT angiografija je pokazala krvavitev iz porto-portalnih kolateral ob hepatiko-jejuno anastomozi.

Gospod je bil urgentno operiran, prejel je masivno transfuzijo, opravljena je bila hemostaza z resekcijo vijuge po Rouxu in konstrukcijo hepatiko-duodeno anastomoze. Pooperativno je gospod potreboval še desnostransko dekortikacijo pljuč ob empiemu in obojestransko torakalno drenažo. Prejemal je somatostatin v kontinuirani infuziji. S slikovnimi preiskavami smo dokazali, da je portalna vena prehodna, vendar zožena. Med revizijo opravljenih preiskav so radiologi identificirali kolekcijo ob spodnji veni kavi, ki je komunicirala z desnim, najverjetneje pa tudi levim plevralnim prostorom. Iz bolnišnice je bil odpuščen mesec in pol po krvavitvi, v 18 mesecih od odpusta se težave niso več ponovile.

RAZPRAVA

Pri pacientu je bila zaradi nespecifične klinične slike pankreato-plevralna fistula neprepoznana. Glede na klinično sliko občasno masivne hemoptize je bila verjetno prisotna tudi pankreato-bronhialna fistula. Dolgo je bil neprepoznan tudi vir krvavitve iz prebavil, ki zaradi spremenjene anatomije ni bil dostopen konvencionalni endoskopiji. Pot do diagnoze je verjetno podaljšala tudi anamneza preobčutljivosti za jodno kontrastno sredstvo, ki je onemogočala nekatere slikovne preiskave.

Pankreato-plevralna fistula je redek zaplet kroničnega pankreatitisa. V najobsežnejšem preglednem članku na to temo navajajo 52 objavljenih primerov (2). Najpogostejši simptomi so dispneja, kašelj in bolečina v trebuhu, hemoptizo pa so opisali le v dveh primerih. Diagnostična preiskava izbora za dokaz in lokalizacijo fistule je magnetnoresonančna holangiopankreatografija, včasih pa zadostuje že CT (2, 3). S slikovnimi preiskavami praviloma dokažemo prekinitev pankreatičnega voda, česar v našem primeru nismo ugo-

točili. Priporočila za zdravljenje pankreato-plevralne fistule temeljijo na serijah primerov in vključujejo kombinacijo medikamentoznega zdravljenja s somatostatinskimi analogi, endoskopskega zdravljenja z vstavitvijo opornic v pankreatični vod z endoskopsko retrogradno holangiopankreatografijo in kirurško zdravljenje (2–4). V našem primeru preseneča prepričljivo simptomatsko izboljšanje kljub odsotnosti specifičnih terapevtskih intervencij z izjemo zdravljenja s somatostatinom. Za dokaz pankreato-bronhialne fistule priporočajo CT prsnih organov, ki pa v našem primeru prepričljive povezave med trebušno votlino in dihalnimi potmi ni pokazal (5).

Predstavljeni primer potrjuje raznolikost klinične slike zapletov kroničnega pankreatitisa in nas opominja na pomembnost ohranjanja široke diferencialne diagnoze v našem razmišljanju.

Literatura

1. Lohr JM, Dominguez-Munoz E, Rosendahl J, Besselink M, Mayerle J, Lerch MM, et al. United European Gastroenterology evidence-based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis (HaPanEU). *United European Gastroenterol J.* 2017;5(2):153–99.
2. Ali T, Srinivasan N, Le V, Chimpiri AR, Tierney WM. Pancreaticopleural fistula. *Pancreas.* 2009;38(1):e26–31.
3. Kumar P, Gupta P, Rana S. Thoracic complications of pancreatitis. *JGH Open.* 2019;3(1):71–9.
4. Lee SN, Lee KH, Chung S, Nam HS, Cho JH, Ryu JS, et al. Pancreaticothoracic fistula presenting with hemoptysis and pneumothorax in a chronic alcoholic patient. *Tuberc Respir Dis (Seoul).* 2014;76(5):240–4.
5. Verlynde G, Rezazadeh Azar A, Maldague P, Van Cutsem O. Pancreaticobronchial Fistula Diagnosed by MDCT. *J Belg Soc Radiol.* 2015;99(2):106–9.