

ОПСТРУКЦИЈА ДУОДЕНУМА УСЛЕД ХРОНИЧНОГ ПАНКРЕАТИТИСА

Радоје ЧОЛОВИЋ, Никица ГРУБОР, Сергеј ЗОГОВИЋ, Велимир МАРКОВИЋ
Институт за болести дигестивног система Клиничког центра Србије, Београд

КРАТАК САДРЖАЈ: Низ опструкционих компликација може настати код болесника с хроничним панкреатитисом. Најчешће су опструкције вода панкреаса и холедохуса, док је опструкција дуоденума ретка, а опструкција колона веома ретка. Стеноза дуоденума услед хроничног панкреатитиса обично је релативна, па хируршко лечење најчешће није неопходно, осим ако се операција не предузима због других опструкционих компликација. Тешке стенозе дуоденума код којих је хируршко лечење неопходно веома су ретке. Приказан је 46 година стар мушкарац који је боловао од хроничног алкохоличарског панкреатитиса, што је довело до скоро потпуне опструкције дуоденума те је било неопходно хируршко лечење. Више од три године после операције болесник је без икаквих тегоба, и уз апстиненцију од алкохола, дијету сиромашну мастима, и супституциону терапију осећа се веома добро – повратио је ранију масу тела и показује тенденцију ка гојењу.

Кључне речи: хронични панкреатитис, дуоденум, опструкција. (СРП АРХ ЦЕЛОК ЛЕК).

УВОД

Стеноза дуоденума у хроничном панкреатитису је ређа опструкциона компликација ове болести. У већини случајева реч је о релативној стенози, која се може погоршавати у току акутизације панкреатитиса када додатни колатерални едем зида дуоденума и главе панкреаса доведе до појачања стенозе. Она се често смирује конзервативним лечењем. Тешке стенозе су ретке, посебно тзв. циркумференцијска стеноза дуоденума. Од већег броја релативних стеноза које смо током година лечили приказујемо болесника с тешком анулусном, циркумференцијском стенозом, кога смо успешно оперисали.

Приказ болесника

Мушкарац, стар 46 година, током последњих десетак година скоро редовно је конзумирао жестока алкохолна пића. Пре две године, једно време, осећао интензивне болове, због чега је лечен у регионалној болници под дијагнозом хроничног панкреатитиса и дуоденалног улкуса. Од тада је почео повремено да повраћа, у последње време учестало. Обично је повраћао стару храну која је заударала. Изгубио је у маси тела око 10 килограма. Клинички преглед је показао да је болесник потхрањен, а у епигастријуму, нешто удесно од средње линије, палпирао се тумефакт промера неколико центиметара, који је био слабије покретан и углавном безболан. Сви стандардни лабораторијски налази били су у границама нормалних опсега. Леукоцити: $4,4 \times 10^9/L$, $CE = 4 \text{ mm/h}$. Парцијално тромбoplastинско време било је мало продужено – 41,2 s (нормално: 26–36). Ултрасонографски налаз: виђени су увећана жучна кеса, без знакова калкулозе, и нехомоген панкреас с увећаном главом у којој се види солидна хипоехогена фокусна промена, промера $46 \times 44 \text{ mm}$. Рендгенским прегледом желуца нађен је, уз хипотону дуоденографију, проширен каскадни желуцац, ослабљене перисталтике, пун остатака хране. Булбус дуоденума је знатно дилатисан (мега-булбус), а иза булбуса знатна стеноза, која је веома ометала пасажу контраста (Слика 1). Венац дуоденума ужег лумена, али очуване мукозе. На D3 виђен је мали дивертикулум.

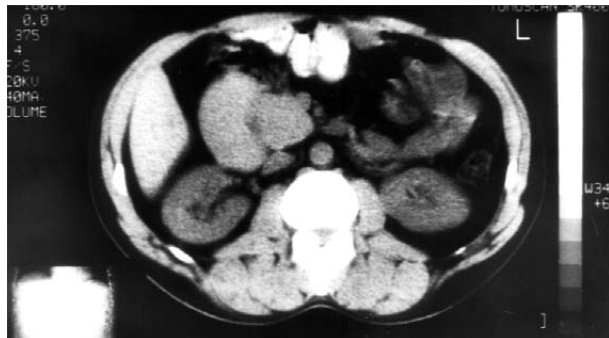
Горња ендоскопија је показала рефлуксни езофагитис трећег степена, пуно садржаја у желуцу, очувану мукозу желуца, дилатисан булбус, а затим супрапапиларно стенозу

дуоденума, која није била пролазна за ендоскоп. Служница дуоденума није показивала промене, па је ендоскопист закључио да стеноза дуоденума није порекла служнице. Ендо-



СЛИКА 1. Преглед желуца показује дилатисан желуцац пун остатака хране, дилатисан булбус и јаку циркумференцијску стенозу дуоденума.

FIGURE 1. Dilated stomach with lots of food particles, dilated duodenal bulb and severe circumferential stricture of the duodenum.



СЛИКА 2. Компјутеризована томографија панкреаса показује увећан панкреас.

FIGURE 2. Enlarged pancreas on CT.

скопска рендгеноскопија панкреаса није била изводлива.

Компјутеризованом томографијом уочено је да су глава и *procesus uncinatus* панкреаса увећани, у целини хомогене структуре и равномерне хомогене сатурације контраста. Промер унцинатуса је 4,5 cm. Лимфне жлезде у околини нису увећане (Слика 2).

Болесник је оперисан 25.2.1998. године горњом медијалном лапаротомијом. Нађене су бројне адхезије око жучне кесе, која је била дистендисана. Урађена је периперациона холангиографија, која је била нормалног налаза. Папила се налазила врло мало изнад стенозе, тако да се контрастом пунио само проксимални, дилатисани део дуоденума (Слика 3), док пасаже контраста пут дистално није било. Даљом експлорацијом нађена је увећана, чврста глава панкреаса, док су тело и реп били само тврди и фиброзни. Испод и иза доњег дела главе панкреаса нађена је тумефакција величине женске песнице која је залазила у подмезоколични спрат. После мобилизације колоне и ослобађања танког црева, које је у том региону знатно срасло, нађен је асептични апсцес који је садржавао некротични дебрис. На том месту дуоденум је фиброзним процесом био веома сужен. Није било знакова анулусног панкреаса. После евакуације некротичног дебриса, урађени су ваготомија трункуса и задња гастројејуностомија по Фон Хакеру. Постоперациони ток је био сасвим нормалан. Више од три године (39 месеци) болесник се осећа добро и уз дијету сиромашну мастима и лековима (дражеје панкреатина) брзо је добио око 10 килограма у маси тела, колико је био изгубио пре операције. У последње време показује склоност ка гојазности. У време писања овог приказа осећа се одлично, гојазан је, а рендгенски преглед желуца показује да се желудац смањивао и да гастројејуностомија нормално функционише. Ендоскопски налаз је нормалан. Резултат теста уреазе је негативан. Сви лабораторијски налази, као и ултрасонографски налаз, потпуно су нормални.



СЛИКА 3. Периперациона холангиографија показује у основи нормално билијарно стабло с папиллом одмах изнад стенозе и пуњење контрастом само дуоденума изнад стенозе.

FIGURE 3. Operative cholangiography with papilla close to the stricture and filling of duodenum only above the stricture.

ДИСКУСИЈА

Компликације опструкције хроничног панкреатитиса јављају се код више од две трећине болесника с хроничним панкреатитисом [1]. Стеноза дуоденума или опструкција у току хроничног панкреатитиса сматра се ретком компликацијом, која се јавља код око један посто ових болесника [2, 3]. Према Тејлору (*Taylor*) и сарадницима [4], до 1991. године, у литератури је описано свега 58 случајева опструкције дуоденума. Учесталост стенозе дуоденума у хроничном панкреатитису зависи од тога колики се степен стенозе сматра довољним за дијагностику: на пример, Леви (*Levy*) и сарадници [5], 1993. године, међу 306 болесника с хроничним панкреатитисом стенозу дуоденума налазе код 5,6 посто болесника.

Захваћеност дуоденума инфламационим процесом у умерено тешком хроничном панкреатитису среће се у око 25 посто рендгенских прегледа гастро-дуоденума, али је стеноза најчешће малог степена и обично последица додатног колатералног едема, који пролази под конзервативном терапијом [3]. Опструкција дуоденума је врло често праћена опструкцијом вода панкреаса, а нешто ређе и жучног вода [4, 5]. Опструкција дуоденума најчешће се јавља током прве године клиничког тока хроничног панкреатитиса [5].

Опструкција дуоденума у хроничном панкреатитису најчешће је последица фиброзног процеса у глави панкреаса и у дуоденуму. Ређе је последица веће цисте главе панкреаса, а најређе апсцеса панкреаса [5, 6]. Стеноза дуоденума је најчешће локализована на другој порцији дуоденума, затим на првој, или целом дуоденуму [3, 5]. Стеноза може настати споро [2], али и брзо, током егзацербације хроничног панкреатитиса [7]. Током неколико година стеноза може бити супклиничка и независна од абзуса алкохола [2], а тек када постане тешка јављају се класични симптоми: мука, повраћање и губитак у маси тела [2].

Дијагноза се поставља лако. Она је суспектна када болесник повраћа или када губи велику количину садржаја сондом. Рендгенски преглед баријумом и ендоскопија довољни су за постављање дијагнозе [8]. Служница дуоденума на месту опструкције интактна је.

Диференцијална дијагностика је обично лака, а заснива се на низу знакова хроничног панкреатитиса. Циркумференцијске стенозе, као код нашег болесника, тешко се могу разликовати од анулусног панкреаса, код кога такође при ендоскопском прегледу на месту стенозе нема промена на мукози. И тешке улкусне стенозе могу диференцијално-дијагностички доћи у обзир.

Терапија стенозе дуоденума у хроничном панкреатитису зависи од степена и узрока стенозе (коллатерални едем услед егзацербације или фиброзна стеноза), нивоа и дужине стенозе, као и од евентуалне сумње на малигнитет [9]. У сваком случају, с хируршким операцијом не треба журити, јер се опструкција дуоденума може спонтано повући, нарочито кад је настала нагло у току умерено тешког хроничног панкреатитиса [3]. Конзервативну терапију тада треба применити бар четири недеље, уз хипералиментацију [3]. Ако је стеноза дуоденума последица коллатералног едема, она ће се повући, а ако је последица фиброзирајућег панкреатитиса, хируршка интервенција ће бити неопходна [3].

Спектар могућих хируршких операција је широк. Понекад само мобилизација дуоденума може бити довољна [6]. Кад је стеноза-опструкција у вези с већом цистом главе панкреаса, њена дренажа ће сама по себи решити проблем опструкције [6]. Најчешће примењивана операција за стенозу дуоденума или опструкцију јесте гастројејуностомија. Према Тејлору и сарадницима [4], код две трећине (од 58) у литератури описаних болесника, успешно се поступило на овај начин. Понекад, ради решавања других а пре свега билијарне опструкције, потребни су додатни

DUODENAL OBSTRUCTION DUE TO CHRONIC PANCREATITIS

R. CHOLOVITSH, N. GRUBOR, S. ZOGOVITSH, V. MARKOVITSH

Institute of Digestive Diseases, Clinical Centre of Serbia, Belgrade

Chronic pancreatitis may cause a number of obstructive complications. Obstructions of the pancreatic and common bile duct are the most frequent, obstruction of the duodenum is rare and obstruction of the colon is very rare. Duodenal stenosis caused by chronic pancreatitis is usually moderate so that the surgical treatment is not necessary except if operation is necessary for other obstructive complications. The severe isolated duodenal stenosis for which surgery is mandatory is rare.

We present a 46-year old male suffering from chronic alcoholic pancreatitis causing almost complete duodenal ob-

struction in whom surgical treatment was necessary. The truncal vagotomy and gastroenterostomy were performed. With abstinence of alcohol, low fat diet and substitute therapy more than 3 years after surgery the patient is symptom-free. He regained the previous weight and shows tendency to become fat.

Key words: Chronic pancreatitis, duodenum, obstruction. (SRP ARH CELOK LEK).

поступци с бајпасом. У групи од 24 разне врсте поступака с бајпасом, одличан резултат је постигнут практично код свих болесника [8]. Поступци дренаже, сами или у комбинацији, праћени су малим морбидитетом и редовно клиничким побољшањем, те могу бити боље решење од ресекционих операција [1, 4, 6, 10, 11]. Последњих година постоји тенденција ка ресекционим операцијама главе панкреаса, јер се промене у њој сматрају генератором хроничног инфламационог процеса [12–14]. Ресекција је препоручљива и када постоје удружене опструкције дуктуса холедохуса, Вирсунговог канала и стенозе вене порте, јер се њоме истовремено решавају сви ови проблеми [12, 15]. Ресекција главе панкреаса класичном Випловом операцијом или пилорус-презервишућом операцијом индикована је када је неопходно да се ублажи бол [16] и када се малигнитет не може искључити [9]. Ресекција дела главе и врата панкреаса по Бегеровом методу такође се све чешће примењује [15, 17].

Ипак, и поред свега, потреба и врста хируршке операције морају се индивидуализовати и реално проценити ризици операције и могућности болесника, и за сваког болесника одабрати најбоље и најмање ризично решење [10]. Код болесника с тешком стенозом дуоденума, као што је случај код нашег болесника, од ресекционих операција дошле би у обзир само класична или пилорус-презервишућа цефалијска дуоденопанкреатектомија.

- Bradly EL Jr, Clement JL Jr. Idiopathic duodenal obstruction: on unappreciated complication of pancreatitis. *Ann Surg* 1981;193:638-48.
- Taylor SM, Adams DB, Anderson MC. Duodenal stricture: a complication of chronic fibrocific pancreatitis. *South Med J* 1991;84:338-41.
- Levy P, Lesur G, Belghiti J, Fekete F, Bernades P. Symptomatic duodenal stenosis in chronic pancreatitis: a study of 17 cases in a medical-surgical series of 306 patients. *Pancreas* 1993;8:563-7.
- Aranha GV, Prinz RA, Greenlee HB, Freeark RJ. Gastric outlet and duodenal obstruction from inflammatory pancreatic disease. *Arch Surg* 1984;119:833-5.
- Herzig B, Zlamal M. Duodenal obstruction as a complication in acute exacerbation of chronic pancreatitis (english obstr.). *Rozhl Chir* 1992;71:396-8.
- Uravic M, Štimac D, Rubinić M, Kovač D, Zilli M, Petrošić N et al. Duodenal obstruction from chronic pancreatitis. *Minerva Chir* 1997;52:885-9.
- Satake K, Umeyama K. "Idiopathic" duodenal obstruction due to chronic pancreatitis. *Am Surg* 1984;50:534-7.
- Sugerman HJ, Barnhart GR, Newsome HH. Selective drainage for pancreatic, biliary and duodenal obstruction secondary to chronic fibrosing pancreatitis. *Ann Surg* 1986;203:558-67.
- Schoon IM, Gamclon R. Persistent duodenal obstruction secondary to pancreatitis. Report of two cases. *Acta Chir Scand* 1983;149:801-4.
- Aschley SW, Reber HA. The Whipple operation: The classical surgical procedure to treat chronic pancreatitis. *Dig Surg* 1996;13:113-7.
- Büchler MW, Friess H, Baer HU, Neoptolemas JP. Surgical treatment of chronic pancreatitis: New standards. *Dig Surg* 1996;13:66.
- Traverso LW, Kozarek RA. Long-term follow-up after pylorus preserving pancreatoduodenectomy for severe complications of chronic pancreatitis. *Dig Surg* 1996;13:118-26.
- Friess H, Müller MW, Büchler MW. Which is better operation in chronic pancreatitis: Pylorus preserving Whipple or duodenum-preserving pancreatic head resection? *Dig Surg* 1996;13:141-9.
- Makrauer FL, Antonioli DA, Banks PA. Duodenal stenosis in chronic pancreatitis: clinicopathological correlations. *Dig Dis Sci* 1982;27:525-32.
- Büchler MW, Berberat P, Beger HG, Friess H. The duodenum-preserving operation in chronic pancreatitis. *Dig Surg* 1996;13:127-33.

ЛИТЕРАТУРА

- Huizinga WK, Baker LW. Surgical intervention for regional complications of chronic pancreatitis. *Int Surg* 1993;78:315-9.
- Condit JR Jr, Wong DK. Chronic pancreatitis progressing to duodenal obstruction in the absence of classic symptoms. *Henry Ford Hosp Med J* 1991;39:52-5.

RADOJE ČOLOVIĆ

Institut za bolesti digestivnog sistema

Klinički centar Srbije

11 000 Beograd, Koste Todorovića 6

Tel.: 011/361-0-715, lok. 133)