

WOPN konzervatív kezelésének határai esetbemutatás kapcsán

Menyhárt Orsolya ¹, Lázár Balázs ¹, Hamvas József Péter ²

¹ Bajcsy-Zsilinszky Kórház, I. Belgyógyászat és Gasztroenterológia, email-cím: drmenyhartorsolya@gmail.com ² Péterfy Kórház-Rendelőintézet, I. Belgyógyászat, Gasztroenterológia részleg



BEVEZETÉS

Az akut pancreatitis kezelése alapvetően konzervatív, azonban a súlyos, szövődményes formák gyakran műtéti beavatkozást igényelnek. Wall-off pancreas necrosis a necroticus pancreatitis egy késői szövődménye, ahol a több, mint 4 hete fennálló necrotizáló folyadékgyülem demarkálódásával fallal körülvett elváltozás alakul ki. Peripancreaticus folyadékgyülemek kezelésében lényegi kérdés az intervenció szükségességének felállítása után az arra legalkalmasabb időpont megválasztása, hisz az elváltozások kétharmadánál konzervatív terápia mellett spontán felszívódás várható. WOPN eseteinek többségében szintén eltekinthetünk az invazív intervenciótól, amennyiben azonban indokolt, gold standard az endoscopos beavatkozás, kevésbé invazív volta miatt.

ESETBEMUTATÁS

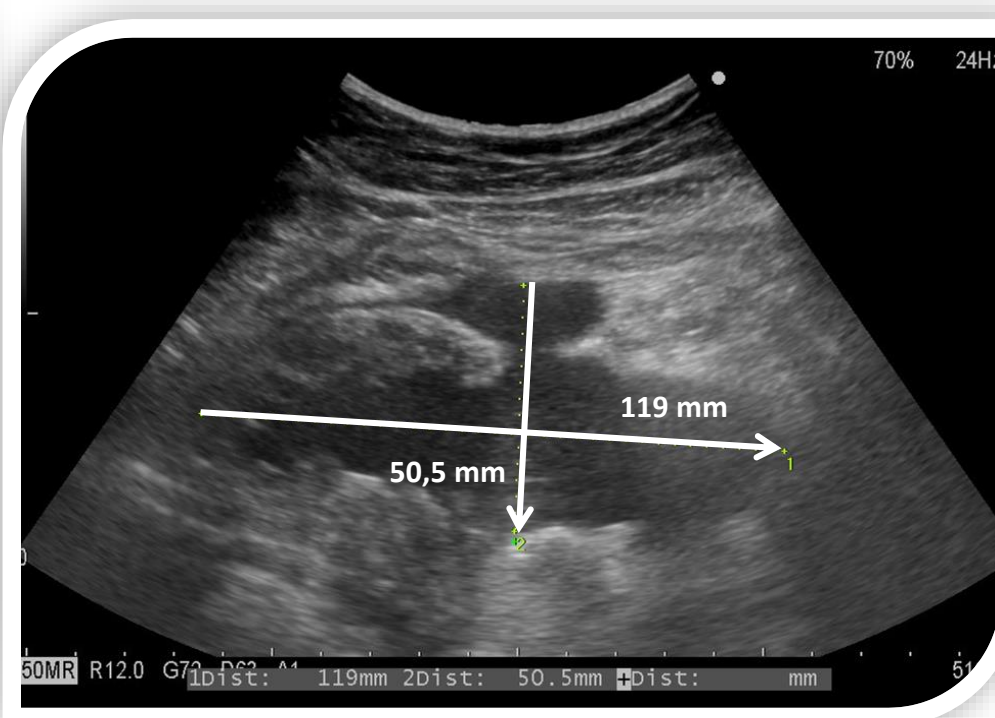
A 43 éves férfit beteg kisebb megszakításokkal 4 hónapot töltött osztályunkon akut pancreatitis, felülfertőződött WOPN és rendszeres visszaesést mutató állapot miatt. Eredménytelen konzervatív terápiát követően endoscopos minimal invazív megoldásokkal sikeresen elkerülhetővé vált a műtéti beavatkozás. Az alábbiakban kezelésének kulcsmomentumai láthatóak az ESGE ajánlásával összevetve.

0. hét I. BENTFEKVÉS - WOPN, CYSTA-SZÁJAZTATÁS 7. hét

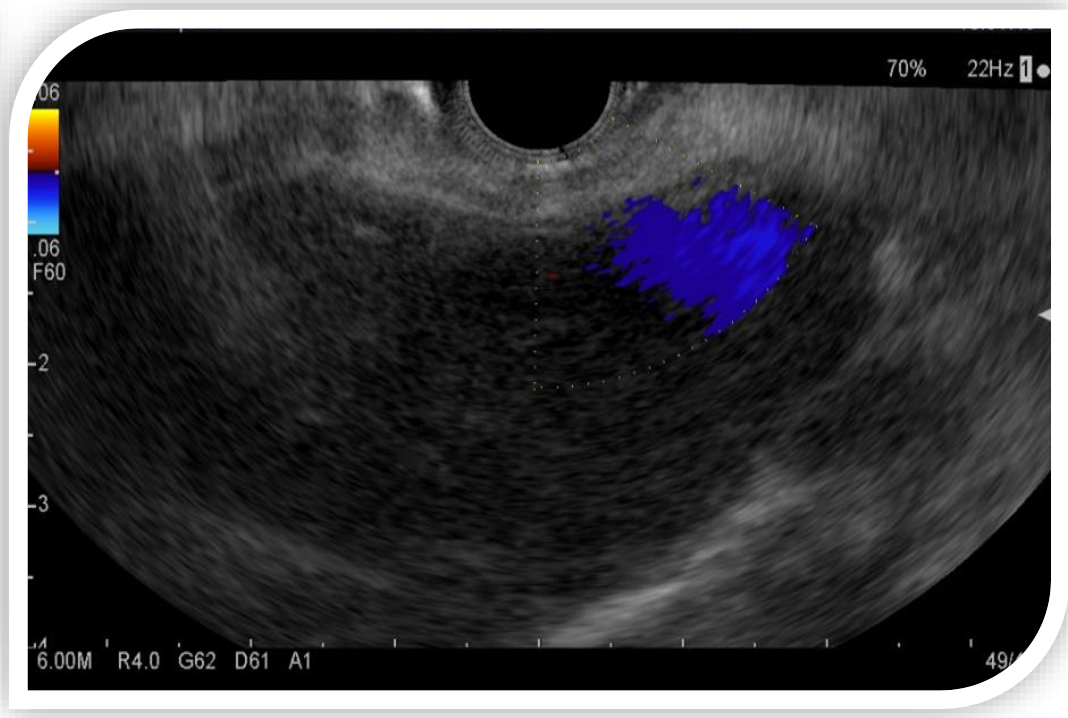
Felvételkor a jellemző laborértékek mellett hasi CT vizsgálat is alátámasztotta az akut pancreatitis diagnózisát, ekkor még nem volt szövődményre utaló jel. Az első két hétben nasojejunális táplálás mellett laborértékek regressziót mutattak, ezzel párhuzamosan azonban képkalkotó cystosus folyamat kialakulását és méretbeli jelentős progresszióját írta le. Konzervatív terápia ellenére perzisztáló hasi fájdalom miatt végül az 5. héten EUS vezérlés alatt cysta-szájzattásra került sor, öntáguló fémstent behelyezésével. Felülfertőződés gyanúja, lázas állapot okán imipenem antibiotikus terápiát, valamint parenteralis táplálást indítottunk. A zavaros cysta tartalmából későbbiekben ESBL termelő Klebsiella törzs tenyésztett ki, mely érzékenységet mutatott az alkalmazott kezelésre. Cysta ürülését követően ultrahangon a korábbi elváltozás helyén már csak virtuális tér volt látható. Regressziót mutató laborértékeket, jelentős állapotjavulást figyelembe véve fémstentet pigtailre cseréltük, a beteg per os táplálását felépítettük és felvételét követő 7. héten emittáltuk.



0. hét Felvételi hasi CT vizsgálat
Pancreatitis acuta, szövődmény nélkül.



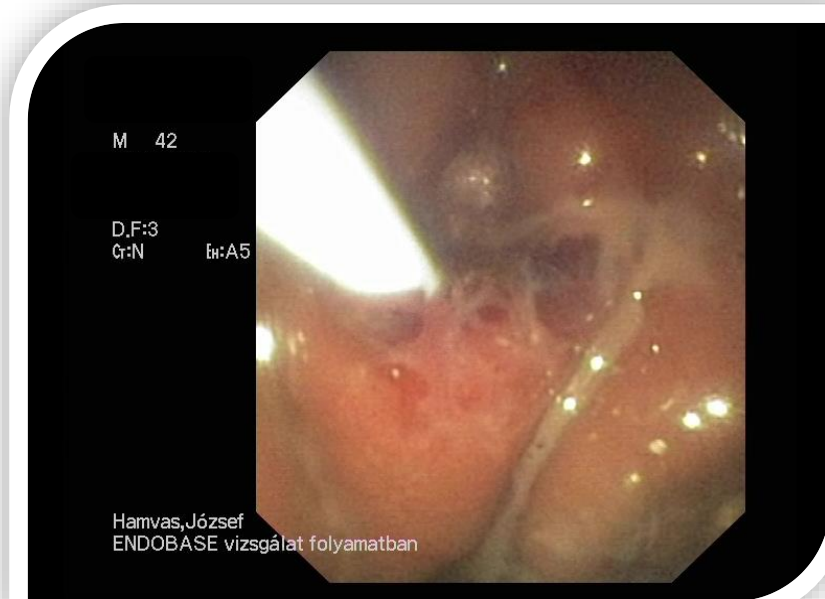
2. hét Kontroll hasi ultrahang
50,5 mm x 119 mm cystosus folyamat



5. hét EUS - cysto-gastrostoma
80-120 mm x 80 mm pancreas cysta



7. hét Pigtail behelyezés, közben kevés sűrű, bűzös váladék ürülése



ESGE ajánlás
Invazív intervenció:

- konzervatív terápia sikertelensége
- steril necrosis esetén
- szerv kompresszió
- perzisztáló fájdalom (>4-8 hét után)

8. hét II. BENTFEKVÉS – PROGRESSZIÓ 9. hét

Az egy hét múlva, 8. héten esedékes kontroll hasi ultrahang progressziót véleményezett, a korábban látott cysta helyén egy nagyobb (9 cm), sűrű bennéki, felrakódásokat tartalmazó solidum volt látható. Láz, emelkedett gyulladásos értékek miatt hospitalizáció vált szükségessé. Konzervatív kezelésként antibiotikumot (imipenem) indítottunk diéta, tápszer mellett. Hasi CT vizsgálat kiterjedt gyulladásos folyamatot ábrázolt, mely csak a distalisabb területeken tűnt valamelyest demarkáltnak, definitív cysta nem volt azonosítható. Felülfertőződés gyanújának és teljes demarkálódás hiányában, valamint panaszmentesség, jó általános állapot okán a beteget emittáltuk.



8. hét Hasi CT vizsgálat

ESGE ajánlás (ANP)
CT 4 héttel a kezdet után:

- nincs klinikai előrelépés
- invazív intervenció
- terápia monitorozás

Invazív intervenció:

- ANP + felülfertőződött necrosis (gyanú/bizonyított)
- nincs klinikai előrelépés
- invazív intervenció
- terápia monitorozás

10. hét III. BENTFEKVÉS - NECRECTOMIA 16. hét

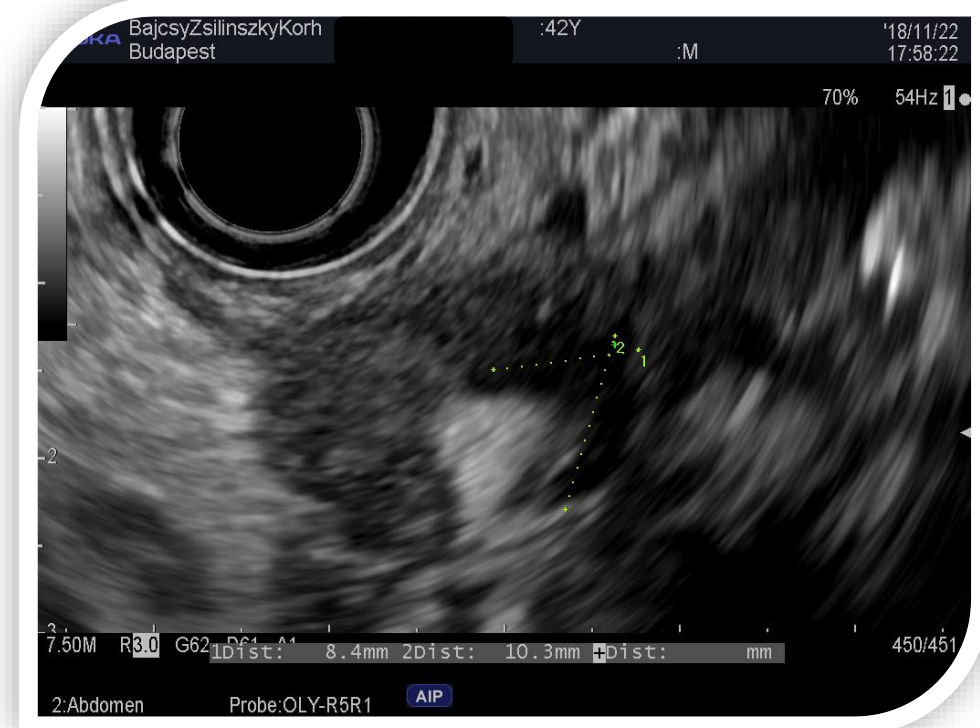
Roszsullét miatt ismét hospitalizáció vált indokoltá kontroll alkalmával. Magasabb gyulladásos értékek mellett képkalkotók retroperitoneumban kiterjedt gyulladást, felritkulást, korábbi WOPN helyén tályog recidívát véleményeztek. Antibiotikum (imipenem), parenteralis táplálás került alkalmazásra. Pigtail mellől gennyes váladékürülés, töltés során zegzugos járatok ábrázolódtak, a necroticus terület öblítésére nasocysticus szondát helyeztünk le. Hasi CT vizsgálat továbbra is kiterjedt gyulladást írt le a pancreas farokban és környezetében, a folyadéktartalmú terimét (tályog) azonban regresszióban látta, valamint demarkálódását mutatta. Ennek ellenére, a több hete húzódó állapot miatt 11. héten sebészeti konzílium történt, mely beavatkozást nem tartott indokoltnak a nem septicus állapot, regresszióban lévő folyamat miatt, mivel spontán gyógyulás elképzelhető volt. 12. héten EUS további regressziót ábrázolt, korábbi necroticus üreg már nem volt látható, pigtail és szonda eltávolítását követően per os táplálását felépítettük.



10. hét Nasocysticus szonda implantáció

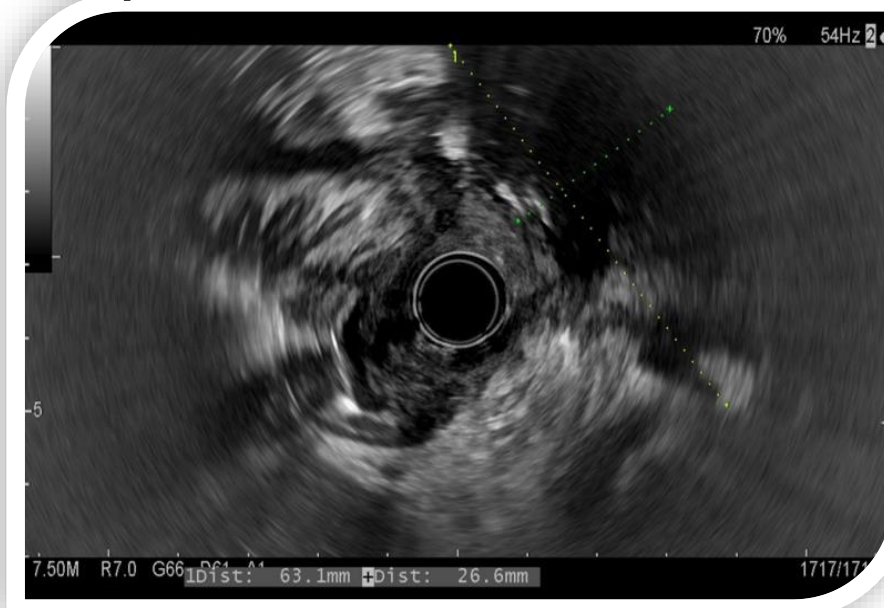


10. hét Hasi CT vizsgálat - 73x40 mm terime

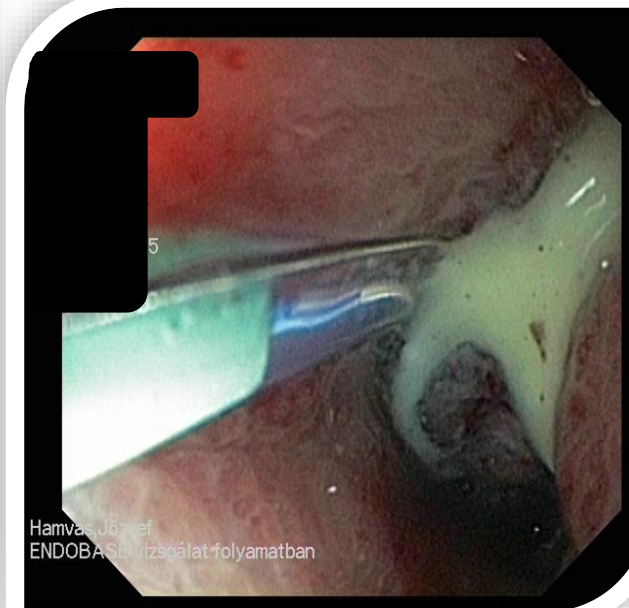


12. hét EUS

A 13. heti kontroll EUS során progressziót észleltünk, gennyes törmelék, folyadéktartalmú üreg megjelenése következtében ismét retroperitonealis cavostomia, fémstent implantáció, nasocavitalis mosószonda lehelyezése történt. 14. héten sebészeti rekonzilium műtéti beavatkozást továbbra sem tartott szükségesnek a regressziót mutató CT lelet, valamint állapotjavulás miatt. Így necrectomiát végeztünk, emellett szonda helyére pigtail került. Hasi CT regresszió mellett továbbra is fennálló tályogot ábrázolt, mely feltárását sebész nem javasolta, betegünket végül otthonába bocsátottuk jó általános állapotban.



13. hét Retroperitonealis cavostomia, mosószonda, fémstent implantáció

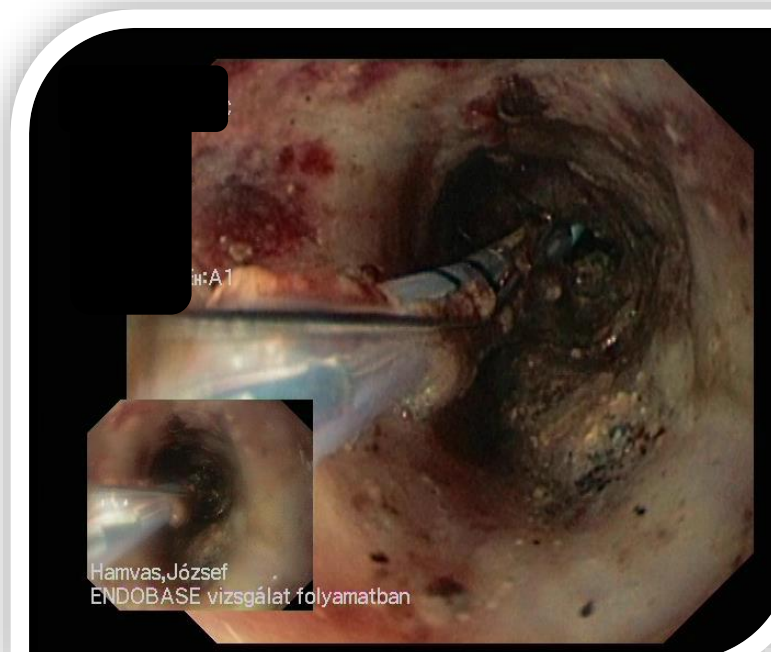


15. hét Necrectomia, pigtail behelyezés



ESGE ajánlás
Nasocysticus szonda:

- öblítés WON kezdetén / necrectomia között / necrectomia elősegítésére
- 500-1000ml/nap NaCl 10%
- tartam, volumen, típus - nincs pontos ajánlás
- (nincs szignifikáns előny az alkalmazásakor)



ESGE ajánlás
Necrectomia
Step-up:

1. endosc. drainage
2. endosc. necrectomia
3. minimalinvazív sebészet

KÖVETÉS



7. hónap Kontroll hasi CT

A rendszeres kontrollra járó férfi állapota stabilizálódott, hasi ultrahang ugyan még zajló pancreatitis jeleit és pseudocystát ábrázolt a 17. héten, de panaszmentes betegként újabb beavatkozást nem igényelt. A korábbi gyulladásos folyamat, tályogüreg suspect képlet jelentős regressziója látható.

A necroticus bennéket tartalmazó cysta méretbeli alakulása:

- 17. hét hasi UH - 48x50 mm
- 18. hét hasi UH - 39x38 mm
- 21. hét hasi UH - 19x34 mm
- 26. hét hasi CT - 20x20 mm

KÖVETKEZTETÉS

WOPN konzervatív és sebészeti kezelésének határa nehezen húzható meg teljes magabiztonsággal, főként egy alapvetően nem rossz általános állapotú, de folyamatos visszaesést mutató betegnél. Mindkét megoldás esetében hasonló az eredményesség, azonban a kórházi kezelés időtartama, költségek eltérőek. A beavatkozást önmagában nem indokolja a folyadékgyülem nagysága, inkább a szövődmény valószínűségét és a panaszosság fennállását javallott szem előtt tartani. Esetünkben konzervatív terápia került alkalmazásra endoscopos minimal invazív beavatkozásokkal kiegészítve, mely ellátási mód ugyan elhúzódó kórházi kezelést igényelt, azonban egy megterhelő műtéti beavatkozást kerülhetett el így a betegünk.