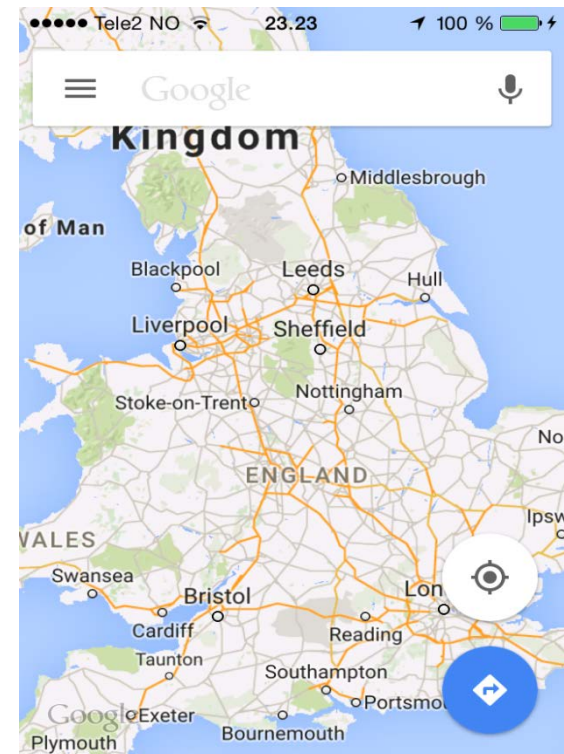




Kasuistikk fra «fellowship» in Hull- UK 2013

Faris Majeed
Medisinsk avdeling
Gastroenterologisk seksjon
Ålesund sjukehus



- 74 år gammel kvinne.
- Opprinnelig fra India.
- Kjent velkontrollert hypertensjon.
- Påvist gallestein med et smerteanfall 4 måneder tilbake ellers frisk.
- DM, aterosklerose og brystkreft i familien.

- Akutt innsettende smerte i høyre hypokondrium ,oppkast, sterkt redusert almenntilstand.

Kliniske funn

- Ved ankomst klinisk betydelig smertepåvirket ,lett febril, lett ikterisk, hypotensiv, bløt i buken men trykkømt i hø. hypokondrium og epigastriet. Ingen peritonismetegn.

- Blodprøver :leukocytose 15, CRP 30,ALAT 80,ALP 250,bilirubin 47, amylase 110, lipase: normal.
- Rtg. oversikt abdomen: ua.
- UL abdomen: multiple gallesteiner i galleblære ,ingen cholecystitt, dilatert choledokus ca 13 mm uten intrahepatisk galleveisdilatasjon,antydning til peripankreatisk væskeansamling.

CT abdomen/MRCP

- Multiple gallesteiner uten tegn til cholecystitt.
- Sparsom perihepatisk væskeansamling.
- Ødematøs pankreashode, ekspansiv prosess kunne ikke utelukkes.
- Dilatert choledokus med avsmalning i ampulla uten veggfortykkelser, steiner eller intrahepatisk galledilatasjon.
- Grenseforstørrede hilære lymfeknuter.

Vurdering og behandling så langt

Bakteriell cholangitt er mistenkt som følge av «avgått» gallestein.

- IV væske
- IV antibiotika
- Smertestillende.

3 dager senere

- Mindre smerterintensitet men fortsatt plaget med diffust abd.ubehag.
- Konstant kvalm men ingen oppkast
- Nattesvette
- Intermitterende febrilia.
- Tilkommet polyuri og hyppig vannlting,2-3 ganger om natten.
- Normalisert ALAT, amylase ALP 150,CRP 20,leukocytose 15.
- Tilkommet hyperglykemi- Blodsukker (fastende 12)

- spørsmål?
- Kommentarer?
- Hva er videre behandling?

Dag 5

- Henvist til gastrokirurg for vurdering.
- Sannsynlig avgått gallestein med sekundære inflammatoriske funn i peritoneum.
- ERCP og senere cholecystectomi anbefalt men EUS ønsket for nærmere kartlegging med tanke på mikrolithiasis/fokal patologi i pankreashode/ampulla.

Dag 6-9

- EUS viste betydelig dilatert choledokus 15 mm men ingen veggfortykkelse.
- Ingen steiner
- Ingen fokal patologi i pankreashode men den ble vurdert å være ødematøs.



- Alle blodkulturer, urindyrkning var negative.
- Abdominale smerter er i bedring men hun har fortsatt profus nattesvette, svingende temp. ,hyperglykemi med polyuri. Intermitterende doser Insulin gis.
- Kirurger synes det hele er inflammatorisk induisert etter avgått stein og bestemmer seg for laparoskopisk cholecystectomi noen dager senere.

Laparoskopi dag 11



Multiple hvite bløte noduli i omentum bl. annet i tilslutning til k. transversum, blodtilblandet væske i buken, svært ødematøs pankreas.

Normale galleblære og lever.

Det mistenkes abdominal karsinomatose. Kirurgen tar multiple biopsier og avstår fra cholecystektomi.....

Dag 12

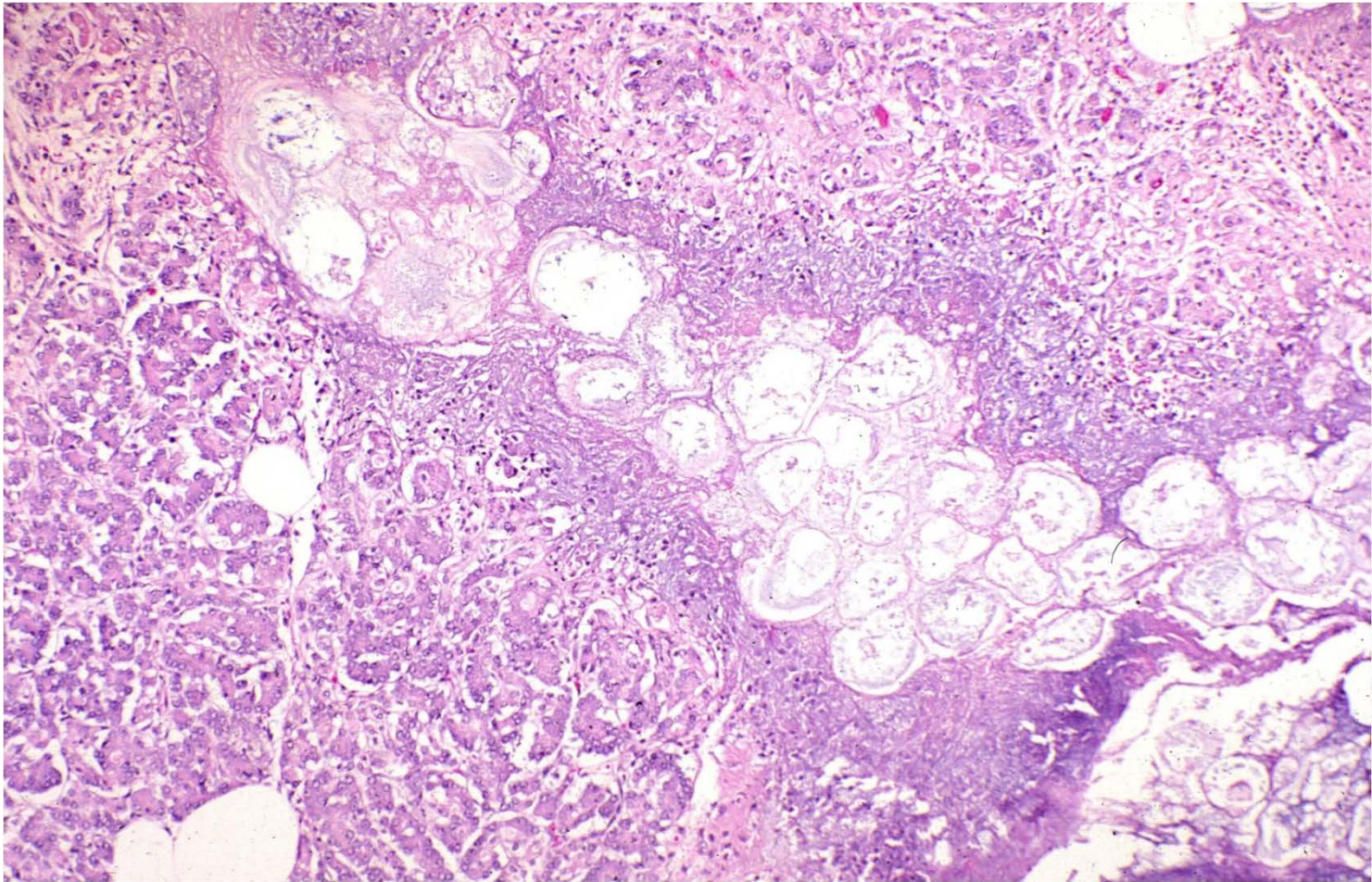
- Det ble bedt om ny CT thorax og abdomen med peroral og iv kontrast.
- Multiple små nodulære lesjoner i buken som kan passe med karsinomatose ,evt. annen atypisk peritoneale påleiringer/TB?? ellers væske rundt lever og pankreas.
- Ingen tegn til primær intraabd. tumor.



Klinisk dag 14

- Fortsatt subfebrilia og nattesvette, hele tiden under AB behandling med Tazocin og etter hvert Meronem. CRP 60, uendret leverparametere.
- Hyperglykemi, starter med Metformin.
- En bestemmer seg for å avslutte antibiotikabehandling(14 dager) ,det mistenkes blant annet «tumorfeber».
- Hun utskrives hjem i påvente av histologisvar.

Histologi



- Omentum med inflammatoriske forandringer
,fettnekrose og
«saponifisering»(fettsyrer+kalsium kompleker)
- Ingen maligne celler påvist.
- Ingen granulomer.

Endelig diagnose?

- Avgått gallestein med påfølgende akutt pankreatitt komplisert med fettnekrose i omentum og hyperglykemi.

1 måned senere

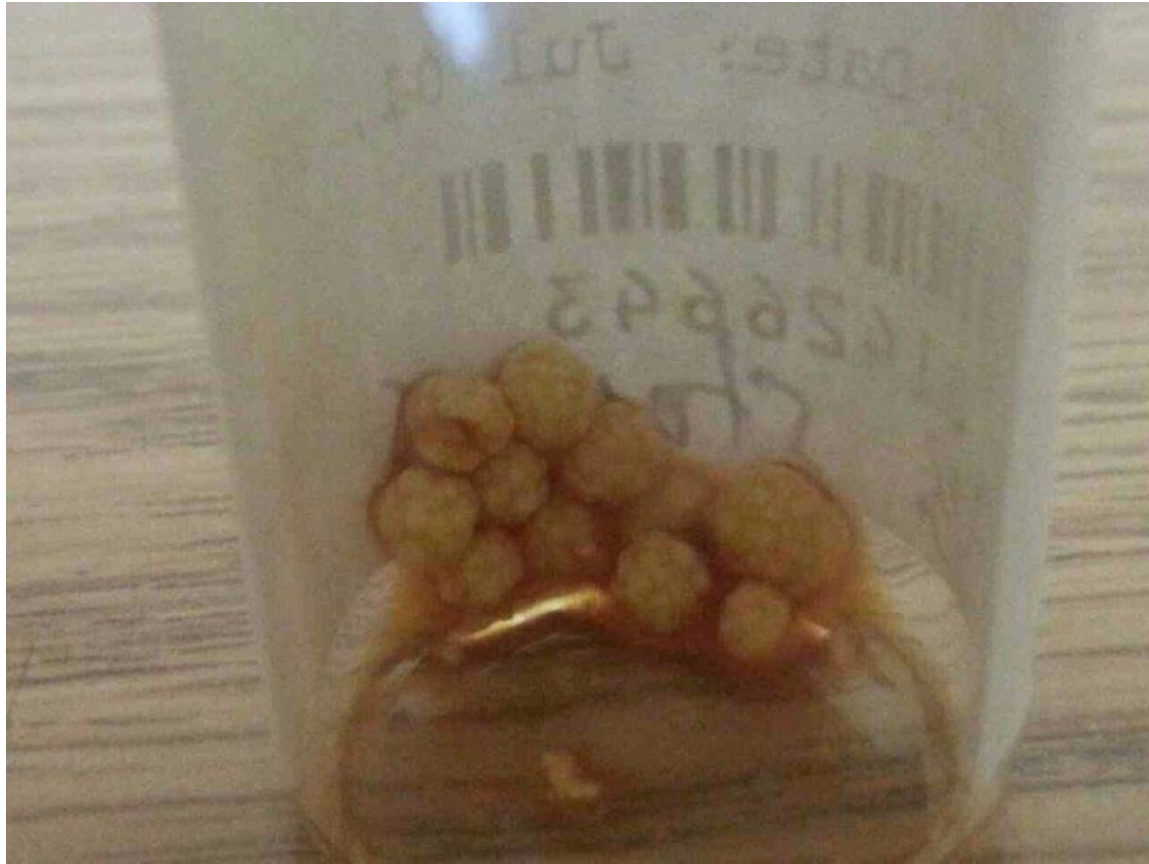
- Klinisk kjekk under fettrestriksjon, normaliserte leververdier.
- Normoglykemisk.
- Laparskopisk cholecystektomi ,fortsatt betydelig dilatert choledocus. T tube innlagt.
- ERCP etterpå med papillotomi gjennomført med påfølgende T-TubeCholangiografi viste god drenasje,ingen steiner.
- T tube ble fjernet 2 uker senere.
- Ett år senere er pasienten i velbefinnende.

Learning points

- Akutt pankreatitt kan presentere seg med atypisk klinisk bilde.
- Blodprøver og billeddiagnostikk kan være ukarakteristiske for pankreatitt.
- Lipase har høy negativ prediktiv verdi men likevel kan ikke utelukke akutt pankreatitt.
- Peritoneal fettnekrose er en kjent men komplikasjon av akutt pankreatitt som kan ligne morfologisk og billedmessig abd. karsinomatose.
- Kliniske beslutninger kan bli påvirket av feiltolkning av billeddiagnostikk

Referanser

- <http://www.joplink.net/prev/201007/21.html>
- <http://radiology.casereports.net/index.php/rcr/article/view/192/471>
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2564215/>
- <http://jdc.jefferson.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1158&context=tmf>



Takk for oppmerksomhet!