

HEPATISK HYDROTHORAX – SJELDEN DIAGNOSE -ENKEL DIAGNOSTIKK

Overlege Berit Torjusen, Nukleærmedisinsk seksjon, Lab. for med. biokjemi, Molde sjukehus

INNLEDNING: Mann født i 1958 med flere års høyt alkoholforbruk, innlagt ved Med.avd., Kristiansund sykehus i en måned fra medio september 2011 med alkoholbasert leversvikt og delirium tremens, påvist dekompensert leversvikt med patologiske synteseparametre, trombocytopeni, icterus og ascites. Respiratorbehandlet en periode. Flere liter ascites ble tappet under oppholdet. Like før han ble utskrevet til sykehjem ble det også tappet 600 ml væske fra venstre pleurahule og konstatert mulig venstresidig pneumoni. Han ble behandlet med Spirix, salt- og væskerestriksjon, men innkom på ny for tapping av tre liter pleuravæske 29/10 og deretter etter videre sykehjemsopphold og opphold i hjemmet innlagt 15/2-12 med dyspnoe og store mengder venstresidig pleuravæske. I løpet av en uke ble det for eksempel tappet 13 liter pleuravæske! Cytologi fra pleuravæske har ikke vist maligne celler, ingen lungelidelse er kjent. Pasienten ble henvist til nukleærmedisinsk undersøkelse ved Molde sjukehus da assistentlege ved aktuelle avdeling refererte til en fersk artikkel fra internett med omtale av en undersøkelsesmetode med injeksjon av radioaktiv kontrast (svovelkolloid) i peritonealhulen. Ved videre søk fantes også en artikkel fra Clinical Nuclear Medicine fra 1990 som omtalte flere pasienter undersøkt med kolloidløsning. Rikshospitalet ble forespurt om de hadde erfaring med denne undersøkelsen og Jan Fjeld kjente til metoden og gav oss en modifisert oppskrift av en prosedyre opprinnelig beregnet for shuntundersøkelse, basert på bruk av MAA-Technescan som kolloid. Vi fikk forslag til dosering av 99mTc -MAA og innkalte pasienten til undersøkelse 8/3 etter at han var tappet på ny for pleuravæske dagen før.

METODE: Under gjennomlysning på Røntgenavdelingen ble det ved en av røntgenoverlegene installert ca. **145 MBq 99mTc -MAA i 10 ml volum** intraperitonealt via en lang Venflon i øvre venstre kvadrant etter forutgående lokalanestesi og injeksjon av røntgenkontrast for å sikre intraperitoneal tilgang. Pasienten ble deretter kjørt til Nukleærmedisinsk seksjon og billedopptak startet etter ca. 20 min. Han lå i flatt ryggeleie både ved injeksjonen og under scintigrafien. Scintigrafien ble utført med fem minutters seriescintigram forfra over øvre del av abdomen og ca. 3/4 av thorax, seks scintigram i løpet av 30 min. Etter tre timer ble det tatt senbilde over 10 min forfra og bakfra over øvre abdomen og hele thorax.

FUNN: Allerede i første seriescintigram var det tydelig lekkasje av radioaktivitet til hele venstre pleurahule og i senbildet var konsentrasjonen enda høyere.

KONKLUSJON: Funnsom passer med lekkasje av radiofarmakon fra peritonealhulen til venstre pleurahule forenlig med HEPATISK HYDROTHORAX.

REFRAKTÆR HEPATISK HYDROTHORAX skyldes lekkasje av ascites gjennom diafragma gjennom mikroskopiske hull eller større defekter. Tilstanden kan sees hos 10-15 % av pasienter med levercirrhose/leversvikt, oftest med høyresidig hydrothorax (ca. 85 %), alternativt venstresidig (ca. 13 %) eller bilateral (2 %). Tidlig behandling kan være pleurodese med for eksempel injeksjon av tetracylin i pleura, men det nytter neppe hvis produksjonen av pleuravæske er stor. Det anbefales også å tappe ascites før pleuralekkasjen blir så stor. Hos vår pasient var det sparsom mengde ascites. Salt- og væskerestriksjon samt diuretika er obligat behandling.

Det er planlagt vurdering ved Rikshospitalet 24/4 vedr. mulighet for levertransplantasjon, men pasienten har etter hvert fått økende problem med bl.a. stigende kreatinin, tiltagende encephalopati samt infeksjon i venstre pleurahule.