

·病例报道·

慢性胰腺炎合并急性梗阻性化脓性胰管炎致假性囊肿感染 1 例

刘畅 吕婵 李兴佳 郝立校 纪晓丹 陈萌 李涛 龚彪

上海中医药大学附属曙光医院消化内科, 上海 201203

通信作者: 龚彪, Email: gbercp@163.com

【摘要】 急性梗阻性化脓性胰管炎在临床上十分罕见, 本文报道 1 例慢性胰腺炎合并急性梗阻性化脓性胰管炎, 并在此基础上继发假性囊肿感染的病例, 分析了假性囊肿感染的原因, 并探讨了内镜治疗及抗感染治疗的策略与挑战。

【关键词】 胰腺炎, 慢性; 急性梗阻性化脓性胰管炎; 假性囊肿

基金项目: 首届全国名中医传承工作室建设项目(MZYGZS-2017003)

Pseudocyst infection caused by chronic pancreatitis combined with acute obstructive suppurative pancreatic ductitis: a case report

Liu Chang, Lyu Chan, Li Xingjia, Hao Lixiao, Ji Xiaodan, Chen Meng, Li Tao, Gong Biao

Department of Gastroenterology, Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201203, China

Corresponding author: Gong Biao, Email: gbercp@163.com

患儿男, 14 岁, 7 年前诊断为“慢性胰腺炎”, 反复行 ERCP 治疗。2019 年 1 月, 患儿无明显不适, 血象无异常改变, 予 ERCP 更换胰管支架, 术中见大量脓性胰液(图 1), 并可闻及恶臭气味, 抽取胰液送检, 检出大肠埃希菌。予拔除胰管支架, 取出蛋白石, 并留置鼻胰管。内镜超声未见囊性病灶。术后予三代头孢联合奥硝唑抗感染, 鼻胰管引流至澄清胰液流出。2020 年 5 月, 患儿因腹痛查上腹部 CT, 见胰腺肿胀渗出, 胰头区出现假性囊肿(图 2), ERCP 见浑浊脓性胰液, 取出大量蛋白石并清理后, 留置 7 Fr、11 cm 及 7 Fr、9 cm 的美国 COOK 单猪尾胰管支架于胰体尾部。术后胰液送检培养出大肠埃希菌, 再次三代头孢联合奥硝唑抗感染。2020 年 12 月患儿复查 CT 见假性囊肿增大(图 3), 2020 年 12 月 MRCP 提示囊肿不与胰管相通(图 4), 内镜超声提示病灶呈无回声囊性, 大小约 23.9 mm×17.6 mm(图 5)。ERCP 见脓性胰液及大量蛋白石, 以柱状水囊扩张乳头开口及主胰管起始部, 取石球囊取出大量蛋白石, 留置 5 Fr、11 cm 及 5 Fr、9 cm 的单猪尾胰管支架于胰体尾部。再次送检胰液仍检出大肠埃希菌, 予三代头孢联合奥硝唑抗感染。病程中, 患儿偶有腹痛发作, 无发热。至 2021 年 3 月, 患儿无明显诱

因下腹痛、高热, 体温最高 40.0 °C, 查体右上腹压痛。血常规: 白细胞 $10.96 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 76%, C 反应蛋白 237.72 mg/L, 凝血酶原时间 16.7 s, 肌酸激酶 15 019.00 U/L, 肌酸激酶同工酶 218.00 U/L, 乳酸脱氢酶 1 755.00 U/L, 总胆红素 20.20 $\mu\text{mol/L}$, 谷丙转氨酶 42.00 U/L, 谷草转氨酶 152.00 U/L, 碱性磷酸酶 208.00 U/L, γ -谷氨酰转氨酶 9.00 U/L, 肌酐 54.20 $\mu\text{mol/L}$, 尿素氮 3.88 mmol/L, 淀粉酶 64 U/L。CT 提示胰头区假性囊肿较前明显增大, 胰腺水肿、渗出不明显(图 6)。ERCP 见胰液仍呈脓性, 未见结石, 以柱状水囊扩张乳头开口及主胰管起始部, 留置 2 根 5 Fr、9 cm 的单猪尾胰管支架于胰体尾部。内镜超声见胰头区无回声囊性病灶, 内部回声不均, 呈蜂窝样改变, 最大截面范围约 38.9 mm×53.7 mm, 遂以 19 G 穿刺针行细针穿刺, 抽出脓性液体约 8 mL 送检, 测淀粉酶 9 731 U/L, 培养出大肠埃希菌。患儿血培养阴性, 考虑慢性胰腺炎合并化脓性胰管炎致假性囊肿感染, 并出现横纹肌溶解症, 术后结合药敏试验, 予碳氢酶烯类抗感染 2 周并充分水化, 患儿无发热腹痛, 复查血常规、肌酶等均下降至正常水平, 好转出院。出院随访至 2021 年 6 月无腹痛、发热发作。

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20210618-00243

收稿日期 2021-06-18 本文编辑 钱程

引用本文: 刘畅, 吕婵, 李兴佳, 等. 慢性胰腺炎合并急性梗阻性化脓性胰管炎致假性囊肿感染 1 例[J]. 中华消化内镜杂志, 2022, 39(6): 496-497. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20210618-00243.



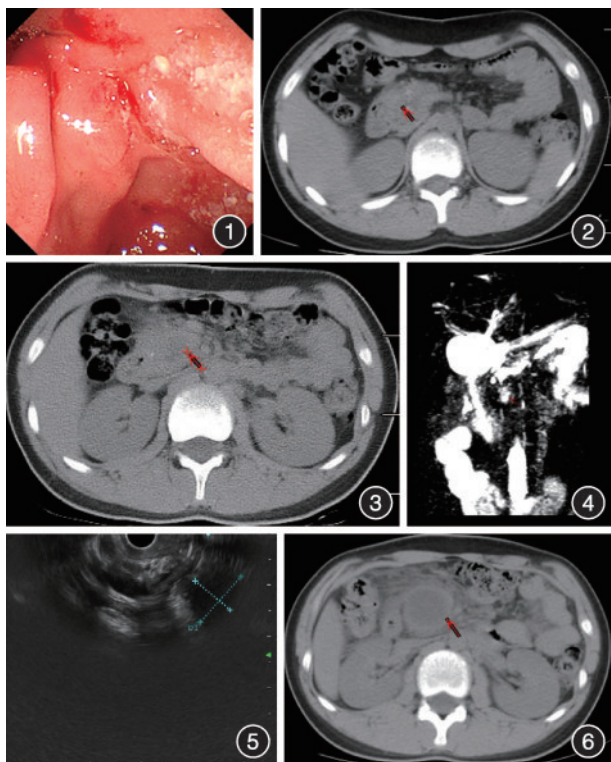


图1 内镜下见大量脓性胰液自十二指肠乳头溢出

图2 上腹部CT见胰腺肿胀渗出,胰头区假性囊肿

图3 CT见假性囊肿增大 图4 磁共振胰胆管成像提示囊肿不与胰管相通

图5 内镜超声提示病灶呈无回声囊性,大小约23.9 mm×17.6 mm

图6 CT提示胰头区假性囊肿较前明显增大,胰腺水肿、渗出不明显

讨论 急性梗阻性化脓性胰腺炎(acute obstructive suppurative pancreatic ductitis, AOSPD)在临床上十分罕见,大多表现为急性发病的腹痛伴有体温增高,而淀粉酶升高及胰腺渗出均不明显,ERCP显示胰管中存在脓性胰液。部分病例存在结石、肿瘤的确切梗阻因素和(或)发生于外周血干细胞抑制、系统性红斑狼疮、糖尿病等存在免疫抑制因素基础疾病的基础上,ERCP治疗被认为在95%的AOSPD病例中获益^[1-4]。

本例患儿发病时并无发热腹痛表现,但ERCP术中发现脓性胰液,并培养出大肠埃希菌,且当时内镜超声未见囊性灶,提示脓性胰液出现在囊肿之前,化脓性胰腺炎诊断明确。患儿存在慢性胰腺炎基础,反复蛋白石形成,在胰管节断性狭窄的基础上又合并了梗阻的因素,加之患儿既往曾行乳头括约肌切开,括约肌的破坏为十二指肠液及胆汁逆行至胰管提供了可能,患儿胰液培养出的大肠埃希菌是常见的肠道定植菌,这也验证了肠道菌群的逆行是感染的来

源所在。患儿急性胰腺炎反复发作导致胰头区假性囊肿形成,2020年12月MRCP证实该囊肿不与胰管相通。但在2021年3月,患儿出现腹痛、高热,此时该囊肿显著增大,囊液培养出与脓性胰液相同的大肠埃希杆菌,且囊液中检出极高的淀粉酶水平,证实其主要成分为胰液。这可能是因为虽然经过鼻胰管引流及静脉抗生素治疗,患儿3次ERCP均见脓性胰液且均培养出大肠埃希杆菌,化脓性胰腺炎并未得到充分纠正,而逐渐增大的假性囊肿再次成为胰管的梗阻因素,加重胰管压力,胰管高压又导致脓性胰液突破囊腔,从而造成假性囊肿感染。此外,本患儿在感染的基础上又出现了肌溶解。

胰管结石的嵌顿是引起AOSPD最常见的病因,对于此类患者,可采取胰管括约肌切开取石、胰管支架支撑引流的方式解除梗阻。但是,对于慢性胰腺炎基础上的AOSPD,我们首先应警惕乳头括约肌切开、胰管括约肌切开等破坏性治疗带来的肠道菌群逆行感染风险;其次应当重视胰管支架的重要引流及支撑作用,并应考虑反复形成的胰管结石对支架通畅性的影响,缩短支架更换周期和(或)采取多点引流的方式。尤其是对于伴有假性囊肿形成的患者,更应充分认识假性囊肿对胰管的压迫作用及其感染的风险,应强调胰管引流支撑,并早期行囊肿穿刺引流。

若已明确出现AOSPD,应在引流的基础上充分静脉抗感染治疗。喹诺酮类具有较好的组织穿透性,被视为AOSPD抗感染的首选药物,但是其抑制软骨发育的不良反应限制了在儿童中的应用。考虑肠道致病菌主要为革兰氏阴性菌及厌氧菌,本病例采用三代头孢联合奥硝唑的抗感染方案效果不理想。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] 白冰清, 刘晓昌, 梅俏, 等. 急性梗阻性化脓性胰腺炎的临床特征及诊治措施[J]. 中华胰腺病杂志, 2019, 19(4): 265-269. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-1935.2019.04.006.
- [2] Kondo H, Naitoh I, Okumura F, et al. Clinical features of acute obstructive suppurative pancreatic ductitis: a retrospective review of 20 cases[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2016, 31(7): 1366-1373. DOI: 10.1111/jgh.13304.
- [3] Shimizuguchi R, Kikuyama M, Kamisawa T, et al. Acute obstructive suppurative pancreatic ductitis in pancreatic malignancies[J]. Endosc Int Open, 2020, 8(12): E1765-1768. DOI: 10.1055/a-1268-7086.
- [4] Inoue T, Ito K, Ishii N, et al. Acute obstructive suppurative pancreatic ductitis associated with type 1 autoimmune pancreatitis[J]. Pancreas, 2017, 46(3): e24-25. DOI: 10.1097/MPA.0000000000000794.