

Akut Pankreatitte Psödokistin Nadir Komplikasyonu Olan Venöz Trombüs ve Buna Bağlı Gelişen Asit ve Splenomegali Olgusu

A Case of Venous Thrombus, a Rare Complication of Pseudocyst in Acute Pancreatitis, and Associated Acid and Splenomegaly

Ali GÖKÇE^{1*}, Burcu DİKEÇ GÖKÇE¹, Ahmet UYANIKOĞLU²

¹Harran Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa / TÜRKİYE

¹Harran Üniversitesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Şanlıurfa / TÜRKİYE

ÖZET

Akut pankreatitin geç dönem (>4 hafta) komplikasyonu olan psödokist ve psödokistin gelişmesine bağlı nadir görülen splenomesenterik venöz tromboz (SMVT), asit, splenomegali gelişebilmektedir. Pankreatitin vasküler komplikasyonları morbidite ve mortalitenin önemli bir nedenidir. Venöz komplikasyonlar arasında SMVT ve buna sekonder gelişen komplikasyonlar yer alır. Tedavi edilmezse ölümcül olabilir. Olgumuzda akut pankreatitin nadir görülen ve kolaylıkla gözden kaçabilen bir komplikasyonu olan SMVT 'nin görüntüleme bulgularını ve klinik yaklaşımı ile kısa bir derleme sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Akut pankreatit, psödokist, tromboz

ABSTRACT

Splenomesenteric venous thrombosis (SMVT), ascites and splenomegaly may develop due to the development of pseudocyst and pseudocyst, which are late complications of acute pancreatitis (>4 weeks). Vascular complications of pancreatitis are an important cause of morbidity and mortality. Venous complications include SMVT and secondary complications. It can be fatal if left untreated. In our case, a brief review is presented with the imaging findings and clinical approach of SMVT, a rare and easily overlooked complication of acute pancreatitis.

Keywords: Acute pancreatitis, pseudocyst, thrombosis

*Ali GÖKÇE

Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
İç Hastalıkları, Şanlıurfa / TÜRKİYE
E-mail: draligokce91@gmail.com
ORCID: 0000-0001-8813-713X

Geliş Tarihi : 20.12.2023

Kabul Tarihi : 20.04.2023

GİRİŞ

Akut Pankeatit(AP) normal şartlarda inaktif halde bulunan fakat çeşitli etyolojik faktörler (safra yolu hastalıkları, alkol, travma, enfeksiyöz nedenler, vs) ile aktif hale geçen sindirim enzimlerinin pankreas dokusu ve çevre dokulara karşı oluşturdukları sindirme işlemi ve yaygın inflamasyonun oluşması ile karakterize ve sık görülen bir patolojidir. Dünya genelinde AP nedenlerinin derlendiği bir çalışmada AP'in ilk 3 nedenini; %42 akut biliyer pankreatit, %21 akut alkolik pankreatit ve %18'i idiyopatik AP oluşturmaktadır (1). Karın ağrısı ile gelen her hastada AP mutlaka akla gelmelidir. Tanı kriterleri, karın ağrısı ile birlikte serum amilaz-lipaz düzeylerinin normalin 3 katından daha fazla yükselmesi, buna eşlik eden görüntüleme bulgularının varlığıdır. Abdominal ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT), magnetik rezonans görüntüleme (MRG) uygulanabilir. AP tanısı yukarıda tanımlanan 3 kriterden ikisi varsa konulur (2). Pankreatit sırasında pankreatik ödem ve bir sonraki aşama olarak pankreas nekrozu ve hemorajik infarktler ortaya çıkabilmektedir. Psödokist oluşumu akut pankreatitin en sık görülen komplikasyonudur; bunun dışında lokal komplikasyon olarak paralitik ileus, obstrüksiyon, intraabdominal ve peripankreatik sıvı koleksiyonları, nekroz , apse görülebilir. Pankreasta ve çevresinde kanama ise seyrek görülen komplikasyonlarından (3). Bu olgumuzda akut pankreatitin komplikasyonu olan psödokist gelişmesine bağlı nadir görülen splenomesenterik venöz tromboz (SMVT) ve buna bağlı varis ve asit gelişen hasta olgusu sunulmuştur.

OLGU

Daha önce koroner arter hastalığı olduğu bilinen 71 yaşında erkek hasta, batında şişlik şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Özgeçmişinde 10 ay önce akut pankreatit geçirme öyküsü mevcuttu. Plavix 1X75 mg, vasoxen 1X5 mg,panto 1x40 mg kullanıyordu. Genel durumu iyi, şuur açık, oryante – koopereydi; nabız: 102/dakika, solunum sayısı: 24/dakika, vücut ısısı: 37,2°C (aksiller), kan basıncı: 110/60 mmHg olarak ölçüldü. Gastrointestinal sistem muayenesinde epigastrik bölgede hassasiyet dışında bulguya rastlanmadı. Diğer sistemler doğaldı. Viral serolojisi negatif geldi. Hasta kardiyojiye konsulte edildi. Yapılan ekoda EF:%40 MY:2 TY:MİN SPAB :N RV : 3,7 cm , hastada mevcut asit kardiyak nedenli düşünülmedi. Asit etyolojisi araştırıldı. Abdomen USG ' de: Karaciğer normal,ana portal ven çapı hilusta 12 mm ölçüldü. Perihepatik, perikolesistik, perisplenik alanda ve barsak ansları arasında en derin yerinde 12 cm 'ye ulaşan efüzyon izlendi. Hastaya tanısal parasentez yapıldı. Portal tipte asit gelen hasta etyolojiye yönelik MRG istendi. Hastaya MRG çekildi: karaciğer parankımı normal ,pankreas baş ve gövde kesiminde ölçülebilen en geniş yerinde 17x6 cm boyutlarında lobule konturlu yoğun içerikli pseudokistik lezyon izlendi. Portal tipte asit gelince yapılan endoskopide tanı: özofagus varisi(grade 1), fundus varisi (grade 2), portal hipertansif gastropati (proksimal, hafif) saptandı. Hastaya propranolol 2x0,5mg, desal 1x40 mg, aldactone 1x25 mg

başlandı. Porta-splenik ven trombozu açısından değerlendirme için BT anjiçekildi. ÇekilenBT anjioda :SMVT saptandı. Hastaya pseudokist tedavisi için alınan karar ile hastaya endoskopik drenaj yapıldı. Hasta bir haftalık takipten sonra poliklinik takibine alınarak taburcu edildi.

Tablo 1. Hastanın laboratuvar değerleri

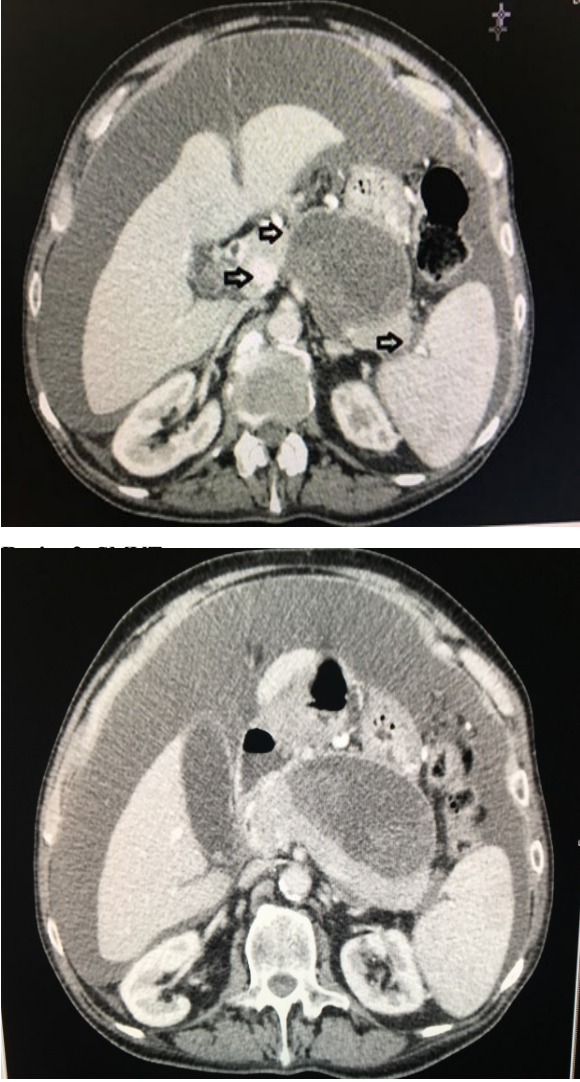
Labaratuvar testi	Geliş değerleri
Ast (U/L)	19
Alt (U/L)	26
Kreatinin (mg/dl)	0,7
Amilaz (U/L)	96
T.bilirubin (mg/dl)	0,7
LDH (U/L)	150
CRP (mg/dl)	18
Beyaz Küre(/mm ³)	5,500
Hb(gr/dl)	9,6
dCa (mg/dL)	8,1

TARTIŞMA

Akut pankreatitin lokal komplikasyonları akut peripankreatik sıvı toplamayı içerir ;pankreas psödokist, akut nekrotik koleksiyon , ve duvarlı nekrozdur. Akut peripankreatik sıvı koleksiyonları ve akut nekrotik koleksiyonlar pankreatit başlangıcından dört haftadan kısa bir süre sonra gelişebilirken, pankreas psödoksist ve nekroz duvarlı genellikle akut pankreatit başlangıcından 4 hafta sonra ortaya çıkar. Hem akut nekrotik sıvı koleksiyonları hem de nekroz duvarlı enfekte olabilir. SMVT, nekrotizan akut pankreatitli hastaların yaklaşık yüzde 50'sinde gelişir ve nekroz yokluğunda nadir olup psödokistin nadir bir komplikasyonudur (4,5).Bizim hastamızda 10 ay önce ağır pankreatit geçirmiş, pankreatitin komplikasyonu olan psödokistin nadir bir komplikasyonu olan SMVT gelişti. Akut pankreatitli hastalarda SMVT komplikasyonları nadirdir(6).AP komplikasyonların ve hastalık ciddiyetinin değerlendirilmesi ve girişim kılavuzluğu açısından MRG, USG ve BT'ye tercih edilir. MRG pankreas parankiminin, pankreatik yumuşak doku ve vasküler yapının tek seansta değerlendirilmesini sağlayan değerli bir görüntüleme yöntemidir(7). Bizim hastamızda da ilk BT çekildi. Çekilen BT;pankreasta psödokist??,kitle?? denilince MRG çekildi, çekilenMRG de psödokist denildi. Drenaj, semptomatik olan, hızla genişleyen psödokistlere sahip veya tıbbi yönetimle iyileşmeyen enfekte bir psödokistin bir sonucu olarak sistemik hastalığı olan hastalar için endikedir (8). Bizim hastamızda da 17x6 cm psödokist saptandı. Endoskopik ve daha az yaygın olarak perkütan drenaj yaklaşımları cerrahi tekniklerin yerini büyük ölçüde almıştır(9). Bizim hastamızda da endoskopik drenaj planlandı. Pankreas psödokistlerinin endoskopik drenajının ancak cerrahi ve girişimsel radyoloji uzmanlığı ve yedeği mevcutsa yapılması önerilir(10). Hastamızda

gastroenteroloji, genel cerrahi ve girişimsel radyolojinin dahil olduğu kurula sunuldu. AP genellikle iyileşir ve pankreas intakt kalır. Ancak sigara içen, alkol kullanan ve erkek hastaların çoğunda rekürren AP ve kronik pankreatit riski yüksektir. Mortalitesi %1-%7 olup, pankreatik nekroz geliştiğinde %20'dir. Persistan organ yetmezliğinde mortalite %60'a kadar çıkmaktadır.

Resim 1. Pankreatik psödokist ve asit görüntüsü



KAYNAKLAR

1. Zilio MB, Eyff TF, Azeredo-Da-Silva ALF, Bersch VP, Osvaldt AB. A systematic review and meta-analysis of the aetiology of acute pancreatitis. *HPB (Oxford)*. 2019 Mar;21(3):259-267. doi: 10.1016/j.hpb.2018.08.003. Epub 2018 Sep 22. PMID: 30249509.
2. Goodchild G, Chouhan M, Johnson GJ. Practical guide to the management of acute pancreatitis. *Frontline Gastroenterol*. 2019 Jul;10(3):292-299. doi: 10.1136/flgastro-2018-101102. Epub 2019 Mar 2. PMID: 31288253; PMCID: PMC6583768.
3. Yekenkrul, E. , Yaşar, M., Yekenkrul, D. & Iskender, A. (2018). Intraabdominal Bleeding Due to Acute Pancreatitis: A Case Report. *Duzce Medical Journal*, 20 (3), 87-89. DOI: 10.18678/dtfd.463408
4. Easler J, Muddana V, Furlan A, et al. Inpatients with acute pancreatitis, portosplenomesenteric venous thrombosis is associated with pancreatic necrosis and usually has a benign course. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2014; 12: 854.
5. Nadkarni NA, Khanna S, Vege SS. Splanchnic venous thrombosis and pancreatitis. *Pancreas*. 2013 Aug;42(6):924-31. doi: 10.1097/MPA.0b013e318287cd3d. PMID: 23587854.
6. Harris S, Nadkarni NA, Naina HV, Vege SS. Splanchnic vein thrombosis in acute pancreatitis: a single-center experience. *Pancreas*. 2013 Nov;42(8):1251-4. doi: 10.1097/MPA.0b013e3182968ff5. PMID: 24152951.
7. Porter KK, Cason DE, Morgan DE. Acute Pancreatitis: How Can MR Imaging Help. *Magn Reson Imaging Clin N Am*. 2018 Aug;26(3):439-450. doi: 10.1016/j.mric.2018.03.011. PMID: 30376980.
8. Alali A, Mosko J, May G, Teshima C. Endoscopic Ultrasound-Guided Management of Pancreatic Fluid Collections: Update and Review of the Literature. *Clin Endosc*. 2017 Mar;50(2):117-125. doi: 10.5946/ce.2017.045. Epub 2017 Mar 30. PMID: 28391671; PMCID: PMC5398360.
9. Baron TH, Harewood GC, Morgan DE, Yates MR. Outcome differences after endoscopic drainage of pancreatic necrosis, acute pancreatic pseudocysts, and chronic pancreatic pseudocysts. *Gastrointest Endosc*. 2002 Jul;56(1):7-17. doi: 10.1067/mge.2002.125106. PMID: 12085029.
10. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatol*. 2013 Jul-Aug;13(4 Suppl 2):e1-15. doi: 10.1016/j.pan.2013.07.063. PMID: 24054878.

SONUÇ

Akut pankreatit komplikasyon geliştiğinde yüksek mortalite ile seyreden bir hastalıktır. Akut pankreatitin komplikasyonu olan psödokistin nadir bir komplikasyonu olarak gelişen splenomesenterik venöz tromboza bağlı gelişen asit, varis gibi komplikasyonların da olabileceği unutulmamalıdır.

Etik Onam: Olgu sunumu için hastadan aydınlatılmış yazılı onam alındı.

Bilgilendirilmiş Onam: Hastadan sözlü onam alınmıştır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.