



Ársæll Kristjánsson, Jónas Magnússon

BRISKIRTILSROF

Uppgjör frá Borgarspítala 1969 til 1987

ÚTDRÁTTUR

Afturskyggn leit var gerð í skjalasafni Borgarspítalans að sjúklingum með greininguna briskirtilsrof (rupt. pancreatis) árin 1969 til 1987. Sex sjúklingar fundust með þessa greiningu. Allir voru með rífið bris með briskirtilsganginn (duct. pancreatis) í sundur. Styrkur amýlása í serum var hækkadur hjá þremur sjúklingum þegar hann var mældur við komu. Skoðun á kviðarholi var eðlileg hjá þremur sjúklingum við komu á spítalann. Aðgerð (laparatomie explorativa) var framkvæmd hjá sjúklingunum og var fjarhluti kirtils fjarlægður hjá öllum (pancreatectomia distalis). Fimm sjúklingar náðu sér að fullu. Einn sjúklingur dó eftir aðgerð vegna mikilla áverka á öðrum kviðarholslíffærum. Sykursýki eða vöntun á meltingarhvötum kom ekki fram eftir aðgerð.

INNGANGUR

Briskirtilsáverki er fremur sjaldgæfur og hefur fundist í um 3% af könnunaraðgerðum (expl. laparot.) vegna sljós (blunt) kviðarholsaverka (1). Kviðarholsaáverkar eru oftast lokaðir hjá Norðurlandabúum (2) en oftast opnir hjá fólki vestan hafs (3) og í Belfast (4). Við högg á bringuspali er álitid að kirtillinn skelli á hryggsúlunni (5). Við það getur hann marist eða rifnað alveg í sundur. Meðferð við mari á kirtlinum er að leggja kera (6). Meðferð á rofi á briskirtilsganginum er brotnám á fjarhluta kirtilsins (3, 5-7). Einstaka höfundur mælir með meðferð þar sem reynt er að varðveita kirtillinn (8). Há dánartíðni er við rof á kirtlinum og því hærri sem fleiri líffæri eru löskuð (2-4). Við Skurðlækningadeild Borgarspítalans hefur frá upphafi verið notað brotnám fjarhluta kirtilsins við rof á briskirtilsganginum.

Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna fjölda sjúklinga með briskirtilsrof og árangur skurðaðgerða við Skurðlækningadeild Borgarspítala.

Frá Skurðlækningadeild Borgarspítalans. Barst 03/02/1988. Samþykkt 05/04/1988.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Afturskyggn leit var gerð að sjúkraskrár sjúklinga með greininguna briskirtilsrof á Skurðeild Borgarspítalans á árunum 1969 til 1987. Sjúkraskrár voru kannaðar með tilliti til tegundar áverkans, staðsetningar og klíníks ástands við komu. Kannaður var styrkur amýlása í serum við komu, greiningaraðferðir og tími frá slysinu til aðgerðar og tegund hennar. Fylgikvillar eftir uppskurð voru einnig kannaðir.

NIÐURSTÖÐUR

Sex sjúklingar fundust með greininguna briskirtilsrof. Voru það allt karlar. Miðtala aldurs (median) var 20 ár og aldursbil frá 7 til 59 ára. Í öllum tilvikum var um sljóan áverka (blunt trauma) að ræða. Tafla I sýnir orsakir slyssins og fjölda sjúklinga með aðra kviðarholsaverka. Einn sjúklingur hafði meiri háttar áverka á öðrum kviðarholslíffærum, sem drógu hann til dauða strax eftir aðgerð (rupt. mesenterii et intest. tenui, oclusio aorta abd, o.fl.).

Allir sjúklingarnir höfðu rifinn kirtil með briskirtilsganginum í sundur, þrjár um miðhlutann, tveir um háls kirtilsins og einn um skottið. Tafla II sýnir niðurstöður kviðskoðunar og ástand

Tafla I. Orsök slyss.

Orsök	Fjöldi	Aðrir áverkar	Dóu
Fall	2		
Högg af hlut	3	1	1
Áverki frá öðrum	1		

Tafla II. Kviðskoðun og ástand blóðrásarkerfis við komu.

	Fjöldi	Dóu
Kviðskoðun		
Eðlileg	3	1
Staðbundin lífhimnuerting	2	
Útbreidd lífhimnuerting	1	
Ástand blóðrásarkerfis		
Eðlilegt	4	
Púls > 100	1	
Lost (púls > 100 blóðþrýstingur < 100)	1	

Tafla III. Tími frá áverka til aðgerðar.

Dagar	Fjöldi	Dóu
<1.....	3	1
1-3.....	2	
>3.....	1	

blóðrásarkerfis við komu á spítalann. Styrkur amýlasi í serum var mældur hjá þremur sjúklingum við komu og höfðu allir meira en tvöfalda hækkun á amýlasi.

Á töflu III má sjá tímann sem leið frá slysi til uppskurðar. Veruleg tóf varð á greiningu og aðgerð hjá einum sjúklingi. Líðu tveir mánuðir þar til aðgerð var framkvæmd vegna myndunar sýndarblöðru eða brisbelgs (pseudocystis pancreatis).

Kviðarholsyfirlit með röntgen var gert hjá fimm sjúklingum fyrir aðgerð og reyndist óeðlilegt hjá einum (vökvi). Ómskoðun af kvið var gerð hjá fimm sjúklingum fyrir aðgerð og sýndi hún frian vökva hjá þremur en ekki rofið í brisi hjá neinum þeirra.

Sá hluti kirtilsins sem var handan rifunnar var fjarlægður (dist. pancreatectomi) hjá öllum, einnig var brisbelgur fjarlægður samtímis hjá einum sjúklingi. Miltað var tekið hjá fimm sjúklinganna af tæknilegum ástæðum en hjá 7 ára dreng var komist hjá því. Miðtala legutíma var 30,5 dagar (bil 1-52 dagar).

Af þeim fimm sjúklingum sem lifðu hafði einn viðvarandi amýlasahækkun eftir aðgerð sem hjaðnaði á um það bil mánuði. Einn sjúklinganna fékk amýlasahækkun þegar hann fór að matast en það ástand gekk fljótlega yfir. Aðrir fylgikvillar gerðu ekki vart við sig. Enginn sjúklingur fékk merki um sykursýki eða skort á meltingarhvötum brisins.

UMRÆÐA

Niðurstaða þessarar rannsóknar bendir til þess að mjög viðunandi árangur hafi náðst með brottnámi fjarhluta kirtilsins. Einn sjúklingur af sex dó en stórar athuganir hafa sýnt 16-20% dánartíðni (3, 8). Batahorfur minnka ef sjúklingur hefur aðra kviðarholsáverka, er í losti, gangurinn er í sundur eða áverkinn staðsettur í briskirtilshaus (2-4).

Hjá þremur sjúklingum í þessari rannsókn var kviðskoðun eðlileg við komu. Einkenni koma hægt og bitandi, jafnvel þegar kirtillinn er algjörlega sundurriðinn. Oft eru einkenni um

vöðvavörn, sleppieymsli og minnkuð garnahljóð ekki komin fyrr en um það bil 6 til 8 klukkustundum eftir áverka (3) og það getur dregist lengur.

Einangraður briskirtilsáverki er því klínískt erfiður í greiningu. Röntgenyfirlit og ómskoðun eru ekki ýkja hjálpleg til að sýna fram á rof á brisi (9). Tölvusneiðmyndarannsókn var ekki beitt. Búast má við betri greiningu á brisrofi með henni (9). Brisgangs-röntgenrannsókn með skeifugarnaspeglun (endoscopic retrograde pancreatography, ERP) var ekki beitt en þessi rannsókn getur gefið áverkastað á briskirtilsganginum nákvæmlega til kynna (10) og viðtækari notkun hennar gæti komið að gagni við greiningu briskirtilsrofs. Ókostur ERP er að nokkurn tíma tekur að fá hana framkvæmda og tilfelli orðin bráð þegar briskirtilsrof er talin líkleg greining. Amýlasi í serum var verulega hækkadur á fyrsta sólarhring hjá þeim þremur sjúklingum, sem hann var mældur hjá og gaf til kynna að um briskirtilsáverka væri að ræða. Eðlilegu amýlasagildi er þó ekki treystandi þar sem amýlasi hefur mælst eðlilegur þrátt fyrir áverka á kirtillinn (11). Það er því ljóst að könnunaraðgerð er eina örugga greiningaraðferðin og ber að framkvæma ef grunur er á briskirtilsrofi.

Við rof á brisi verður leki á brissafa út í kviðarholið með fitudrepi og siglir lífhimnubólga í kjölfarið. Ef sjúklingur nær sér myndast að öllum líkindum brisbelgur með öllum þeim vandræðum sem því fylgir. Brottnám á fjarhluta brisins leysir þessi vandamál. Sé um að ræða rof í brishausnum og laskaða skeifugörn er mjög vandasamt að ráða fram úr því. Það er mjög sjaldgæfur áverki og getur krafist brottnáms skeifugarnar og hluta briskirtils, (aðgerð Whipples) (6). Sykursýki er ekki teljandi vandamál eftir brottnám fjarhluta kirtilsins (6, 7).

Við áverka á briskirtli með rifu á briskirtilsgangi annars staðar en á briskirtilshausnum hefur brottnám fjarhluta kirtilsins reynst vel við Skurðeild Borgarspítalans.

SUMMARY

A retrospective study on pancreatic ruptures at the surgical department of Reykjavík City Hospital was done. Six cases with ductal rupture were found. Abdominal examination was normal on admission in three cases. All patients were treated with distal pancreatectomy. One patient died due to severe coexistent abdominal injuries. The five survivors were

discharged in good health and diabetes mellitus and exocrine pancreatic insufficiency has not been noted. We recommend distal pancreatectomy when the pancreatic duct is transected by injury.

HEIMILDIR

1. Davis JJ, Cohn I, Nance FC. Diagnosis and management of blunt abdominal trauma. *Ann Surg* 1976; 183: 672-7.
2. Nilsson E, Norrby S, Skullman S, Sjö Dahl R. Pancreatic trauma in a defined population. *Acta Chir Scand* 1986; 152: 647-51.
3. Jones RC. Management of pancreatic trauma. *Am J Surg* 1985; 150: 698-703.
4. Campell R, Kennedy T. The management of pancreatic and pancreaticoduodenal injuries. *Br J Surg* 1976; 183: 845-50.
5. Robey E, Mullen JT, Schwab CW. Blunt transection of the pancreas treated by distal pancreatectomy, splenic salvage and hyperalimentation. *Am J Surg* 1982; 196: 695-9.
6. Wynn M, Hill DM, Miller DR et al. Management of pancreatic and duodenal trauma. *Am J Surg* 1985; 150: 327-32.
7. Sims EH, Mandal AK, Schlater T, Fleming AW, Lou SMA. Factors affecting outcome in pancreatic trauma. *J Trauma* 1984; 24: 125-8.
8. Graham JM, Mattox KL, Jordan GK. Traumatic injuries of the pancreas. *Am J Surg* 1978; 136: 744-8.
9. Jeffrey RB, Laing FC, Wing VW. Ultrasound in acute pancreatic trauma. *Gastrointest Radiol* 1986; 11: 44-6.
10. Cameron AEP, Wellwood JM. Blunt injury of the pancreas. *Br J Clin Pract* 1983; 37: 34-5.
11. Morretz JA, Campell P, Parker DE, Williams GR. Significance of serum amylase level in evaluating pancreatic trauma. *Am J Surg* 1975; 130: 739-41.