

©Borgis

Marek Pazurek¹, Jarosław Chrząstek², Wojciech Szubert², Ewa Małecka-Panas¹, *Ludomir Stefańczyk²

Krwawienie z przewodu trzustkowego spowodowane przetoką tętnicy śledzionowej w przebiegu przewlekłego zapalenia trzustki. Opis przypadku

Bleeding from the pancreatic duct caused by a splenic artery fistula in the course of chronic pancreatitis. A case report

¹Klinika Chorób Przewodu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Ewa Małecka-Panas

²Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. med. Ludomir Stefańczyk

Słowa kluczowe

krwawienie z przewodu pokarmowego,
zapalenie trzustki, leczenie
endowaskularne

Keywords

digestive tract bleeding, pancreatitis,
endovascular treatment

Konflikt interesów

Conflict of interest

Brak konfliktu interesów
None

Adres/address:

*Ludomir Stefańczyk
Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
ul. Kopcińskiego 22, 92-153 Łódź
tel.: +48 (42) 678-67-34
stefanczyk_l@wp.pl

Streszczenie

Krwawienie z brodawki Vatera należy do rzadkich krwawień z górnego odcinka przewodu pokarmowego (GOPP) i stanowi wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne. Najczęstszymi przyczynami są zapalenia trzustki, rzadszymi – tętniaki tętnicy śledzionowej.

W przedstawionej pracy opisano przypadek krwawienia z brodawki Vatera spowodowanego przetoką tętnicy śledzionowej w przebiegu przewlekłego zapalenia trzustki. Zaprezentowano leczenie endowaskularne łączące metodę embolizacyjną spiralami metalowymi w połączeniu z zastosowaniem kleju tkankowego.

Podstawową techniką obrazowania stosowaną w rozpoznawaniu tej patologii jest tomografia komputerowa po dożylnym podaniu środka cieniującego (Angio-TK). Przy braku aktywnego krwawienia i wypełnieniu miejsca przetoki skrzeplinami może być ona niewiódca. Badanie pozwala jednak na wykluczenie innych przyczyn krwawienia. Leczenie endowaskularne z embolizacją tętnicy śledzionowej wydaje się metodą z wyboru, zwłaszcza że może być zastosowane doraźnie nawet u pacjentów w ciężkim stanie.

Summary

Bleeding of Vater's wart is rare cause of bleeding in the upper gastrointestinal tract (UGT) and is a diagnostic and therapeutic challenge. The most common reason is pancreatitis, the less common – splenic artery aneurysms.

In this paper we describe a case of bleeding of Vater's wart caused by a fistula of the splenic artery in the course of chronic pancreatitis. Endovascular treatment – embolization method with metal spirals combined with the use of tissue adhesive was presented.

The basic imaging technique used in diagnosing this pathology is computed tomography after intravenous administration of a contrast agent (CT-Angio). In the absence of active bleeding and filling of the fistula with thrombi, it may be invisible. However, the test allows to exclude other causes of bleeding. Endovascular treatment with embolization of the splenic artery seems to be the method of choice, especially since it can be used temporarily even in patients in severe condition.

Krwawienie z brodawki Vatera należy do krwawień z górnego odcinka przewodu pokarmowego (GOPP), występuje rzadko i stanowi wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne.

Istnieje wiele czynników etiologicznych, a najczęstszymi przyczynami są zapalenia trzustki, rzadziej tętniaki tętnicy śledzionowej (1).

Odnotowano przypadek 40-letniego mężczyzny hospitalizowanego z powodu niedokrwistości (Hgb – 7,8 g/dl) spowodowanej przewlekłym krwawieniem z górnego odcinka przewodu pokarmowego. W wykonanej endoskopii GOPP stwierdzono aktywne krwawienie z brodawki mniejszej i większej dwunastnicy. Powtarzające się krwawienie kilkakrotnie tamowano

Obecnie uznaje się dwie metody leczenia – leczenie endowaskularne lub chirurgiczne (9-12). Embolizację najczęściej wykonuje się w tym obszarze spiralami metalowymi lub, jak w prezentowanym przypadku, techniką łączoną z zastosowaniem spiral i kleju histoakrylowego. Podczas zabiegu prowokuje się wytworzenie zakrzepu w worku tętniaka. Leczenie przetoki bez tętniaka jest trudniejsze. W tym wypadku należy odcinkowo unieść tętnicę i spowodować potencjalne niedokrwienie tkanek unaczynionych przez operowane naczynie (13). Metody radiologiczne umożliwiają uniknięcie obciążającego zabiegu chirurgicznego. Leczenie chirurgiczne stosuje się przy braku zmian na-

czyniowych lub nieskuteczności leczenia endowaskularnego (8, 14). W opisanym przypadku zastosowanie leczenia endowaskularnego przyniosło pożądany efekt terapeutyczny. Wystąpienie częściowego niedokrwienia śledziony najczęściej nie powoduje istotnych implikacji klinicznych (13).

Podsumowując, należy stwierdzić, że w przypadku podejrzenia przetoki z towarzyszącym krwawieniem z przewodu trzustkowego embolizacja jest metodą z wyboru. Leczenie endoskopowe ma charakter wyłącznie doraźny, natomiast leczenie chirurgiczne powinno być zastosowane po nieskutecznym leczeniu endowaskularnym.

PIŚMIENNICTWO

1. Han B, Song ZF, Sun B: Hemosuccus pancreaticus: a rare cause of gastrointestinal bleeding. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2012;11(5): 479-488.
2. Massani M, Brida A, Caratozzolo E et al.: Hemosuccus Pancreaticus Due to Primary Splenic Artery Aneurysm: A Diagnostic and Therapeutic Challenge. *JOP* 2009; 10(1): 48-52.
3. de Perrot M, Bühler L, Deléaval J et al.: Management of true aneurysms of the splenic artery. *Am J Surg* 1998; 175: 466-468.
4. Wagner WH, Cossman DV, Treiman RL et al.: Hemosuccus pancreaticus from intraductal rupture of a primary splenic artery aneurysm. *J Vasc Surg* 1994; 19: 158-164.
5. Jakobs R, Riemann JF: Hemosuccus pancreaticus due to a pressure ulcer in pancreatolithiasis. *Dutch Med Wochenschr* 1992; 117: 1956-1961.
6. Morse JM, Reddy KR, Thomas E: Hemosuccus pancreaticus: a cause for obscure gastrointestinal bleeding – diagnosis by endoscopy and successful management by total parenteral nutrition. *Am J Gastroenterol* 1983; 78: 572-574.
7. Frayssinet R, Sahel J, Sarles H: Wirsungorrhagia. Report of a case and review of the literature. *Gastroenterol Clin Biol* 1978; 2: 993-1000.
8. Toyoki Y, Hakamada K, Narumi S et al.: Hemosuccus pancreaticus: Problems and pitfalls in diagnosis and treatment. *World J Gastroenterol* 2008; 14(17): 2776-2779.
9. Mandel SR, Jaques PF, Sanofsky S, Mauro MA: Nonoperative management of peripancreatic arterial aneurysms. A 10-year experience. *Ann Surg* 1987; 205: 126-128.
10. Baker KS, Tisnado J, Cho SR, Beachley MC: Splanchnic artery aneurysms and pseudoaneurysms: transcatheter embolization. *Radiology* 1987; 163: 135-139.
11. Benz CA, Jakob P, Jakobs R, Riemann JF: Hemosuccus pancreaticus – a rare cause of gastrointestinal bleeding: diagnosis and interventional radiological therapy. *Endoscopy* 2000; 32: 428-431.
12. Sugiki T, Hatori T, Imaizumi T et al.: Two cases of hemosuccus pancreaticus in which hemostasis was achieved by transcatheter arterial embolization. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2003; 10: 450-454.
13. Czernik M, Stefańczyk L, Szubert W et al.: Endovascular treatment of pseudoaneurysms in pancreatitis. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne* 2014; 9(2): 138-44.
14. Akpinar H, Dicle O, Ellidokuz E et al.: Hemosuccus pancreaticus treated by transvascular selective arterial embolization. *Endoscopy* 1999; 31: 213-214.

otrzymano/received: 16.03.2018
zaakceptowano/accepted: 6.04.2018