



ODÜ Tıp Dergisi / *ODU Journal of Medicine*
http://otd.odu.edu.tr

Olgu Sunumu

Case Report

Odu J Med
(2015) 2: e21-e24

Kronik Pankreatitin İki Çıkmazı: Portal Ven Trombozu ve Malignite
Two Dilemma of Chronic Pancreatitis: Portal Vein Thrombosis and Malignancy

Mustafa ÖZSOY¹, Bahadır CELEP¹, Taner ÖZKECECI¹, Ahmet BAL¹, Sezgin YILMAZ¹, Yüksel ARIKAN¹

¹Afyon Kocatepe Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyon / Türkiye

Yazının geliş tarihi / Received: 20 Mart 2014 / March 20, 2014
Düzeltilme / Revised: 30 Ekim 2014 / Oct 30, 2014
Kabul tarihi / Accepted: 31 Ekim 2014 / Oct 31, 2014

Özet

Kronik pankreatit tıbbi tedavisi oldukça zor olan pankreas bezinin atrofisine sekonder ekzokrin ve endokrin yetmezlik ile karakterize inflamatuvar bir süreçtir. 56 yaşında erkek hasta, karın ağrısı ve karın şişliği nedeniyle başvurdu. Görüntüleme yöntemlerinde pankreas baş kısmında yaklaşık 1.5-2 cm'lik çapa ulaşan, kontrast madde ile boyanmayan malignite yönünden kuşkulu hipodens odak saptandı. Ayrıca splenik venden köken alan vena porta içerisine doğru uzanan kronik tromboz ve portal hipertansiyona sekonder genişlemiş venöz kollateral dallar saptandı. Portal venden tromboektomi uygulandıktan sonra pankreatikoduodenektomi tamamlandı. Kronik pankreatitli bir hastada malignite şüphesi bulunduğu portal vende trombozun varlığında dahi rezektif prosedürlerin güvenli bir şekilde uygulanabileceği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Kronik Pankreatit, Portal Ven, Tromboz ve Malignite

Abstract

Chronic pancreatitis characterized by pancreatic exocrine and endocrine gland failure secondary to atrophy is an inflammatory process and medicine treatment of chronic pancreatitis is quite difficult. 56 years old male patient was admitted due to abdominal pain and abdominal distension. In radiological imaging method, a hypodense focal staining suspected malignancy, about 1,5-2 cm diameter, was detected at the head of the pancreas. The thrombosis from the splenic vein extending into the vena porta thrombosis and portal hypertension secondary to chronic dilated venous collateral branches were detected. Following portal vein thrombectomy, pancreaticoduodenectomy was completed. We believe that resective procedures can be applied safely in patients with chronic pancreatitis when there is suspicion of malignancy even in the presence of portal vein thrombosis.

Keywords: Chronic Pancreatitis, Portal Vein, Thrombosis and Malignancy

Giriş

Kronik pankreatit tıbbi tedavisi oldukça zor olan pankreas bezinin atrofisine sekonder ekzokrin ve endokrin yetmezlik ile karakterize inflamatuvar bir süreçtir (1). Kronik pankreatitin bilinen nedenleri arasında en çok alkol suçlanmasına karşın bunun yanında metabolik ve toksik etkenler, pankreas divisiumu gibi morfolojik etkenler, kistik fibrozis gibi mutasyonel etkenler ve viral patojenlerde sorumlu tutulmaktadır. Lakin hastaların halen %20 ile %25'inde altta yatan kronik pankreatit etkeni net olarak saptanamamakta ve idiopatik kronik pankreatit kategorisinde değerlendirilmektedir (2). Kronik pankreatitte en sık karşımıza çıkan bulgu yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, narkotik analjezi ile giderilemeyen şiddetli karın ağrısıdır. Bunun yanında endokrin yetmezliğe bağlı diabetes mellitus ve ekzokrin yetmezliğe bağlı ishal, kilo kaybı ile karakterize malnütrisyon sık rastlanan diğer semptomlardır. Hastaların çoğunluğunda ciddi depresyon tablosu bulunmaktadır. Kronik pankreatitin en önemli cerrahi endikasyonu medikal tedavi ile giderilemeyen şiddetli karın ağrısıdır. Bunun yanında radyolojik olarak malignite şüphesi ağrıdan sonra ikinci sırayı almaktadır (2). Kronik pankreatite özgü cerrahi prosedürler rezektif ve drenaj prosedürleri olmak üzere iki tiptir. Rezektif prosedürlerinin içerisinde pankreatikoduodonektomi, distal pankreatektomi, duodenum koruyucu pankreas başı rezeksiyonu (Beger Prosedürü) ve total pankreatektomi sayılabilir. Longitudinal pankreatikojejunostomi (Puestow prosedürü), pankreas başının lokal rezeksiyonu ile birlikte longitudinal pankreatikojejunostomi (Frey prosedürü), distal pankreatikojejunostomi (Duval prosedürü) ise drenaj prosedürleri arasında yer almaktadır (3). Kronik pankreatitli olgularda altta yatan etkene göre değişmekle birlikte sıklıkla kronik zeminde akut alevlenmeler görülebilmektedir. Tekrarlayan inflamatuvar reaksiyonlara sekonder splenik vende, portal vende veya superior mezenterik vende tromboz gelişebilmektedir (4). Bu makalede kronik pankreatit tanısıyla takip edilen bir hastadaki portal ven trombozu ve malignite şüphesi durumundaki tedavi yöntemimizi literatür verileri eşliğinde sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

56 yaşında erkek hasta, karın ağrısı ve karın şişliği nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde 20 yıldır günde yaklaşık 200 gr alkol tüketimi olan hastaya 1 yıl önce karın ağrıları nedeniyle tetkik edilerek kronik pankreatit tanısı konulmuş. Son 3 ayda karın ağrılarında eşlik eden bulantı ve kusma şikâyeti nedeniyle birkaç kez acil servise başvuran hastanın karın ağrısının ancak narkotik analjezilere cevap verdiği öğrenildi. Fizik muayenesinde taşikardi ve takipne saptanan hastanın karın muayenesinde orta hatta derin palpasyon ile ağrı ve eşlik

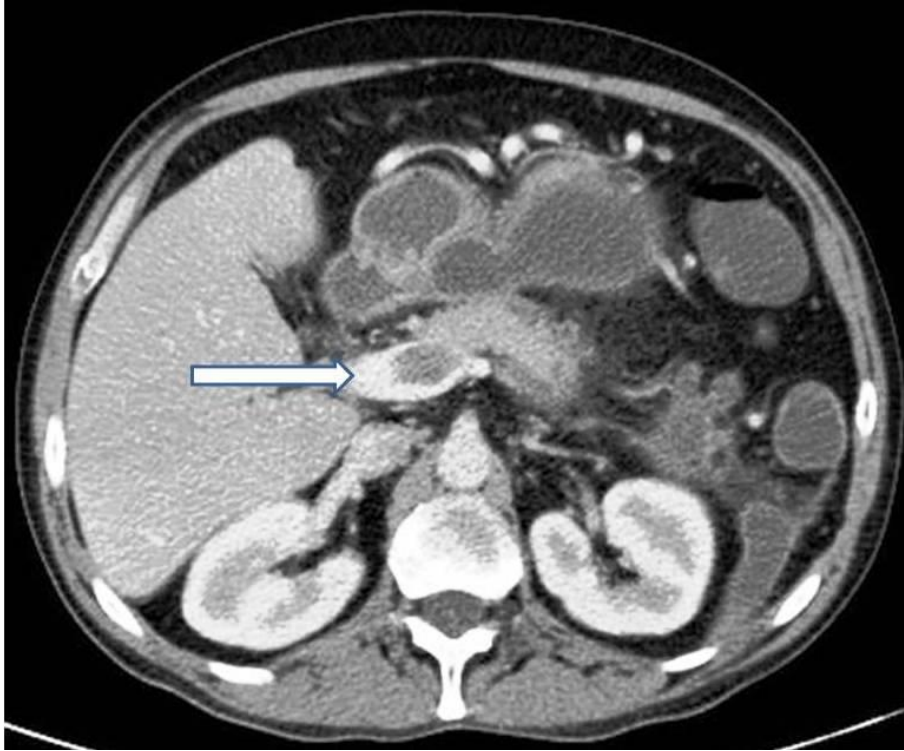
eden asit saptandı. Laboratuvar incelemelerinde aspartat aminotransferaz 49 (N:5-40U/L), alanin aminotransferaz 78 (N:7-56 U/L), amilaz 150 (N:60-180U/L), total bilirubin 1 (N:0,1-1mg/dl), albümin 3 (N:3,4-5,4g/dl), sodyum 121 (N:135-148mEq/l), glikoz 522,6 (N:60- 100)mg/dl, Hemoglobulin 10 (N:13-18 g/dl), trombosit sayısı 465×10^3 (N:150-400 $\times 10^3$), CA19-9: 68 (N:0-39U/ml) olarak saptandı. Koagülasyon parametreleri olağan sınırlar içerisinde olduğu görüldü. Görüntüleme yöntemlerinden karın tomografisinde karın içerisinde yaygın asit, peripankreatik yağ planlarında inflamatuvar dansite artışlarının yanı sıra pankreas baş kısmında yaklaşık 1.5-2 cm'lik çapa ulaşan, kontrast madde ile boyanmayan malignite yönünden kuşku hipodens odak saptandı. Ayrıca splenik venden köken alan vena porta içerisine doğru uzanan kronik tromboz ve portal hipertansiyona sekonder genişlemiş venöz kollateral dallar saptandı (Resim 1). Hasta kronik pankreatit zeminde akut alevlenme ve pankreas kanseri ön tanısıyla hospitalize edildi. Kan şekeri regülasyonu ve nütrisyonel denge sağlandıktan sonra malignite şüphesi bulunan hastaya cerrahi kararı verildi. Cerrahi öncesinde hasta olası hematolojik patolojiler açısından faktör 5 leiden, JAK 2 mutasyonu, homosistein, antifosfolipid antikoru, protein C, protein S ve antithrombin yönünden tetkik edildi. Bilateral subkostal insizyon ile karına girildi. Splenik, portal venin izole edilmesinin arkasında portal vena, splenik ven bileşkesinden venotomi yapıldı. Portal venden tromboektomi uygulandıktan sonra pankreatikoduodonektomi tamamlandı (Resim 2). Postoperatif erken dönemde oral aspirin başlanan hasta ameliyat sonrası 12. gün taburcu edildi. Cerrahi piyesin histopatolojik incelemesinde malignite bulgusuna rastlanmamış ve hasta kronik pankreatit olarak kabul edilmiştir. Kontrolün 6. ayında olan hastanın ağrılarının tama yakın kaybolduğu ve kontrol doppler ultrasonografisinde portal vende patolojiye rastlanmadı.

Tartışma

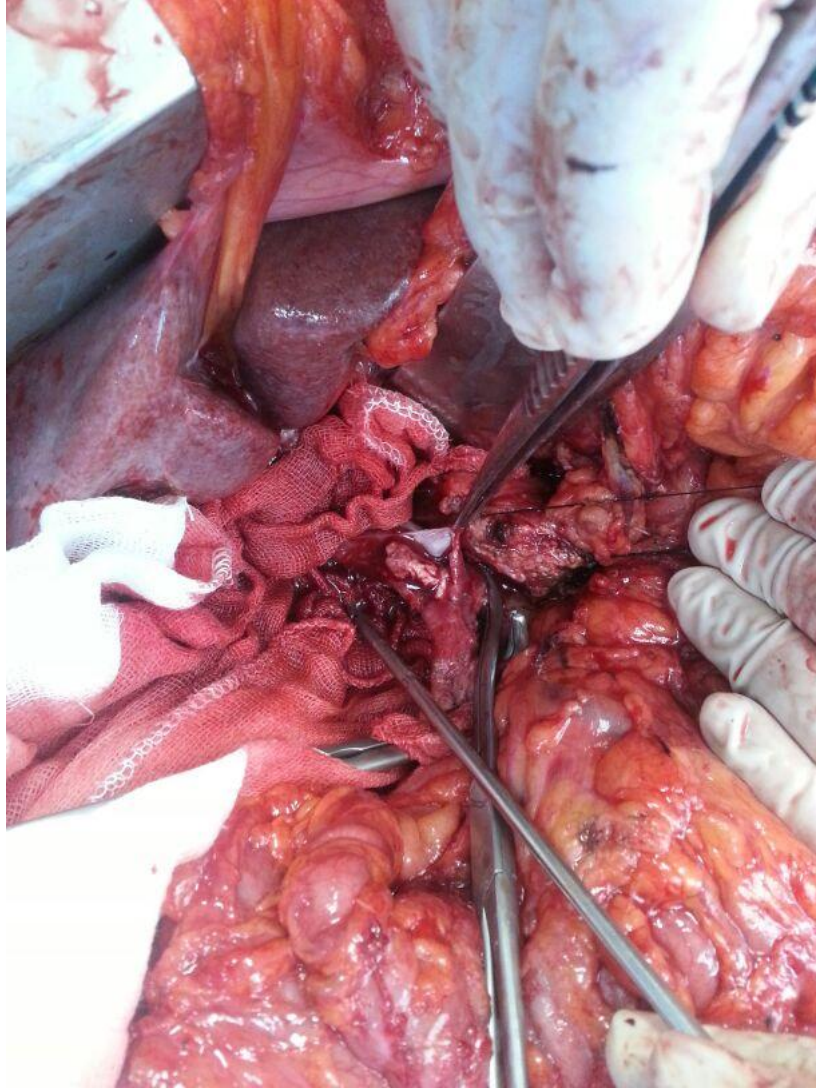
Kronik pankreatitli hastaların tedavisi öncelikle medikal olmasına karşın narkotik bağımlılığı, malignite şüphesi, hastanın yaşam kalitesinin bozulması, obstruktif sarılık temel cerrahi gereksinimini doğurmaktadır (5). Yeni tanı alan diyabet öyküsü ve sarılık, rekürren akut pankreatit atakları, ciddi malnütrisyon, splenomegali, palpabl psödokistler, alkol kullanımı ve hastanın hikâyesinin uzun süreli olması kronik pankreatitin klinik tanısında önemli ipuçlarıdır. Endoskopik retrograd kolanjiopankreatikografi ile pankreas kanalındaki değişimlerin gösterilmesi ile birlikte kontrastlı karın tomografisinde pankreasın morfolojik özellikleri kronik pankreatit tanısının konulmasında altın standarttır (6). Kronik pankreatitli hastalarda altta yatan etiyolojik faktörlere bağlı sıklığı değişmekle birlikte kronik zeminde akut pankreatit ataklarına sıkça karşılaşılmaktadır. Kronik pankreatitli hastalarda aralıklı olarak şiddetlenen

inflamatuvar prosese bağlı salınan proteolitik enzimler ve buna bağlı hiperkoagülasyon nedeniyle splenik venede tromboz vakalarına rastlanabilmektedir(7,8). Özellikle anatomik komşuluğu nedeniyle splenik ven trombozları sıkça görülmektedir (9). Bunun yanında izole portal ven veya superior mezenterik ven ile birlikte portal ven tromboz olguları da tanımlanmıştır (10). Pankreatitli olgularda nadir rastlanmakla birlikte izole vena kava, renal ven ve pulmoner ven trombozlu olgulara literatürde rastlanabilmektedir (11). Portal ven trombozları asemptomatik olabildiği gibi Yamashita ve arkadaşlarının tanımladığı gibi yaygın karaciğer infarktüsüne bağlı karaciğer yetmezliği ve mortalite görülebilmektedir (12). Ayrıca inflamasyona sekonder damarların erozyonu ve buna bağlı damar rüptürü nedeniyle mortalite tarif edilmiştir. Antikoagulan tedavinin venöz trombozların tedavisinde etkili olduğu bilinmekle birlikte olgumuzda olduğu gibi organize olmuş kronik trombüslerde etkisi sınırlıdır. Olgumuzda cerrahi endikasyonumuz malignite şüphesi idi. Cerrahi tedavi seçeneği olarak da malignite şüphesinden dolayı rezektif prosedürü tercih ettik. Portal venede yerleşen trombus formasyonunun ilerleyerek portal veni total oklüde ettiği bilinmektedir. Bu nedenle olgumuza eş seanslı portal

venden tromboektomi uygulanmıştır. Literatür incelendiğinde benzer bir olgu bulunmamaktadır. Sonuç olarak kronik pankreatit akut alevlenmeler ile seyir gösteren inflamatuvar bir prorestir. İnflamatuvar reaksiyona bağlı splenik ve portal venede trombozlara rastlanabilmektedir. Kronik pankreatitli bir hastada malignite şüphesi bulunduğu portal venede trombozun varlığında dahi rezektif prosedürlerin güvenli bir şekilde uygulanabileceği kanaatindeyiz.



Resim 1: Karın tomografisinde portal ven içerisindeki kronik tromboz (ok) görülmektedir.



Resim 2: Venotomi ile portal venden tromboektomi uygulanmasının ameliyat esnasındaki görüntüsü

Kaynaklar

1. Büchler MW, Friess H, Beger HG, et al. Randomized trial of duodenum- preserving pancreatic head resection versus pylorus-preserving Whipple in chronic pancreatitis. *Am J Surg* 1995; 169: 65-9.
2. Hartel M, Tempia-Caliera AA, Büchler M, et al. Evidence-based surgery in chronic pancreatitis. *Langenbecks Arch Surg* 2003; 388(2): 132-9.
3. Prinz RA, Greenlee HB. Pancreatic duct drainage in chronic pancreatitis. *Hepatogastroenterology* 1990; 37: 295-300.
4. Nicolas de Prado I, Corral de la Calle MA, Nicolas de Prado JM, Gallardo Sanchez F, Medranda MA. [Vascular complications of pancreatitis]. *Rev Clin Esp* 2005;205:326-32. PMID:16029759.
5. Zeytinlu M, Aynacı M, Fırat Ö, Nart D, Tekeşin O, Killi R, Yüzer Y. Kronik pankreatitte yaşam kalitesini yükseltmek için rezektif cerrahi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 2005; 4 (1): 23-28
6. Snady H. Endoscopic ultrasonography in benign pancreatic disease. *Surg Clin North Am.* 2001; 81(2): 329-44.
7. Hang Q, Zhang QX, Tan XP, et al. Pulmonary embolism with acute pancreatitis: A case report and literature review. *World J Gastroenterol* 2012;18:583-6.
8. Orr DW, Patel RK, Lea NC, et al. The prevalence of the activating JAK2 tyrosine kinase mutation in chronic porto-spleno-mesenteric venous thrombosis. *Aliment Pharmacol Ther* 2010;31:1330-6. PMID: 20331577.
9. Gonzelez HJ, Sahay SJ, Samadi B, Davidson BR, Rahman SH. Splanchnic vein thrombosis in severe acute pancreatitis: a 2-year, single-institution experience. *HPB (Oxford)* 2011;13:860-4. PMID: 22081920. PMID:PMC3244624
10. Nordback I, Sisto T. Peripancreatic vascular occlusions as a complication of pancreatitis. *Int Surg* 1989;74:36-9. PMID: 2707996.
11. Ohta H, Hachiya T. A case of inferior vena cava thrombosis and pulmonary embolism secondary to acute exacerbation of chronic pancreatitis: a rare finding in radionuclide venography. *Ann Nucl Med* 2002;16:147-9. PMID:12043910.
12. Yamashita K, Tsukuda H, Mizukami Y, Ito J, Ikuta S, Kondo Y, et al. Hepatic infarction with portal thrombosis. *J Gastroenterol* 1997; 32:684-8. [PMID 9349998]