

Duża torbiel rzekoma trzustki penetrująca do śródpiersia tylnego

Large pancreatic pseudocyst penetrating into posterior mediastinum

Wkład autorów:

A – Projekt badań
B – Zbieranie danych
C – Analiza statystyczna
D – Interpretacja danych
E – Przygotowanie manuskryptu
F – Analiza literatury
G – Zbieranie funduszy

Adam Roman Markowski¹, Elżbieta Brodalka^{1DEF}, Katarzyna Guzinska-Ustymowicz^{2BD},
Konrad Zaręba^{3BF}, Dariusz Cepowicz^{3BF}, Bogusław Kędra^{3BEF}

¹Oddział Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii, Samodzielny Szpital Miejski im. PCK, Białystok, Kierownik: dr n. med. A. R. Markowski

²Zakład Patomorfologii Ogólnej, UMB, Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kemona

³II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, USK, Białystok; Kierownik: prof. dr hab. n. med. B. Kędra

Historia artykułu: Otrzymano: 21.06.2016 Zaakceptowano: 04.01.2017 Opublikowano: 31.08.2017

STRESZCZENIE:

Przedstawiamy przypadek dużej torbieli rzekomej trzustki w śródpiersiu powodującej ucisk lewego przedsionka i przełyku, co objawiało się dusznością, kołataniem serca i wymiotami. Zdjęcie RTG klatki piersiowej było niediagnostyczne, w ezofagogastroduodenoskopii uwidoczono rozlany zewnętrzny ucisk na dystalny odcinek przełyku i trzon żołądka, natomiast ostateczne rozpoznanie postawiono w oparciu o tomografię komputerową. Zdecydowano się na zabieg operacyjny z powodu nawrotowości torbieli rzekomej trzustki, wywiad nieskuteczności zewnętrznego drenażu torbieli pod kontrolą radiologiczną kilka lat przed hospitalizacją oraz dużą średnicą torbieli rzekomej, która powodowała ostrą niewydolność krążeniowo-oddechową.

SŁOWA KLUCZOWE: torbiel rzekoma trzustki, śródpiersie tylne, zapalenie trzustki, nadużywanie alkoholu

ABSTRACT:

We report a rare case of a large mediastinal pancreatic pseudocyst compressing the left atrium and the esophagus and causing dyspnea, palpitations, and emesis. Chest radiograph was non-diagnostic, esophagogastroduodenoscopy showed diffuse extrinsic compression of the distal esophagus and gastric corpus, but a definitive diagnosis was confirmed by computed tomography. We decided to perform surgery due to the recurrence of the pancreatic pseudocyst, a history of unsuccessful radiologically guided external drainage a few years earlier, and a very large diameter of the pseudocyst causing acute cardio-pulmonary distress syndrome.

KEYWORDS:

Pancreatic pseudocyst, posterior mediastinum, pancreatitis, alcohol abuse.

WSTĘP

Wytworzenie się torbieli rzekomej trzustki jest znanym powikłaniem ostrego lub przewlekłego zapalenia trzustki związanego z nadużywaniem alkoholu. Torbiele rzekome trzustki charakteryzują się wysokim stężeniem amylazy i są otoczone łącznotkankową torebką niepokrytą nabłonkiem. Najczęściej zajmują obszar wokół trzustki, rzadko sięgają do klatki piersiowej.

Przedstawiamy rzadki przypadek dużej torbieli rzekomej trzustki wchodzącej do śródpiersia i powodującej ostrą niewydolność krążeniowo-oddechową, którą leczono radykalnie operacyjnie.

OPIS PRZYPADKU

Trzydziestoletnia pacjentka została przyjęta na Oddział Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku z powodu utrzymującej się od tygodnia duszności, bólu brzucha w lewym górnym kwadrancie oraz nawracających wymiotów. Wywiad ujawnił udokumentowane zapalenie trzustki wywołane spożyciem alkoholu oraz przebycie przezskórnego drenażu torbieli rzekomych pod kontrolą TK dwa lata temu. Zabieg był powikłany perforacją poprzecznicy, co wiązało się z koniecznością odcinkowej resekcji jelita. Przedmiotowo stwierdzono ściszenie szmeru pęcherzykowego u podstawy lewego płuca, czynność serca 120/min oraz wzdęcie w górnej połowie brzucha. Saturacja wynosi-

ła 80% bez tlenoterapii. W EKG spoczynkowym nie stwierdzono innych odchyłeń oprócz tachykardii zatokowej. W RTG klatki piersiowej uwidoczono uniesienie lewej kopuły przepony.

Po ustabilizowaniu stanu pacjentki wykonano ezofagogastroduodenoskopię. Uwidoczono w niej rozlany ucisk z zewnątrz na środkowy i dolny odcinek przełyku oraz trzon żołądka ze zwężeniem światła przełyku i żołądka, niepoddającym się insuflacji. Tomografia komputerowa jamy brzusznej z kontrastem wykazała obecność bardzo dużego (150 mm) wielokomorowego zbiornika płynowego o niskiej gęstości (20 jednostek Hounsfielda) zlokalizowanego w pobliżu trzonu i ogona trzustki. Torbiel rzekoma trzustki rozciągała się w nadbrzuszu w pobliżu kręgosłupa, sięgając do wątroby i żołądka, oraz penetrując do tylnego śródpiersia przez rozwór przełykowy przepony. Tomografia komputerowa wykazała znaczącą progresję w stosunku do obrazu sprzed 2 miesięcy. W TK klatki piersiowej z kontrastem uwidoczono obecność płynu w lewej opłucnej oraz duży zbiornik płynowy sięgający rozdwojenia tchawicy, rozciągający się wzdłuż struktur śródpiersia i uciskający przełyk oraz lewy przedsionek. Torbiel rzekoma trzustki w śródpiersiu (TRzTŚ) wydawała się łączyć z torbielą rzekomą przylegającą do ogona trzustki. Rozmiary TRzTŚ wynosiły 110x70x100 mm (ryc. 1).

Pacjentkę ostatecznie przekazano do II Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, gdzie przeprowadzono elektywny zabieg operacyjny w ramach leczenia radykalnego. Początkowo wykonano cystotomię i ewakuowano krwisto-brązową zawartość tor-

bieli rzekomej (ryc. 2). Następnie częściowo wycięto torbiel wraz z przetoką trzustkowo-otrzewnową zlokalizowaną na granicy trzonu i ogona trzustki (ryc. 3). Później wykonano pankreatektomię lewostronną ze splenektomią. Na koniec wykonano drenaż jamy otrzewnowej oraz śródpiersia.

Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Dwa tygodnie po zabiegu pacjentkę wypisano w stanie ogólnym dobrym i zaplanowano obserwację w warunkach ambulatoryjnych.

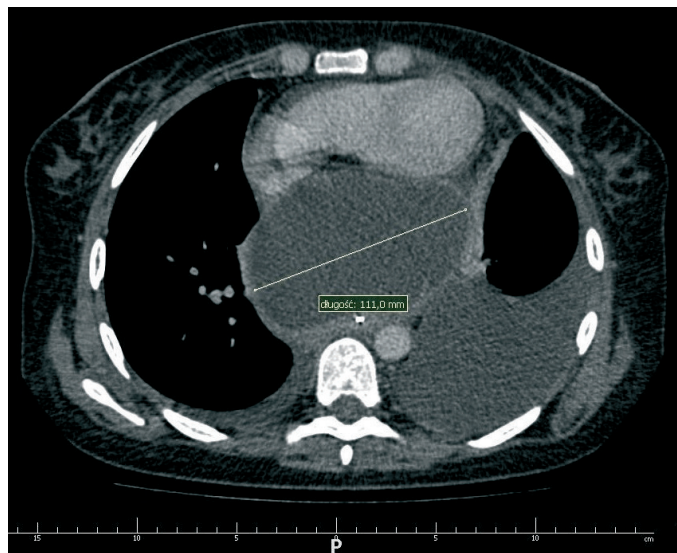
DYSKUSJA

Nadużywanie alkoholu jest główną przyczyną tworzenia się TRzTŚ u dorosłych. Uszkodzenie przewodu trzustkowego spowodowane zapaleniem prowadzi do jego perforacji i w konsekwencji do wytworzenia przetoki. Niekiedy ma miejsce tylko minimalne przerwanie ciągłości torebki trzustki, co może skutkować samowyleczeniem; tego typu śródtrzustkowe torbiele rzekome są zwykle niewielkich rozmiarów. Jednak czasami przetoka może przerwać torebkę i powodować wypływ soku trzustkowego do przestrzeni zaotrzewnowej lub do jamy otrzewnowej (przetoka wewnętrzna). Jeśli przewód trzustkowy komunikuje się ze skórą, to taką przetokę określamy mianem zewnętrznej. Konsekwencją przetoki wewnętrznej akumulacja płynu wokół trzustki lub wytworzenie wodobrzusza trzustkowego. Proces zapalny może doprowadzić do otorebkowania zbiornika płynowego przez tkankę łączną i wytworzenia torbieli rzekomej. Torbiele rzekome trzustki mogą rozciągać się do bardzo odległych narządów i przestrzeni, prowadząc do zwiększonej śmiertelności. Znaczna ilość płynu może przedostać się do klatki piersiowej, gdzie ciśnienie jest niższe, przez naturalne otwory anatomiczne (rozwór przełykowy lub aortowy) albo przez bezpośrednie przenikanie płynu przez lewą kopułę przepony [1]. Najczęstsza droga penetracji torbieli rzekomej trzustki do śródpiersia wiedzie przez rozwór aortowy lub przełykowy przepony, co prowadzi do częstego występowania torbieli rzekomych trzustki w śródpiersiu tylnym.

Do tej pory opisano wiele zabiegów endoskopowych i chirurgicznych, a stosowane metody zależały od nasilenia objawów oraz ich etiologii, charakteru, a także wielkości, położenia i połączenia torbieli rzekomej trzustki z przewodem trzustkowym.

Całkowite ustąpienie asymptomaticznej TRzTŚ jest czasem możliwe po zastosowaniu leczenia zachowawczego pod postacią abstynencji alkoholowej, całkowitego żywienia parenteralnego oraz iniekcji oktreotydu z oktreotydu [2]. Drenaż jest przeznaczony do leczenia objawowych TRzTŚ, które powiększają swoje rozmiary w czasie obserwacji i wykazują tendencję do pęknięcia. Endoskopowy przebrodawkowy drenaż [3] albo przeszcienny drenaż pod kontrolą endosonograficzną [4] są metodami z wyboru. Drenaż przeszcienny jest możliwy w przypadku torbieli rzekomych graniczących z żołądkiem lub przełykiem. Drenaż przebrodawkowy jest skuteczniejszy od przeszciennego, ale wymaga łączności torbieli rzekomej z przewodem trzustkowym.

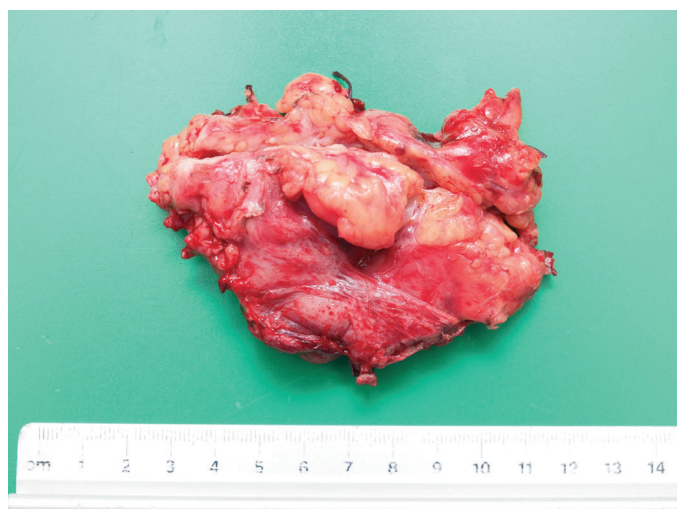
Zewnętrzny drenaż przezskórny pod kontrolą TK obejmujący założenie cewnika przez radiologa [5] oraz użycie wideotorakoskopu [6] to kolejne opcje terapeutyczne, gdy drenaż endoskopowy jest niedostępny lub niemożliwy. Drenaż przezskórny przewlekłych torbieli rzekomych trzustki nie jest obecnie zalecany, ponieważ stwarza ryzyko stałego wypływu treści i powstania zewnętrznej przetoki trzustkowej. Zabieg ten wydaje się wiązać z podwyższonym



Ryc. 1. TK klatki piersiowej z kontrastem: duża śródpiersiowa torbiel rzekoma trzustki.



Ryc. 2. Obraz śródoperacyjny: wypreparowana część torbieli rzekomej trzustki przed wycięciem.



Ryc. 3. Resekowany materiał: ogon trzustki z fragmentem torbieli rzekomej trzustki.

ryzykiem powikłań i wyższą śmiertelnością w porównaniu do drenażu endoskopowego lub chirurgicznego. Jest całkowicie przeciwwskazany, gdy pacjent jest niewspółpracujący i nie jest w stanie pielęgnować cewnika w domu.

Czasami zabiegi małoinwazyjne, obejmujące chirurgię laparoskopową, mogą okazać się korzystne u pacjentów z zakażeniem, niedrożnością, pęknięciem lub krwotokiem. Zabiegi te zwykle wykonuje się w specjalistycznych ośrodkach z bogatym doświadczeniem. Wydają się one wiązać z mniejszym ryzykiem powikłań w porównaniu do drenażu zewnętrznego.

Jeśli zastosowanie technik małoinwazyjnych jest niemożliwe lub zawiodło, zaleca się zabiegi chirurgiczne. Obejmują one obecnie drenaż wewnętrzny metodą otwartą lub laparoskopową, czasem łączony z resekcją trzustki [7]. Technika otwarta jest opcją zarezerwowaną dla pacjentów niestabilnych oraz w stanie zagrożenia życia z poważnymi powikłaniami [5]. Rodzaj leczenia chirurgicznego powinien być dostosowany indywidualnie do stanu klinicznego chorego i lokalizacji TRzTŚ.

Wydaje się, że do tej pory opisano mniej niż 100 przypadków śródpiersiowej torbieli rzekomej trzustki. Z tego powodu analiza porównawcza skuteczności różnych metod leczenia jest trudna. Dodatkowo utrudniają ją: niejednorodna grupa pacjentów i duża liczba różnych technik odbarczenia. Wybór rodzaju zabiegu zależy od obrazu klinicznego i częściowo od doświadczenia danego ośrodka. Zgodnie z opublikowanym niedawno przeglądem odsetek powodzeń przezskórnej aspiracji, endoskopowego przebrodawkowego drenażu, drenażu pod kontrolą EUS i chirurgicznego drenażu torbieli rzekomych trzustki wynosi odpowiednio 42–77%,

33–91%, 51–95% oraz 73–100% [8]. Drenaż chirurgiczny wiąże się ze śmiertelnością 5–9%, średnim odsetkiem powikłań 11–24% (12% – przetoka trzustkowa, 6% – zakażenie, 4% – krwawienie poopercyjne, 4% – powikłania niechirurgiczne) oraz 5–8-procentowym odsetkiem wznów [9]. Zgodnie z Grupą Cochrane krótkoterminowa jakość życia związana ze zdrowiem jest gorsza w przypadku otwartego drenażu chirurgicznego w porównaniu do drenażu pod kontrolą EUS [10].

Zdecydowaliśmy się na otwarty zabieg ze względu na: powiększenie się torbieli pomimo wcześniejszego leczenia, wywiad niepowodzenia zewnętrznego drenażu pod kontrolą radiologiczną przez kilkanaście latami oraz bardzo duży rozmiar torbieli rzekomej powodzący ostrą niewydolność krążeniowo-oddechową. Zabieg był udany i pacjentka została wypisana w stanie ogólnym dobrym.

WNIOSKI

Wytworzenie się torbieli rzekomej jest częstym powikłaniem zapalenia trzustki wywołanego alkoholem i może wiązać się z poważnymi powikłaniami. Przedstawiony przypadek ilustruje, że zabieg operacyjny może okazać się niezbędny do radykalnego wyleczenia torbieli rzekomej penetrującej do śródpiersia i powodzącej niewydolność krążeniowo-oddechową.

PIŚMIENNICTWO

- Xu H., Zhang X., Christie A. et al.: Anatomic Pathways of Peripancreatic Fluid Draining to Mediastinum in Recurrent Acute Pancreatitis: Visible Human Project and CT Study. *PLoS One*. 2013; 8: e62025.
- Suga H., Tsuruta O., Okabe Y. et al.: A case of mediastinal pancreatic pseudocyst successfully treated with somatostatin analogue. *Kurume Med. J.* 2005; 52: 161–164.
- Mallavarapu R., Habib T.H., Elton E. et al.: Resolution of mediastinal pancreatic pseudocysts with transpapillary stent placement. *Gastrointest. Endosc.* 2001; 53: 367–370.
- Gornals J.B., Loras C., Mast R. et al.: Endoscopic ultrasound-guided transesophageal drainage of a mediastinal pancreatic pseudocyst using a novel lumen-apposing metal stent. *Endoscopy*. 2012; 44 Suppl. 2: 211–212.
- Ajmera A.V., Judge T.A.: Mediastinal extension of pancreatic pseudocyst - a case with review of topic and management guidelines. *Am. J. Ther.* 2012; 19: 152–156.
- Chang Y.C., Chen C.W.: Thoracoscopic drainage of ascending mediastinitis arising from pancreatic pseudocyst. *Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg.* 2009; 9: 144–145.
- Metaxa D., Balakrishnan A., Upponi S. et al.: Surgical intervention for mediastinal pancreatic pseudocysts. A case series and review of the literature. *JOP*. 2015; 16: 74–77.
- Teoh A.Y., Dhir V., Jin Z.D. et al.: Systematic review comparing endoscopic, percutaneous and surgical pancreatic pseudocyst drainage. *World J. Gastrointest. Endosc.* 2016; 8: 310–318.
- Martínez-Ordaz J.L., Toledo-Toral C., Franco-Guerrero N. et al.: Surgical treatment of pancreatic pseudocysts. *Cirugía y Cirujanos*. 2016; 84: 288–292.
- Gurusamy K.S., Pallari E., Hawkins N. et al.: Management strategies for pancreatic pseudocysts. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016; Issue 4. Art. No.: CD011392.

Liczba słów: 1400

Liczba stron: 3

Tabele: –

Ryciny: 3

Piśmiennictwo: 10

DOI: 10.5604/01.3001.0010.3911

Spis treści: <http://ppch.pl/resources/html/articlesList?issuelid=10336>

Prawa autorskie: Copyright © 2017 Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny. Published by Index Copernicus Sp. z o. o. All rights reserved.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Autor do korespondencji: Dr n. med. Adam R. Markowski, Oddział Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii, Samodzielny Szpital Miejski im. PCK, ul. Sienkiewicza 79, 15-003 Białystok, Polska, Tel.: +48 85 66 48 512, E-mail: markowski@szpitalpck.pl.

Cytowanie pracy: Markowski A. R., Brodalka E., Guzinska-Ustymowicz K., Zaręba K., Cepowicz D., Kędra B.; Large pancreatic pseudocyst penetrating into posterior mediastinum;; *Pol Przegl Chir* 2017; 89 (4): 42–44