

# PANKREATİTLİ HASTADA PSÖDOANEVRİZMA RÜPTÜRÜ NEDENİYLE GELİŞEN GIS KANAMASI: BT İLE TAKİP

Aysun Erdoğan\* ❖ Eda Elverici\* ❖ Eşref Paşaoğlu\* ❖ Alp Karademir\*

## ÖZET

Pankreatik psödokistten akut arteriel hemoraji veya psödoanevrizma rüptürü pankreatitin nadir bir komplikasyonudur ve hastaların %5-10'unda görülür (3). Cerrahi tedavi uygulanmayan olgularda mortalite oranı %90'a kadar ulaşmaktadır. Biz bu olgumuzda, 62 yaşında, 3 günlük karın ağrısı şikayeti, distansiyon ve idrar koyulaşması şikayetleri ile başvuran pankreatik psödokistli bir hastayı sunuyoruz. Hastanın 4 ay sonra yapılan kontrol BT tetkikinde; pankreas gövde ve baş lokalizasyonunda iyi sınırlı, vasküler dansitede kontrastlanma gösteren, çevresinde değişik zamanlı kanamayı gösteren bir hematoma alanı bulunan, gastrik vasküler yapılarıdaki erozyona sekonder gelişen psödoanevrizma ile uyumlu lezyon saptandı. Bir hafta sonra hasta ani epigastrik ağrı, meleno şeklinde GIS kanaması ve şok tablosuyla acil servise başvurdu. Yapılan kontrol BT incelemesinde, pankreas başı komşuluğunda önceden tanımlanan psödoanevrizma ile uyumlu lezyonun kaybolduğu görüldü. Sonuç olarak, BT; pankreatitli hastaların izlenmesi ve özellikle komplikasyonların gelişimi ve tedavi takibi yönünden tercih edilmesi gereken en önemli yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Pankreatit, GIS Kanaması, Psödoanevrizma, BT

## SUMMARY

### Gastrointestinal Bleeding Due To Ruptured Pseudoaneurysm in Patient With Pankreatitis: Following by CT

Acute arterial hemorrhage and pseudoaneurysm of pancreatic pseudocysts are rare complications of pancreatitis and seen in 5-10% of the patients. The rate of mortality amounts to 90% without surgical therapy. We present a case of pseudoaneurysm and its spontaneous drainage into GIS as a complication of pancreatitis. We report a 62 year old man with a pancreatic pseudocyst, that was admitted with a three-day history of abdominal pain, distension and darkening of urine. CT scanning performed four months later demonstrated a well-defined lesion showing a contrast enhancement of vascular density and surrounded by a hematoma as a pseudoaneurysm secondary to erosion of the gastric vascular structures due to pancreatitis. One week later, the patient presented with a sudden epigastric pain, gastrointestinal bleeding in the form of meleno and the picture of shock to Emergency Department. CT did not demonstrate the lesion adjacent to the head of pancreas, which had been present one week earlier. Contrast CT is of great value in detection of pseudoaneurysms, as a complication of pseudocyst.

**Key Words:** Pankreatitis, GIS Bleeding, Pseudoaneurysm, CT

Pankreatik psödokistin akut arteriel hemorajisi ve psödoanevrizması, kronik inflamasyonun akut atağında pankreas dokusunun veya pankreas çevresindeki arterlerin enzimatik zedelenmesi veya psödokistin komşu visseral arterleri erode etmesi sonucunda meydana gelir(1, 2). Pankreatik psödokistten akut arteriel hemoraji veya psödoanevriz-

ma rüptürü pankreatitin nadir bir komplikasyonudur ve hastaların %5-10'unda görülür (3).

Akut Gastrointestinal sistem (GIS) kanaması birçok sebeple oluşabilir. Birçok hastada peptik ülser, hemorajik gastroduodenit, stress ülseri, özofagus varisleri ve Mallory Weiss sendromu gibi pankreatitle ilişkisiz durumlar nedeniyle GIS ka-

\*Ankara Numune Hastanesi Radyoloji Kliniği, Ankara

namaları olmaktadır (2, 4). Pankreatite bağlı psödoanevrizma, GIS'e peritoneal kaviteye, pankreatik kanala, retroperitoneal alana rüptüre olabilir ve hızla hayatı tehdit eder duruma gelebilir(1-5). Psödoanevrizmaların çoğu peripankreatik arterlerden gelişmektedir (6). Olguların yarısından fazlasında splenik arter tutulmakta ve daha nadir olarak da gastroduodenal ve pankreatikoduodenal arterden kanama oluşmaktadır(1, 7). Bu olguda pankreatitli bir hastada, komplikasyon olarak gelişen psödoanevrizmayı ve gastrointestinal sisteme spontan drenajının sonucunu sunmaktayız.

### Olgu

62 yaşındaki erkek hasta, üç gündür yaygın karın ağrısı, karında şişkinlik ve idrar renginde koyulaşma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Klinik muayenesinde ateş 37C, nabız 80/dk, kan basıncı 120/70mmHg ve şuuru uykuya meyilliydi. Hemogloblin :10, 6gr/dl, Amilaz :948 Ü ve beyaz küre: 5000 /mm<sup>3</sup> olarak saptandı.Yapılan acil ultrasonografik (USG) incelemede pankreas başı düzeyinde 4x6cm boyutlarında hipoekoik kistik lezyon izlendi. Klinik bulgularla birlikte değerlendirilerek pankreatit ve bunun komplikasyonu olarak gelişen psödokist olduğu düşünüldü. Medikal tedavi ve total paranteral nutrisyon uygulandı. BT tetkikinde pankreas başı ve gövde kesiminden başlayarak lesser saka uzanan, lobule konturlu, periferik kontrastlanma gösteren 70mm çapında heterojen hipodens yüksek dansiteli lezyonun enfekte psödokistle uyumlu olduğu düşünüldü (Şekil 1a). Ayrıca pankreas baş kesimine komşu aynı karakterde ikinci bir lezyon mevcuttu. Pankreas kuyruk kesiminde daha belirgin olmak üzere peripankreatik alanda, pararenal fasiya anteriorunda, yoğun inflamatuvar yumuşak doku değerleri izlenmekteydi. Tıbbi tedavi ile hasta stabilize edildikten sonra kontrollere çağrılmak üzere taburcu edildi.

Hasta 2 ay sonra yaygın epigastrik ağrı şikayeti ile hastaneye başvurduğunda yapılan incelemelerinde; amilaz 1200 Ü saptandı. USG'de kistin rüptüre olduğu görüldü. Çekilen acil BT incelemesinde psödokistin mide posterior duvarına penetre olarak rüptüre olduğu izlendi (Şekil 1b). Hastanın konservatif tedavi ile stabiliasyonu sağlanarak taburcu edildi.

Hastanın 4 ay sonra yapılan kontrol BT tetkikinde; pankreas gövde ve baş lokalizasyonunda,

lesser sakı dolduran, mide antrum ve duodenal bulbus komşuluğuna uzanan, iyi sınırlı, çevresinde değişik zamanlı kanamayı gösteren bir hematoma alanı bulunan, ekzantrik yerleşimli, vasküler dansitede kontrastlanma gösteren lezyon saptandı (Şekil 1c). Lezyonun pankreatit komplikasyonuna bağlı gastrik vasküler yapılardaki erozyona sekonder gelişen psödoanevrizma ile uyumlu olduğu düşünülerek anjiyografik inceleme önerildi. Ancak hastanın kabul etmemesi nedeniyle yapılamadı. Bir hafta sonra hasta ani epigastrik ağrı, melena şeklinde GIS kanaması ve şok tablosuyla acil servise başvurdu. Akut tablo atlatıldıktan sonra yapılan aortografi ve selektif çöliak trunkus ve superior mezenterik kateterizasyonda, hiç bir patolojik görünüm saptanmadı. Yapılan kontrol BT incelemesinde, pankreas başı komşuluğunda önceden tanımlanan psödoanevrizma ile uyumlu lezyon izlenmedi (Şekil 1d). Akut durumun medikal tedavisinden sonra aortografi ve selective truncus ve superior mesenterik arter kateterizasyonu yapıldı (Şekil 2a, b), ancak patoloji saptanmadı. Hastanın endoskopik incelemesinde, duodenumda fistül ağzı görüldü ve psödoanevrizmanın duodenuma açıldığı anlaşıldı. Hastanın genel durumu cerrahi tedaviye gerek kalmadan medikal tedavi ile hızla düzeldi ve taburcu edildi.

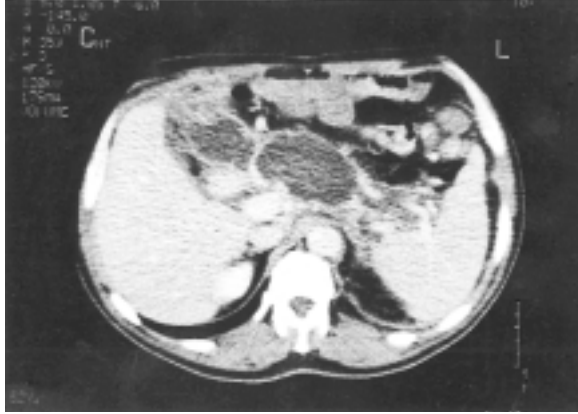
### TARTIŞMA:

Akut GIS kanamaları içinde pankreatik psödoanevrizma rüptürüne bağlı kanamalar nadir olarak görülür. Acil girişim gerektiren bu durumun görülme oranı tüm GIS kanamaları içinde %2'den azdır(8). Psödoanevrizma rüptürü kronik pankreatitin çok hızlı gelişen bir komplikasyonudur. Pankreatik psödokistin komşu arteri erode etmesi veya psödoanevrizma rüptürünün mortalitesi oldukça yüksek olup çeşitli kaynaklarda %12-50 olarak bildirilmektedir(1, 2, 4, 7, 8, 9). Cerrahi tedavi uygulanmayan olgularda mortalite oranı %90'a kadar ulaşmaktadır. Erken tanı ve acil cerrahi ile hayatta kalma oranı %70 olarak bildirilmektedir(1).

Pankreatitli hastalarda psödoanevrizma formasyonu, hastalığın şiddeti ve süresi ile ilişkilidir(2). Psödoanevrizma rüptürü sonucu oluşan kanama, genellikle akut olarak görülür. Kısa, tekrarlayıcı ve kendisini sınırlayıcı olabilmekle birlikte, acil laparotomi gerektiren masif kanama şeklinde de görülebilir(2). Pankreatitli hastalarda, sürekli

veya ani baŐlayan abdominal aĖrı, hematokrit dűŐmesi, hemodinamik instabilite veya herhangi bir intralűminal neden saptanmayan GİS kanamaları rűptűre arteriel psűdoanevrizmayı dűŐndűrmelidir(2, 8).

Kronik pankreatitte psűdoanevrizma geliŐmesi ve rűptűre olmasına baĖlı oluŐan akut kanama erkeklerde kadınlara gűre daha siktır ve genellikle alkoliklerde geliŐir(1). Kronik pankreatitte hemoraji %50 oranında gűvde ve kuyruk kesiminden ge-



**Őekil 1a:** Hastanın ilk baŐvurduĖu esnada pankreas baŐı dűzeyinde saptanan psűdokist formasyonu



**Őekil 1b:** Hastanın takibinde daha ۆnce saptanan psűdokistin mide duvarına penetre olarak kaybolduĖu izleniyor.



**Őekil 1c:** 2 ay sonraki kontrol CT de saptanan psűdoanevrizma formasyonu



**Őekil 1d:** Gastrointestinal sistem kanaması sonrasında psűdoanevrizmanın kaybolduĖu izleniyor



**Őekil 2.** Gastrointestinal sistem kanaması sonrasında ; sűperior mesenterik arter (a) ve ۆliak trunkus (b) anjiyografisi normal olarak saptandı

lişen psödokistlerde oluşur(1). Bu olgularda mortalite oranı %16'dır. Pankreas başından gelişen hemorajilerde ise mortalite oranı daha yüksek olup %40 civarındadır(1). Olgumuzda, ani epigastrik ağrı, hemodinamik instabilite ve akut GIS kanaması ile kendini gösteren pankreatite bağlı psödoanevrizma rüptürü görülmüştür. Acil konservatif tedavi ile hasta hayatta kalmıştır. Ayrıca embolizasyon veya cerrahi tedaviye gerek kalmadan psödoanevrizma spontan drenajla kaybolmuş olup, hasta iyileşmiştir.

Pankreatite bağlı psödoanevrizmada USG'nin tanı değeri düşüktür(2). Ancak büyük bir kist içerisinde hipoekoik kistik lezyon görünümü, psödokist içerisinde psödoanevrizma için oldukça tanısaldır(7, 10). Sonografi perianevrizmal fibrozis veya trombüs olmadığında psödoanevrizmayı pulsatil yapısıyla saptayabilir(10). Doppler görüntüleme ile psödoanevrizma içerisinde türbülant arteriel akımı değerlendirebilir (7, 10). Bununla birlikte USG'de obez veya ileuslu hastalarda gaz nedeniyle pankreatik bölgenin görüntülenmesi oldukça zordur(10).

Kontrastlı BT psödokist komplikasyonu sonucu oluşan psödoanevrizmayı göstermede oldukça değerlidir(2). Dinamik BT'nin psödoanevrizma araştırılmasında mükemmel olduğu söylenebilir(4). BT'de vasküler lezyonları en iyi şekilde gösterebilmek için IV bolus kontrast madde enjeksiyonu ve ardından hızlı tarama uygulanmalıdır(7, 10). Psödoanevrizma hızlı kontrastlanan, komşu arterler ve aorta ile benzer dansite ve boşalma gösteren kitle lezyonu şeklinde görülür(4). Olgumuzdaki gibi psödokist içinde veya herhangi bir vasküler

yapı komşuluğunda homojen kontrastlanan bir lezyon görünümü psödoanevrizma için oldukça tanısaldır(10). Yüksek dansiteli loküle sıvı birikimi, psödokist içinde pıhtı veya abdominal serbest sıvı görülmesi psödoanevrizma kanamasının oldukça güçlü bir göstergesidir. Psödoanevrizma birkaç milimetre boyutta olduğunda BT'de saptanamayabilir(4). BT birinci basamak tanısıl bir metod olmasına rağmen kanamanın yerini saptamada anjiyografi kadar iyi değildir(3). Anjiyografi psödoanevrizma ile ilişkili damarı ve aktif kanama varsa psödoanevrizmaya kontrast madde ekstrevasyonunu gösterir(4, 8). USG ve BT bulgularının kanayan bir psödoanevrizmayı düşündürdüğü her hastada preoperatif SMA ve çöliak anjiyografi yapılmalıdır(4).

Olgumuzda, pankreatik psödokist görülmesinden yaklaşık 4 ay sonra psödoanevrizma gelişimi ve GIS'e rüptürü sonrasında psödoanevrizmanın kayboluşu tomografik olarak gösterildi. Bu nedenle akut GIS hemorajisi sonrasında yapılan visseral anjiyografide herhangi bir patoloji saptanmadı. Olgunun endoskopik incelemesinde duodenum ikinci kısmında fistül ağzı ve burada kan pıhtısı görülerek kanama yeri saptanmış oldu. Üst GIS endoskopisi kanama nedenlerini değerlendirmede önemli bir tanısıl metottür ancak endoskopik olarak GIS'e kanayan psödoanevrizmayı göstermek oldukça nadirdir(5).

Sonuç olarak pankreatitli hastaların izlenmesi ve özellikle komplikasyonların gelişimi ve tedavi takibi yönünden tercih edilmesi gereken en önemli yöntem BT'dir.,

**KAYNAKLAR**

1. Pavel Skok, Andreja Sinkovic .Acute Hemorrhage into the Peritoneal Cavity-A Complication of Chronic Pancreatitis with Pseudocyst:A Case Report from Clinical Practice.Hepato-Gastroenterology 1999;518-521.
2. Perrot M., Berney T., Böhler L., Delgado X., Mentha G., Morel P.Management of bleeding pseudoaneurysms in patients with pancreatitis.British Journal of Surgery 1999, 86, 29-32
3. Luc.P.Gambiez, Oliver J.Ernst, Oliver A.Merlier, Henri L.Porte, Jean Pierre M.Chambon, Pierre A.Quandalle.Arterial Embolization for Bleeding Pseudocysts Complicating Chronic Pancreatitis. Arch Surg/vol 132, Sep 1997, 1016-1021
4. Pitkaranta P., Haapiainen R., Kivisaari L., Schröder T.Diagnostic Evaluation and Surgical Approach in Bleeding Pseudoaneurysms Associated with Pancreatic Pseudocysts.Scandinavian Journal of Gastroenterology 1991;26:58-64
5. Bretagne J.F.Heresbach D., Darnault P., Raoul J.L., Gosselin M., Carsin M., Gastard J.Pseudoaneurysms and Bleeding Pseudocysts in Chronic Pancreatitis:Radiological Findings and Contribution to Diagnosis in 8 Cases.Gastrointestinal Radiology 1990; 15:9-16
6. Rebecca A.Giles, William C.Pevic Aortic Pseudoaneurysm Secondary to Pancreatitis.Journal of Vascular Surgery 2000; 31: 1056-1059
7. Burke J.W., Ericson S.J., Kellum C.D., Tegtmeyer C.J., Williamson B.R.J., Hansen M.F.Pseudoaneurysms Complicating Pancreatitis: Detection by CT. Radiology 1986; 161: 447-450
8. Ishida H., Konno K., Komatsuda T., Sato M., Naganuma H., Hamashima Y., Ishida J. Gastrointestinal Bleeding due to Ruptured Pseudoaneurysm in Patients with Pancreatitis.Abdominal Imaging 1999; 24: 418-421.
9. Carr J.A., Cho J.S., Shepard A.D., Nypaver T.J., Reddy.D.J.Visceral Pseudoaneurysms due to Pancreatic Pseudocysts :Rare but Lethal Complications of Pancreatitis. Journal of Vasc Surg 2000; 32: 722-730.
10. Lee M.J., Saini S., Geller S.C., Warshaw A.L., Mueller P.R.Pancreatitis with Pseudoaneurysm Formation: A Pitfall for the Interventional Radiologist. AJR 1991; 156:97-98

