

HAEMOSUCCUS PANCREATICUS

Sällsynt och svårdiagnostiserat blödningstillstånd där behandlingen är kontroversiell

Patienten hade upprepade gastrointestinala blödningar utan påvisbar blödningskälla. Nyttillkommet datortomografi-fynd föranledde explorativ laparotomi under diagnosen haemosuccus pancreaticus. Olika behandlingsalternativ finns.

En 63-årig kvinna uppsökte kirurgiska kliniken 1992 för obehag från övre delen av buken. Gastroskopi visade en lindrig esofagit. Ultraljud av lever-gallvägar och pankreas utfördes. Inom corpus pancreatis påvisades ett lågekogent område, vilket även verifierades med datortomografi. Inga gallstenar påvisades och hennes leverprov var normala. Patienten förnekade alkoholmissbruk.

En finnålspunktion mot corpus pancreatis visade endast en ospecifik reaktiv cellbild och inga maligna celler. Patienten avböjde endoskopisk retrograd kolecystopankreatikografi (ERCP). Vid efterföljande ultraljudskontroller våren 1994 sågs en oförändrad bild. Patienten var då helt besvärsfri.

Kvinnan återkom våren 1995 på grund av färsk blodkräkning men vägrade då gastroskopi. Hon erhöll blodtransfusion med två enheter, och blödningen avstannade spontant.

Recidiverande blödningar

Inom loppet av två månader lades patienten in tre gånger på grund av recidiverande hematemes och/eller melena. Vid ett av dessa vårdtillfällen krävdes blodtransfusion med två enheter.

Gastroskopi visade vid den första av dessa blödningsepisoder en fibrinbelagd ulceration invid pylorus. Upprepa-



Figur 1. Datortomografi visar motsvarande corpus pancreatis en 5 x 5 cm stor oregelbunden expansivitet med kontrastförstärkning i periferin och låg attenuering centralt.

de gastroskopier vid efterföljande blödningar var dock helt normala. Kolonröntgen och öronkonsult påvisade inga blödningskälla.

I samband med en ny transfusionskrävande blödning hösten 1995 noterades en nyttillkommen amylasstegring i serum. Efterföljande datortomografi påvisade då en cystisk expansivitet i corpus pancreatis som mätte 5 x 5 centimeter (Figur 1). Vid endoskopisk retrograd pankreatikografi (ERP) sågs ductus pancreaticus dislokerad och distalt cystiskt vidgad med innehåll i gången (Figur 2). Förnyad perkutan finnålsbiopsi visade endast inflammatoriska celler.

Oklar pankreasexpansivitet

Förändringen i pankreas bedömdes som resekel, som potentiellt malign trots negativ biopsi och som uteslutningsmässigt möjlig orsak till patientens recidiverande gastrointestinala blödningar. I oktober 1995 utfördes därför en explorativ laparotomi under den tentativa diagnosen haemosuccus pan-

creaticus. Kroniska inflammatoriska förändringar påträffades kring corpus och cauda pancreatis med en cystisk uppdrivning motsvarande corpus. Den bakre cystväggen befanns vara adherent över ett brett område mot vena mesenterica superior.

Mot bakgrund av att cystisk pankreastumör ej kunde uteslutas utfördes resektion av corpus och cauda pancreatis samt splenektomi. En rafi utfördes av framväggen av vena mesenterica superior.

PAD visade en benign pankreas-cysta med såväl färsk som gammal blödning samt förbindelse till ett dilaterat gångsystem i pankreas.

Det postoperativa förloppet har varit glatt och patienten har varit fri från blödningssymtom under en uppföljningsperiod av ett år.

I efterhand har det även framkommit

Författare

JÖRGEN WENNER
ST-läkare

JAN OSCARSON

docent, chefsöverläkare; båda vid kirurgiska kliniken, Helsingborgs lasarett.

att patienten haft överkonsumtion av alkohol.

»Hemosuccus pancreaticus»

Begreppet »hemosuccus pancreaticus» introducerades av Sandblom på 1970-talet. Han beskrev tre patientfall där arteriella aneurysm rupturerat in i pankreasgången [1]. En annan benämning i litteraturen är »hemoduktal pankreatit» [2], pekande på ett samband med kronisk pankreatit.

Frekvenssiffrorna är högst varierande och svårtolkade då de ofta anges för små patientserier och i relation till det totala antalet patienter med diagnosen kronisk pankreatit. Blödning utgående från pankreas har uppskattats till 1 på 1 500 fall av gastrointestinal blödning [3].

Patogenetiska mekanismer föreslås i majoriteten av fall vara en bakomliggande pankreatit med enzymatisk autodigestion med eller utan formation av pseudocystor som medför skador på omgivande visceral kår [4]. Vanligast är blödning från artärgren, men även erodering av mjältven eller, som i vårt fall, vena mesenterica superior finns beskrivna [5].

Eroderande förkalkningar och arteriovenösa missbildningar i pankreas förekommer.

Primära aneurysm eller pseudoaneurysm i närliggande kår med ruptur in i pankreasgången har uppgivits kunna orsaka mellan 20 och 40 procent av fallen av hemosuccus pancreaticus och drabbar då oftast mjältartären [6].

Diagnostisk utredning

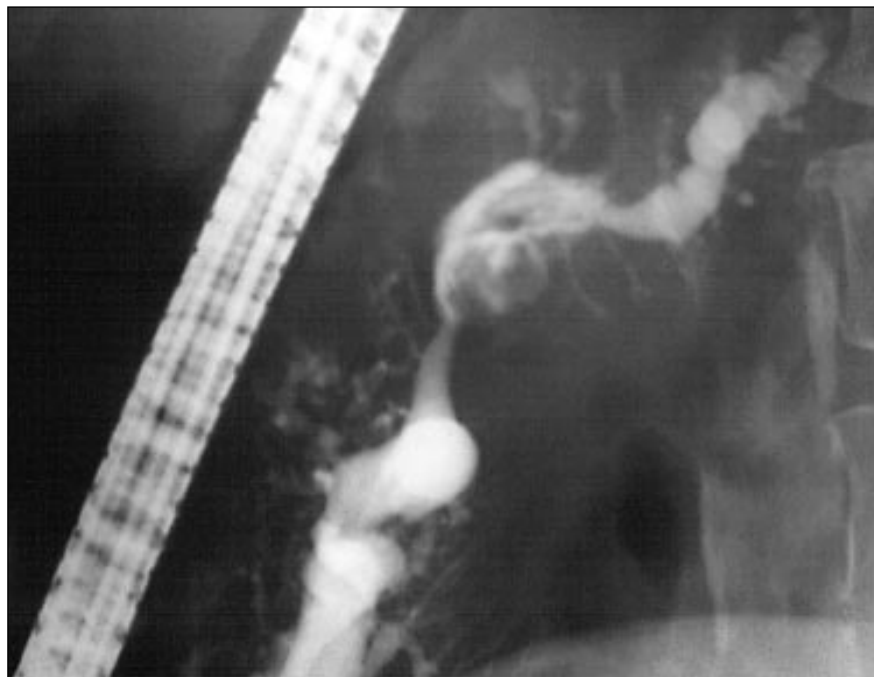
Symtombilden kan variera från enbart anemi utan yttre blödningstecken i upp till 10 procent av fallen [6] till massiv blödning med smärtor sekundärt till koagelobstruktion av pankreasgången. Hos patienter som ej behandlas med akut kirurgi förflyter ofta lång tid mellan symtomdebut och diagnos, såsom i det presenterade fallet. En svårighet är att denna patientgrupp med kronisk pankreatit oftare har andra samtidiga blödningsskällor i form av ulcus, Mallorey-Weiss' rift och esofagusvaricer.

I utredningen ingår esofagogastroduodenoskopi, som i enstaka, akuta fall kan visa blödning från papilla Vateri. Ultraljud och datortomografi kan ge vägledning med påvisande av pankreatitförändringar, pseudocystor eller aneurysm.

I akuta fall med oklar diagnos och cirkulatoriskt stabil patient förordas härefter ofta selektiv visceral angiografi för kartläggning av blödningsskälla och kåranatomi [7]. Vikten av preoperativ diagnos kan inte nog understrykas.

Behandlingsalternativ

Behandlingen av hemosuccus pan-



Figur 2. Vid ERCP erhålls fyllnad av en pankreasgång där gången är dislokerad och komprimerad inom corpus pancreatis. Man ser också kontrastfyllnad av en kavitet med innehåll.

creaticus i akutskedet är kontroversiell. Kirurgisk behandling är behäftad med en hög mortalitet [8]. Doudenopankreatektomi om lesionen finns i caput, väntersidig pankreasresektion om lesionen finns i corpus eller cauda, kan utföras i utvalda fall [4, 6]. Ligatur av det tillförande blodkåret till ett aneurysm finns också beskrivet [8].

Interventionell radiologi är ett alltmer utnyttjat alternativ där man efter angiografisk lokalisering av blödningsskällan kan embolisera kåret selektivt. Ingreppet kan då med fördel kombineras med perkutan dränering av eventuell pankreas cysta. Förespråkare för denna teknik hävdar att komplikationsrisken är liten, och trots viss risk för rekanalisering och därmed recidiv har metoden stora fördelar framför allt i det akuta skedet [7, 9]. I fall som det vi beskrivit där blödningen är venös är förstuds angiografisk embolisering ej tillämplig utan operativ behandling det enda alternativet.

Detta patientfall illustrerar således ett sällsynt men livshotande blödningstillstånd.

I fall av gastrointestinal blödning utan uppenbar blödningsskälla ingår hemosuccus pancreaticus som ett differentialdiagnostiskt övervägande.

Referenser

1. Sandblom P. Gastrointestinal hemorrhage through the pancreatic duct. *Ann Surg* 1970; 171: 61-6.
2. Longmire WP, Rose AS. Hemoductal pancreatitis. *Surg Gynecol Obstet* 1973; 136: 246-50.
3. Frayssinet R, Sahel J, Sarles H. Les wirsungorragies. Etude d'un cas et revue de la littérature. *Gastroenterol Clin Biol* 1978; 2: 993-1000.
4. Bresler L, Boissel P, Grosdidier J. Major hemorrhage from pseudocysts and pseudoaneurysm caused by chronic pancreatitis: Surgical therapy. *World J Surg* 1991; 15: 649-53.
5. Clezy JKA. Pancreatic duct hemorrhage [Correspondence]. *Br J Surg* 1985; 72: 74.
6. Suter M, Doenz F, Chapuis G, Gillet M, Sandblom P. Hemorrhage into the pancreatic duct (Hemosuccus pancreaticus): Recognition and management. *Eur J Surg* 1995; 161: 887-92.
7. Salam TA, Lumsden AB, Martin LG, Smith III RB. Nonoperative management of visceral aneurysm and pseudoaneurysm. *Am J Surg* 1992; 164: 215-9.
8. Stabile BE, Wilson SE, Debas HT. Reduced mortality from bleeding pseudocysts and pseudoaneurysm caused by pancreatitis. *Arch Surg* 1983; 118: 45-51.
9. Huizinga WKJ, Kalideen JM, Bryer JV, Bell PSH, Baker LW. Control of major hemorrhage associated with pancreatic pseudocysts by transcatheter arterial embolization. *Br J Surg* 1984; 71: 133-6.