

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2021.06.038

急性坏死性胰腺炎术后并发胆囊瘘 1 例

唐永梁, 向海东

(陆军军医大学大坪医院肝胆胰外科, 重庆 400042)

[关键词] 急性坏死性胰腺炎; 并发症; 胆囊瘘; 引流

[中图分类号] R657.5+1

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2021)06-1079-02

急性坏死性胰腺炎由于伴有胰腺实质和(或)胰周组织坏死,可能引起多种区域性的并发症^[1]。尽管胆道在解剖上与胰腺相毗邻,使其更易受到炎症的波及损害,但在临床工作中胆瘘却是急性坏死性胰腺炎一种少见的并发症,而胆囊瘘更是罕有报道^[2-3]。本文总结分析了 1 例急性坏死性胰腺炎术后并发胆囊瘘的病例,通过对其诊断和治疗过程的回顾,以期提高临床医生对急性坏死性胰腺炎胆道并发症的认识和重视。

1 临床资料

患者,男,46 岁,因“腹胀、腹痛 2 月余”入院。入院前患者曾于外院诊断为“急性坏死性胰腺炎伴胰周积液”,行内科保守治疗及腹膜后胰周积液穿刺置管引流处理。其后患者因引流管引流不佳,并逐渐出现食欲不振、盗汗和体重减轻等症状转入本院继续治疗。入院时行腹部增强 CT 检查提示:胰腺周围大范围包裹性坏死伴积气。于发病后第 83 天,患者接受了双侧路径(腹部和腹膜后)小切口胰腺坏死组织清创引流术,术中通过手指法轻柔去除胰腺及胰周坏死组织,将两根皱襞引流管交叉放置于胰周进行灌洗引流,术中未见明显胆汁及肠液漏出,术后安返病房。术后第 3 天开始常规生理盐水持续灌洗引流。术后第 10 天复查腹部增强 CT 显示胰腺周围包裹性积液显著减少。但自术后第 12 天开始,腹腔引流管每天引流出约 1 000 mL 无明显恶臭的浅黄色浑浊液体,为明确来源,其后反复多次进行消化道碘水造影均未见十二指肠等消化道瘘,且口服亚甲蓝后引流液的颜色也未见明显变化。随后,通过调整引流管位置并经引流管逆行造影,最终发现胆囊与胰腺包裹性坏死之间存在胆囊瘘(图 1)。为治疗胆囊瘘,首先采取了经十二指肠镜鼻胆管置入术,术中发现十二指肠镜无法通过幽门进入十二指肠,操作未能成功。其后进行开腹胆囊切除术,术中发现胆囊壶腹部与十二指肠紧密粘连,手术仅行部分胆囊切除术,严密缝合胰腺包裹

性坏死囊壁瘘口及胆囊残端。但再次手术后,腹腔引流管每天仍有大量淡黄色混浊液体流出(图 2)。最终,该患者施行了超声引导下经皮肝穿刺胆囊置管引流术,腹腔引流管引流量逐步减少(图 3)。首次清创术后 4 个月患者痊愈出院,院外 6 个月随访情况良好。



箭头所示为胆囊。

图 1 经腹腔引流管逆行造影



箭头所示为残余胆囊。

图 2 胆囊切除术后经腹腔引流管逆行造影



图3 经皮肝穿刺胆囊置管引流(箭头所示)

2 讨论

重症急性胰腺炎中后期出现胰周包裹性坏死伴感染时,绝大多数患者需要干预处理^[4]。目前,经皮穿刺置管引流术、微创外科坏死组织清除术和内镜下坏死组织清除术是清除和引流胰周感染病灶最常用的技术^[5-6]。随着微创外科技术的发展,重症急性胰腺炎术后并发症的发生率逐渐减少,但是内脏器官穿孔或肠外瘘仍是术后主要并发症之一^[7]。

胆囊作为一个腹腔内器官,相较于胃、十二指肠及横结肠等脏器,其与胰腺的位置相隔较远。同样地,与胃肠道瘘相比,坏死性胰腺炎合并胆囊瘘也是极其罕见的。在本例病案报道中,患者在接受胰周坏死组织清创引流术后引流管内每天有大量的淡黄色浑浊液体引出,十二指肠瘘及结肠瘘是最先被考虑的并发症^[8],为明确诊断瘘的部位及性质,最初包括全胃肠碘水造影、引流管窦道造影及口服亚甲蓝等方法被采用,都未能明确胃肠道瘘的存在。随后经过反复调整引流管位置,并多次经引流管逆行造影,最终证实胆囊瘘的存在。而引流管对于胆囊瘘口的压迫可能是既往检查未发现胆囊瘘的原因。

为了促进胆囊瘘的愈合,本例患者共施行了3种治疗方法。基于鼻胆管引流对胆瘘有较好的治疗效果^[9-10],经十二指肠镜鼻胆管置入术被首先采用,但十二指肠镜因腹腔胃肠管间粘连而无法通过幽门进入十二指肠。同样地,因为严重的腹腔内粘连,其后的标准胆囊切除术也没有成功施行。而术后胆囊瘘持续存在,考虑原因为胆瘘处组织缺血或感染坏死引起。最终,通过超声引导下经皮肝穿刺胆囊置管引流患者得到了痊愈。3种治疗方式各有利弊,但是胆汁的充分引流是根本原则,而微创干预措施则应被优先考虑。

总之,急性坏死性胰腺炎合并胆囊瘘是非常罕见的,它需要包括放射科、超声介入科、消化内科及肝胆胰外科等多种学科的相互协作,以便胆囊瘘能够被早发现、早诊断,并得到个体化的治疗。

参考文献

- [1] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组. 急性胰腺炎诊治指南(2014)[J/CD]. 中华普通外科学文献(电子版),2015,53(2):86-89.
- [2] SORRENTINO L, CHIARA O, MUTIGNANI M, et al. Combined totally mini-invasive approach in necrotizing pancreatitis: a case report and systematic literature review [J]. World J Emerg Surg, 2017, 12: 16.
- [3] CHAUDHARY A, SACHDEV A, NEGI S. Biliary complications of pancreatic necrosis [J]. Int J Gastrointest Cancer, 2001, 29(3): 129-132.
- [4] BARON T H, DIMAIO C J, WANG A Y, et al. American gastroenterological association clinical practice update: management of pancreatic necrosis [J]. Gastroenterology, 2020, 158(1): 67-75 e61.
- [5] 吕新建, 孔瑞, 孙备. 坏死性胰腺炎外科干预方式研究进展 [J]. 中国实用外科杂志, 2018, 38(2): 231-234.
- [6] TRIKUDANATHAN G, WOLBRINK D R J, VAN SANTVOORT H C, et al. Current concepts in severe acute and necrotizing pancreatitis: an evidence-based approach [J]. Gastroenterology, 2019, 156(7): 1994-2007 e1993.
- [7] WRONSKI M, CEBULSKI W, WITKOWSKI B, et al. Comparison between minimally invasive and open surgical treatment in necrotizing pancreatitis [J]. J Surg Res, 2017, 210: 22-31.
- [8] 邹宇, 孙备. 重症急性胰腺炎术后并发症的预防及处理 [J]. 国际外科学杂志, 2016, 43(4): 282-285.
- [9] COLAK S, GURBULAK B, GOK A, et al. Endoscopic treatment of postoperative biliary fistulas [J]. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, 2020, 26(1): 103-108.
- [10] AL A J, CHUNG H, MUNK P L, et al. Pancreatic pseudocyst with fistula to the common bile duct resolved by combined biliary and pancreatic stenting—a case report and literature review [J]. Can J Gastroenterol, 2009, 23(8): 557-559.

(收稿日期:2020-10-22 修回日期:2020-12-22)