



В. О. Шапринський¹,
О. О. Кедик², В. М. Макаров²,
Д. В. Міхурінський¹,
В. Р. Тагеев¹

¹Вінницький національний
медичний університет
ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

²КНП «Вінницька обласна
клінічна лікарня
ім. М. І. Пирогова»,
м. Вінниця

© Колектив авторів

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПІЗНЬОЇ ВАЖКОЇ КРОВОТЕЧІ З ДІЛЯНКИ ПАНКРЕАТО- ЄЮНОАНАСТОМОЗУ ПІСЛЯ ПАНКРЕАТО- ДУОДЕНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ

Реферат. Вірсунгорагія характеризується кровотечею з ампули Фатерового соска через протоку підшлункової залози та виникає у 1 з 1500 пацієнтів з шлунково-кишковими кровотечами з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Частіше всього виникає в результаті утворення псевдоаневризми внаслідок хронічного панкреатиту.

Мета роботи: презентувати клінічний випадок важкої кровотечі з ділянки панкреато-єюноанастомозу після панкреато-дуоденальної резекції.

Матеріали і методи: В центрі шлунково-кишкових кровотеч КНП «Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова» з 2014 по 2023 рр. знаходилось 5 пацієнтів з вірсунгорагією. Усі пацієнти чоловічої статі. Вік від 45 до 67 р. У чотирьох пацієнтів в минулому були поздовжні панкреато-єюностомії. У одного — панкреато-дуоденальні резекції за Уіплом. У всіх них були рецидивні кровотечі.

Обговорення: Представлена презентація клінічного випадку пізньої важкої кровотечі з ділянки панкреато-єюноанастомозу після панкреато-дуоденальної резекції у хворого з приводу ускладненого фіброзно-дегенеративного хронічного панкреатиту.

Висновки. Вірсунгорагія — достатньо рідкісне і важке ускладнення оперативних втручань на підшлунковій залозі, яке складно діагностується. Найбільш дієвим способом зупинки кровотечі є прошивання кровоточивої судини.

Ключові слова: вірсунгорагія, панкреато-єюноанастомоз, панкреато-дуоденальна резекція, зупинка кровотечі.

Вступ

Кровотеча в протоку підшлункової залози — *Hemosuccus pancreaticus* (вірсунгорагія, псевдогемобілія), вперше описана в 1931 р. Лоуером і Фарелом, — є рідкісною причиною шлунково-кишкових кровотеч, яка в ряді випадків створює діагностичну проблему у пацієнтів, у яких були сформовані панкреато-єюноанастомози [1]. Діагноз зазвичай підтверджується за допомогою комп'ютерної томографії черевної порожнини [2, 3]. Вірсунгорагія характеризується кровотечею з ампули Фатерового соска через протоку підшлункової залози або з протоки у тонку кишку при анастомозі [4]. Вона виникає у 1 на 1500 пацієнтів з шлунково-кишковими кровотечами з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Частіше всього виникає в результаті утворення псевдоаневризми періпанкреатичних артерій внаслідок гострого або загострення хронічного панкреатиту. Інші причини включають пухлинні утворення підшлункової залози, травми, розрив справжньої аневризми, артеріовенозні мальформації [1, 5].

Клінічними проявами вірсунгорагії є наявність мелени, симптоматичної анемії, епігастральний біль і кровотеча, що викликані перехідною обструкцією протоків підшлункової залози, а також нудота, блювання, втрата ваги та іктеричність [6].

У Центрі шлунково-кишкових кровотеч КНП «Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова» з 2014 по 2023 рр. знаходилось 5 пацієнтів з вірсунгорагією. Всі пацієнти чоловічої статі. Вік від 45 до 67 р. У чотирьох пацієнтів в минулому були поздовжні панкреато-єюностомії з приводу хронічного панкреатиту. У одного — панкреато-дуоденальна резекція за Уіплом. В усіх них були рецидивні кровотечі. Всі хворі по кілька разів госпіталізувались у хірургічний стаціонар з клінікою шлунково-кишкових кровотеч, під час яких виконувались діагностичні обстеження (гастроскопія та колоноскопія), але джерела кровотечі не було знайдено, тому проводилась гемостатична консервативна терапія. У зв'язку з частими рецидивами і підозрою на вірсунгорагію усі чотири пацієнти були прооперовані. Були



розкриті панкреато-єюноастомози, виявлено пульсуючу судину з прошиванням останньої. Кровотеча зупинена і відновлено панкреато-єюноанастомоз. Всі ці чотири хворих одужали і були виписані зі стаціонару.

Наводимо приклад важкого ускладнення профузної рецидивуючої кровотечі з панкреато-єюноанастомозу.

Пацієнт М. 47 р. неодноразово був госпіталізований в хірургічний стаціонар КНП «Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова» з рецидивуючими шлунково-кишковими кровотечами, які проявлялись багаторазовою меленою. При цьому рівень гемоглобіну знижувався до 60 г/л. Після проведення гемостатичної і замісної трансфузійної терапії стан стабілізувався і пацієнт переводився в гастро-відділення. Після неоднократної фіброгастроуденоскопії та фіброколоноскопії джерела кровотечі не було знайдено. Виявлено розширені вени стравоходу і шлунку.

З анамнезу відомо, що в 2017 році йому було виконано панкреато-дуоденальну резекцію за Упллом з приводу хронічного фіброзно-дегенеративного калькульозного панкреатиту. Панкреато-єюноанастомоз виконувався за комбінованою методикою: сформовано дворядним швом duct to mucosa з накладанням протекторних матрацних швів по типу Blumgart [5-10].

12.11.2018 р. був госпіталізований у важкому стані з клінікою шлунково-кишкової кровотечі: блювотою свіжою кров'ю, втратою свідомості, виділенням свіжої крові з прямої кишки. Лабораторно: Нв — 52 г/л, еритроцити — 1,85 Т/л, лейкоцити — 8,2 Г/л, ШОЕ — 37 мм/год, глюкоза крові 8,3 ммоль/л, загальний білок — 70 г/л, білірубін загальний 8,5 мкмоль/л, прямий — 0, сечовина — 5,4, креатинін — 0,02 мкмоль/л, протромбіновий індекс 80 %, протромбіновий час — 14 мін, фібриноген — 3,2 г/л, етаноловий тест — негативний. Захворів гостро, початок захворювання пов'язував із важкою фізичною працею. ФГДС — джерела кровотечі у верхніх відділах ШКТ не виявлено. Кровотеча була зупинена консервативно. Наступного дня виник рецидив кровотечі в стаціонарі. У стані геморагічного шоку III ступеня хворому виконано екстрене оперативне лікування за життєвими показниками. Після верхньо-середньої лапаротомії ревізією органів черевної порожнини виявлена тонка кишка, яка повністю заповнена кров'ю в ділянці вище рівня ентеро-ентероанастомозу. При ревізії ділянка панкреато-єюноанастомозу не візуалізувалася. Проведено інтраопераційну фіброгастроуденоскопію з ручною асистенцією, під час якої в проекції панкреато-єюноанастомозу раптово з'явилася велика кількість свіжої крові. Виділено петлю кишки зі свіжою кров'ю в її просвіті в ділянці панкреато-єюноа-

настомозу. Ентеротомія нижче функціонуючого холедохоеюноанастомозу до 4 см і при огляді із зони панкреато-єюноанастомозу з'явилася пульсуюча кровотеча, з розміром струміню до 0,3 см, судина прошита, кровотеча зупинена. В просвіті анастомозу на поверхні кишки було знайдено та знято лігатуру, імпрегновану солями жовчі. Ентеротомний розріз ушитий дворядним швом. Санація та дренування черевної порожнини. В післяопераційному періоді стан покращився. Хворий був виписаний додому, надано рекомендації [11].

Наступні 2 роки почувався добре. В кінці 2021 р. відбувся епізод кровотечі, який був зупинений консервативно. Протягом 2022 р. відбулося 4 епізоди кровотечі, а в 2023 р. з січня по березень — ще 3 епізоди. За весь період лікування хворому перелито 130 гемоконів крові.

У лютому та березні 2023 р. двічі пацієнту робили ангиографію судин черевної порожнини, на якій екстравазацій не було знайдено.

08.04.23 р. доставлений каретою швидної в приймальне відділення КНП «Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова». Стан важкий, наявні ознаки профузної кровотечі, геморагічний шок. Був обстежений гастроскопічно та колоноскопично. Джерела кровотечі не було знайдено. На консилиумі було прийнято рішення про оперативне лікування.

18.04.23 р. Лапаротомія, з деякими технічними складнощами проведено ентеровісцероліз, розкриття панкреато-єюноанастомозу. Знайдено профузну кровотечу з a.lienalis. Селезінкова артерія прошита і перев'язана. Звертала на себе увагу виражена портальна гіпертензія (збільшена щільна печінка та виражене розширення венозної сітки до 0,3-0,7 см). Дві наступні доби після операції стан покращився, стабілізувалася гемодинаміка, покращились показники червоної крові. 21.04.23 р. знову виникла клініка рецидиву кровотечі, знизився гемоглобін до 60 г/л, з'явилася мелена, гіпотонія. Перелито 2 гемокони крові. Стан покращився, але 22.04.23 знову виник рецидив кровотечі.

22.04.23 о 16:30 хворий був взятий в операційну. Виконано релапаротомію, знову розкрито панкреато-єюноанастомоз та встановлено, що лігатура, яка знаходиться на селезінковій артерії спроможна, а кровотеча виникла з ділянки порожньої кишки. На задній стінці на 2 см в глибину від краю кишки, імовірно, з аневризматично зміненої ділянки артерії. В результаті багаточисленних прошивань кровотечу вдалось зупинити. Окрім цього знайдено некроз печінкового кута товстої кишки (імовірно, за рахунок тромбозу вени і артерії), в зв'язку з цим товста кишка в цій ділянці була пересічена, дистальна ділянка була заглушена, а проксимальна була виведена у вигляді товстокишкової стоми [12].



Перші 3-4 дні післяопераційний період перебігав з покращенням (Нв – 82 г/л, Ер. – $2,89 \times 10^{12}$ /л, Ле – $6,7 \times 10^9$ /л; КП – 0,85), але з 29.04.23 р. по дренажах з'явилися жовтуваті виділення.

На 01.05.23 р. наявний жовчний вміст з тазових дренажів зліва. Діагностовано жовчний перитоніт. У зв'язку з цим 01.05.23 р. виконана релапаротомія, ентеровісцероліз. Виявлено неспроможність панкреато-єюноанастомозу, практично його повне розходження в результаті багаторазових прошивань задньої стінки кишки, млявоперебігаючий жовчний перитоніт. Ознаки кровотечі відсутні. В привідну петлю введено зонд, який фіксований кількома кисетними швами навколо кишки, зонд виведений назовні в правому підребер'ї у вигляді тонкокишкової стоми. До кукси підшлункової залози підведені спарені хлорвінілові дренажі. Санація і дренажування черевної порожнини. Післяопераційний період важкий, стабільний з поступовим покращенням.

15.05.23 р. - 14-а доба після операції. Загальний стан середньої важкості. Дренажі забрані з лівого підребер'я, тазові ліворуч і праворуч. По дренажам з правого підребер'я щоденно підтікає 50,0-100,0 мл серозних виділень. З'явилося подразнення на шкірі (імовірно, через сік підшлункової залози). По ентеростомі виділення незначні жовчні. На УЗД органів черевної порожнини та заочеревинного простору рідинних

накопичень в черевній порожнині не спостерігається. В обох плевральних порожнинах незначний випіт.

19.05.23 р. в результаті проведеного лікування (антибіотикотерапія, інфузійна та антисекреторна терапія) стан хворого покращився. Проводилися щоденні перев'язки. На 19-у добу після останньої операції пацієнт виписаний із хірургічного стаціонару. Дані рекомендації з'являться через 3-4 місяці для реконструктивно-відновної операції.

Оглянутий 26.05.23 р.: скарги на загальну слабкість, поганий апетит, біль в черевній порожнині відсутній. Стілець через стоми щоденно по кілька разів. Діурез достатній. Середина рана загоїлась. Дренажі в правому підребер'ї в домашніх умовах промиваються антисептиками щоденно. Спостерігається незначне подразнення шкіри навколо дренажів. Рекомендовано щоденні перев'язки, з'являться через 3-4 місяці на планову реконструктивно-відновну операцію

Висновки

Таким чином, наведений клінічний приклад ще раз підкреслює, що вірсунгорагія — достатньо рідкісне і важке ускладнення оперативних втручань на підшлунковій залозі, яке складно діагностується.

Найбільш дієвим способом зупинки кровотечі є прошивання кровотоливої судини.

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Каніковський ОЄ, Шапринський ВО, Павлик ІВ, Гнатюк ЮП. Пізня кровотеча з просвіту панкреато-єюноанастомозу після раніше виконаної панкреатодуоденальної резекції: розбір клінічного випадку та огляд літератури. Харківська хірургічна школа 2022;0(1):26-8. <https://surgical-school.com.ua/index.php/journal/article/view/270>.
2. Shetty S, Shenoy S, Costello R, Adeel MY, Arora A. Hemosuccus Pancreaticus. Journal of Ayub Medical College, Abbottabad: JAMC. 2019; 31(4): 622–6.
3. Rammohan A, Palaniappan R, Ramaswami S. et al. Hemosuccus Pancreaticus: 15-Year Experience from a Tertiary Care GI Bleed Centre. ISRN radiology, 2013, 191794. <https://doi.org/10.5402/2013/191794>.
4. Jin KM, Liu W, Wang K. et al. The individualized selection of Pancreaticoenteric anastomosis in Pancreaticoduodenectomy. BMC surgery. 2020;20(1):140. <https://doi.org/10.1186/s12893-020-00791-y>.
5. Andivot T, Cardoso J, Dousset B et al. Complications de deux types d'anastomoses pancréatiques après duodéno-pancréatectomie céphalique [Complications of two types of pancreatic anastomosis after pancreaticoduodenectomy]. Annales de chirurgie. 1996; 50(6): 431–7.
6. Sanjay P, Fawzi A, Fulke JL et al. Late post pancreatectomy haemorrhage. Risk factors and modern management. JOP: Journal of the pancreas. 2010; 11(3): 220-5.
7. Kleespies A, Rentsch M, Seeliger H et al. Blumgart anastomosis for pancreaticojejunostomy minimizes severe complications after pancreatic head resection. The British journal of surgery. 2009; 96(7): 741–50. <https://doi.org/10.1002/bjs.6634>.
8. Popp FC, Bruns CJ. Variationsbreite der Pankreatojejunostomie bei Pankreaskopfresektion [Range of variation of pancreaticojejunostomy in pancreatic head resection]. Der Chirurg; Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin. 2017; 88(1):3–10. <https://doi.org/10.1007/s00104-016-0327-6>.
9. Kleespies A, Albertsmeie M, Obeidat F et al. The challenge of pancreatic anastomosis. Langenbeck's archives of surgery. 2008;393(4):459–71. <https://doi.org/10.1007/s00423-008-0324-4>.
10. Strummer L, Albiin N, Calissendorff B, Granlund H, Permert J. Diagnosis and treatment of hemosuccus pancreaticus during a nonbleeding episode: A case report of a patient with obscure intermittent gastrointestinal bleeding and silent chronic pancreatitis. Pancreatology: official journal of the International Association of Pancreatologists (IAP). 2004; 4(1). 7–11. <https://doi.org/10.1159/000077022>.
11. Mimatsu K, Fukino N, Kano H, Kawasaki A, Oida T. Surgical Laparotomy for Repeated Delayed Arterial Hemorrhage after Pancreaticoduodenectomy. Case reports in gastroenterology, 2019; 13(1). 50–57. <https://doi.org/10.1159/000496918>.
12. Yekebas EF, Wolfram L, Cataldegirmen G et al. Postpancreatectomy hemorrhage: diagnosis and treatment: an analysis in 1669 consecutive pancreatic resections. Annals of surgery. 2007; 246(2). 269–80. <https://doi.org/10.1097/01.sla.0000262953.77735.db>.



REFERENCES

1. Kanikovskiy, O. E., Shaprynskiy, V. O., Pavlyk, I. V., & Hnatiuk, Y. P. (2022). Piznia krvotecha z prosvitu pankreato-yeiunoanastomozu pislia ranishe vykonanoi pankreatoduodenalnoi rezektzii: rozbir klinichnoho vypadku ta ohliad literatury [Clinical experience in the treatment of pancreatorrhagia in patients with complicated chronic pancreatitis]. *Kharkiv Surgical School*, (1), 26–28. <https://doi.org/10.37699/2308-7005.1.2022.04>
2. Shetty S, Shenoy S, Costello R, Adeel MY, Arora A. Hemosuccus Pancreaticus. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad: JAMC*. 2019; 31(4): 622–6.
3. Rammohan A, Palaniappan R, Ramaswami S. et al. Hemosuccus Pancreaticus: 15-Year Experience from a Tertiary Care GI Bleed Centre. *ISRN radiology*, 2013, 191794. <https://doi.org/10.5402/2013/191794>.
4. Jin KM, Liu W, Wang K. et al. The individualized selection of Pancreaticoenteric anastomosis in Pancreaticoduodenectomy. *BMC surgery*. 2020;20(1):140. <https://doi.org/10.1186/s12893-020-00791-y>.
5. Andivot T, Cardoso J, Douset B et al. Complications de deux types d'anastomoses pancréatiques après duodéno-pancréatectomie céphalique [Complications of two types of pancreatic anastomosis after pancreaticoduodenectomy]. *Annales de chirurgie*. 1996; 50(6): 431–7.
6. Sanjay P, Fawzi A, Fulke JL et al. Late post pancreatotomy haemorrhage. Risk factors and modern management. *JOP: Journal of the pancreas*. 2010; 11(3): 220–5.
7. Kleespies A, Rentsch M, Seeliger H et al. Blumgart anastomosis for pancreaticojejunostomy minimizes severe complications after pancreatic head resection. *The British journal of surgery*. 2009; 96(7): 741–50. <https://doi.org/10.1002/bjs.6634>.
8. Popp FC, Bruns CJ. Variationsbreite der Pankreatojejunostomie bei Pankreaskopfresektion [Range of variation of pancreaticojejunostomy in pancreatic head resection]. *Der Chirurg; Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin*. 2017; 88(1):3–10. <https://doi.org/10.1007/s00104-016-0327-6>.
9. Kleespies A, Albertsmeie M, Obeidat F et al. The challenge of pancreatic anastomosis. *Langenbeck's archives of surgery*. 2008;393(4):459–71. <https://doi.org/10.1007/s00423-008-0324-4>.
10. Strummer L, Albiin N, Calissendorff B, Granlund H, Permert J. Diagnosis and treatment of hemosuccus pancreaticus during a nonbleeding episode: A case report of a patient with obscure intermittent gastrointestinal bleeding and silent chronic pancreatitis. *Pancreatology: official journal of the International Association of Pancreatology (IAP)*. 2004; 4(1). 7–11. <https://doi.org/10.1159/000077022>.
11. Mimatsu K, Fukino N, Kano H, Kawasaki A, Oida T. Surgical Laparotomy for Repeated Delayed Arterial Hemorrhage after Pancreaticoduodenectomy. *Case reports in gastroenterology*, 2019; 13(1). 50–57. <https://doi.org/10.1159/000496918>.
12. Yekebas EF, Wolfram L, Cataldegirmen G et al. Postpancreatotomy hemorrhage: diagnosis and treatment: an analysis in 1669 consecutive pancreatic resections. *Annals of surgery*. 2007; 246(2). 269–80. <https://doi.org/10.1097/01.sla.0000262953.77735.db>.

A CLINICAL CASE OF
LATE SEVERE BLEEDING
FROM THE AREA
OF PANCREATICO-
JEJUNOANASTOMOSIS
AFTER PANCREATICO-
DUODENAL RESECTION

V. O. Shaprynskiy,
O. O. Kedyk,
V. M. Makarov,
D. V. Mikhurynskiy,
V. R. Taheiev

Abstract. Virsungorrhagia is characterized by bleeding from the ampulla of the nipple through the pancreatic duct and occurs in 1 in 1500 patients with gastrointestinal bleeding from the upper parts of the gastrointestinal tract. It most often occurs as a result of the formation of a pseudoaneurysm due to chronic pancreatitis.

The purpose of the work: to present a clinical case of severe bleeding from the area of pancreatico-jejunoanastomosis after pancreaticoduodenal resection.

Materials and methods: There were 5 patients with virsungorrhagia in the Center for Gastrointestinal Bleedings of the Vinnytsia Regional Clinical Hospital named after M.I. Pyrogov from 2014 to 2023. All patients are male. Age from 45 to 67 years. Four patients had longitudinal pancreaticojejunostomy in the past. One has Pancreaticoduodenal resections according to Whipple. All of them had recurrent bleeding.

Discussion: The presentation of a clinical case of late heavy bleeding from the area of pancreaticojejunal anastomosis after pancreaticoduodenal resection in a patient with complicated fibrotic-degenerative chronic pancreatitis is presented.

Conclusions: Virsungoragia is a rather rare complication of surgical interventions on the pancreas, which is difficult to diagnose. The most effective way to stop bleeding is to stitch the bleeding vessel.

Key words: *virsungorrhagia, pancreatico-jejunoanastomosis, pancreatico-duodenal resection, stoppage of bleeding.*