

2 olgu nedeniyle kronik pankreatit akut ataklarında endoskopik tedavi

Endoscopic treatment of acute attacks in chronic pancreatitis in view of two cases

Fehmi ATEŞ, Serkan YARAŞ, Bünyamin SARITAŞ, Engin ALTINTAŞ, Orhan SEZGİN

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Mersin

Kronik pankreatit pankreasta endokrin ve egzokrin fonksiyon bozukluğuna neden olan, kalıcı yapısal değişikliklerle seyreden inflamatuvar bir hastalıktır. Tam klinik, laboratuvar bulguları ve görüntüleme yöntemleri yardımıyla konur. Endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi, kronik pankreatit tanısında kullanılan en önemli tanı araçlarından birisidir. Hastalarda pankreas kanalındaki majör değişiklikler endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi ile rahatlıkla tespit edilebilir. Ayrıca endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi ile pankreas kanalı taş ve darlıkları da kolaylıkla gösterilip tedavi edilebilir. Burada endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi eşliğinde endoskopik tedavi uygulanan birinde pankreas kanalı taşı, diğerinde pankreas kanalı darlığı ve taşı bulunan iki ayrı kronik pankreatit olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Kronik pankreatit, endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi, pankreas kanalı taşı, pankreas kanalı darlığı

Chronic pancreatitis is an inflammatory disease causing pancreatic endocrine and exocrine function disorders with permanent structural changes. The diagnosis is based upon clinical and laboratory findings and radiologic signs. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography is one of the most important diagnostic tools in chronic pancreatitis. The major changes in the pancreatic duct can be visualized easily by Endoscopic retrograde cholangiopancreatography. In addition, pancreatic stones can be extracted and strictures can be dilated. Here, we report two cases, one with pancreatic duct stone and the other with pancreatic duct stricture and stone, both of which were treated by endoscopic pancreatic drainage with Endoscopic retrograde cholangiopancreatography.

Key words: Chronic pancreatitis, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, pancreatic duct stone, pancreatic duct stricture

GİRİŞ

Kronik pankreatit, pankreasta ilerleyici harabiyete neden olan, tekrarlayan karın ağrısı atakları ve endokrin ve egzokrin fonksiyon bozukluklarıyla seyreden inflamatuvar bir hastalıktır. Tıptaki tüm gelişmelere rağmen, kronik pankreatit günümüzde de ciddiyetini korumaktadır. Hastalık 20-25 yıllık bir süreçte %50 mortaliteye sahiptir (1, 2). En sık ölüm nedenleri; pankreas absesi, diyabet ve komplikasyonları, gastrointestinal kanama, pankreas yetmezliği ve pankreas cerrahisiyken, hastaların %15-20'si ataklara bağlı komplikasyonlardan kaybedilmektedir (3).

Kronik pankreatitli olgularda pankreatik kanalda striktür, intraduktal taş ve/veya psödokist nedeniyle pankreatik akımın duraklaması, pankreatik duktal basıncı artırarak akut ataklara neden olmaktadır (4, 5). Endoskopik pankreatik drenaj uygulamaları, pankreatik sfinkterotomi, sfinkterin balon ile dilatasyonu, pankreatik stent yerleştirilmesi, taş ekstraksiyonu ve psödokist drenajını içermektedir. Bu uygulamalar bazen aynı seansta birbirini izleyen işlemler olarak gerçekleştirilebilir.

Burada akut atakla kliğimize başvuran, endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP) eşliğinde farklı endoskopik tedavi işlemleri uygulanan birinde pankreatik kanalda taş, diğerinde pankreatik kanalda striktür ve taş bulunan iki olgu sunulmuştur.

OLGU 1

37 yaşında erkek hasta acil servise bir gündür devam eden karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleriyle başvurdu. Özgeçmişinde 7 yıl önce insülinoma nedeniyle subtotal pankreatektomi



Resim 1. Pankreas kanalında taş (olgu-1)

İletişim: Fehmi ATEŞ

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı,
Mersin, Türkiye • Tel: + 90 324 337 43 00
E-mail: drfehmiates@hotmail.com

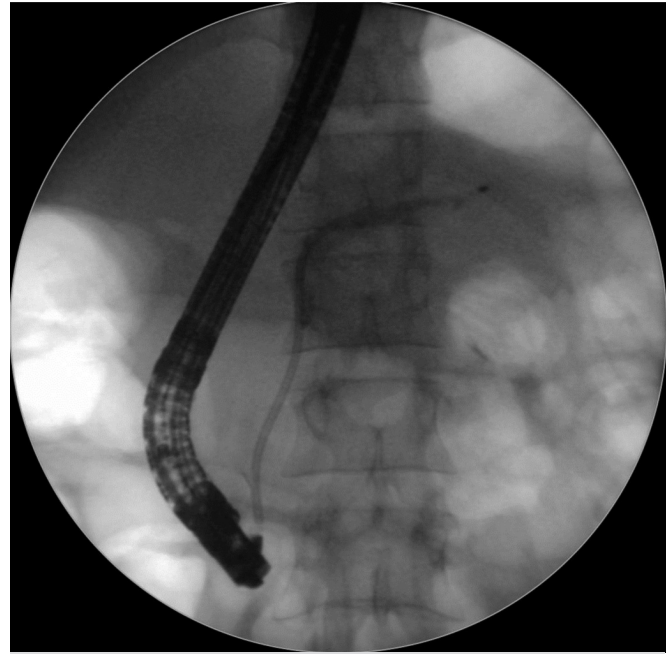
mi, 6 yıl önce splenektomi ve 11 kez akut pankreatit atağı bulunmaktaydı. Alkol ve sigara alışkanlığı yoktu. Fizik muayenesinde genel durumu orta olan hastanın, ateş:37 C°, N:85/dk, TA:105/77 mmHg, S:18/dk idi. Karnında sağ üst kadranda ve orta hatta insizyon skarları görüldü. Palpasyonla yaygın hassasiyet belirlendi. Kan tetkiklerinde; Amilaz:2421 IU/L, Lipaz:6649 IU/L, Lökosit:21900/mm³, Hgb:12,2 gr/dL, Trombosit:578.000/mm³, Üre:37 IU/L, Kreatinin:0,76 mg/dL, AST:25 IU/L, ALP:66 IU/L, GGT:27 IU/L, Total Bilirubin:0,842 mg/dL, Direkt Bilirubin:0,21 mg/dL saptandı. Ultrasonografide intrahepatik safra yolları hafif belirgin olup, koledok ductus hepaticus communis düzeyinde 6 mm genişlikte ölçüldü. Pankreas bal peteği görünümünde olup özellikle baş kesiminde milimetrik parankimal hiperekoik alanlar izlendi. Pankreas kanalı gövde kesiminde 5 mm genişlikte olup baş kesimine doğru incelerek sonlanıyordu. Hasta kronik pankreatit akut atağı tanısıyla ERCP planlanarak yatırıldı. ERCP'de duodenum 2. kıtada jukstapapiller divertikül izlendi. Pankreas kanalı selektif olarak kanüle edilip görüntüledi. Pankreas kanalı genişti ve içinde 3-4 mm'lik doluş kusuru izlendi (Resim 1). Pankreatik sfinktere 8 mm'lik biliyer dilatasyon balonu ile sfinkteroplasti yapıldı. Ardından taş balonu ile kanal içindeki taş düşürüldü. İzleminde klinik ve laboratuvar bulguları düzelen hasta, taburcu edildi.

OLGU 2

21 yaşında erkek hasta, karın ağrısı ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde en sonucusu 1 ay önce olan, çok sayıda akut pankreatit atağı öyküsü mevcuttu. Hastanın alkol, sigara alışkanlığı yoktu. Fizik muayenesinde genel durumu orta, Ateş:36 C°, N:76/dk, TA:110/70 mmHg, S:18/dk idi. Batını distandü görünümde olan hastanın, bağırsak sesleri hipoaktifti. Palpasyonla epigastrik hassasiyet saptandı. Kan tetkiklerinde; Amilaz:1363 IU/L, Lipaz:6200 IU/L Lökosit:6750/mm³, Hgb:13,2 gr/dL, Trombosit:300.000/mm³, Üre:22 IU/L, Kreatinin: 0,72 mg/dL, AST:21 IU/L, ALP:73 IU/L, GGT:25 IU/L, Total Bilirubin: 0,5 mg/dL, Direkt Bilirubin:0,16 mg/dL saptandı. Abdominal ultrasonografide pankreas heterojen görünümde olup, özellikle baş kesiminde parankimal milimetrik kalsifikasyonlar vardı, pankreas ana kanalı geniş (5 mm) olup baş kesiminde lümen içinde muhtemelen taşa ait hiperekojenite izlendi. Hasta kronik pankreatit akut atağı tanısıyla yatırıldı. ERCP işlemi uygulandı, duodenum 2. kıta ve papilla vateri normaldi. Pankreas kanalı selektif kanüle edildi. Wirsung kanalı baş kesiminde darlık vardı. Darlık proksimalinde küçük bir kistik genişleme ve bu genişlemenin içinde doluş kusuru izlendi (Resim 2). Bunun gerisindeki wirsung kanalı ve santorini kanalı genişti. 7F buji dilatör ile dilatasyon sonrası pankreatik kanal balonla temizlenerek taş düşürüldü. Pankreatik drenajı sağlayacak şekilde 7F 7 cm'lik plastik stent takıldı (Resim 3). İzleminde klinik ve laboratuvar bulguları düzelen hasta, taburcu edildi.



Resim 2. Pankreas kanalında darlık ve bu darlığın proksimalindeki içerisinde taş bulunan kistik genişleme (olgu-2)



Resim 3. Pankreas kanalına yerleştirilen stent (olgu-2)

TARTIŞMA

Kronik pankreatit etyolojisinden sorumlu faktörlerin sıralanması ülkeden ülkeye değişmektedir. Batı ülkelerinde alkol alımı kronik pankreatitin en sık nedeniyken safra taşlarına bağlı gelişen kronik pankreatit nadirdir (6). Ülkemizde safra taşları ve safra yolu hastalıkları ile alkol alımı kronik pankreatit nedenleri arasında ilk iki sırayı paylaşmaktadır. Beyler AR ve ark. ülkemizde safra yolu hastalıklarının, kronik pankreatitlerin etyolojisinde ilk sırada yer aldığını bildirmiştir (7).

Primer odditis, kolelitiazisle birlikte olan odditis, pankreas başı, papilla vateri ve duodenum kanserleri, safra yolları taşları, striktürler, psödokistler, pankreas divisium ve nadiren de intraduktal taşlar, obstrüktif kronik pankreatitlerin en önemli nedenlerindedir (8-10).

Kronik pankreatitli hastaların büyük çoğunluğu konservatif yöntemlerle tedavi edilebilir. Tedaviye cevap vermeyen dirençli veya komplikasyonlu vakalarda gerektiğinde cerrahi tedaviye başvurulmaktadır. Ancak endoskopik yöntemlerdeki gelişmelerle birlikte endoskopik tedavi yöntemleri cerrahi tedavilere alternatif bir tedavi yöntemi haline gelmiştir (11). Özellikle obstrüktif kronik pankreatitlerin tedavisinde endos-

kopik girişimler seçkin bir tedavi yöntemidir. Bu nedenle kliniğimizde de, bu iki olgu örneğinde olduğu gibi, obstrüksiyona bağlı kronik pankreatit akut ataklarında pankreatik drenaj tedavileri olan pankreatik sfinkterotomi, sfinkterin balon ile dilatasyonu, pankreatik stent yerleştirilmesi, taş ekstraksiyonu ve psödokist drenajı başarıyla uygulanmaktadır.

Sonuç olarak; kronik pankreatitli hastalarda akut ataklara neden olan pankreas kanalı taş ve striktürlerinin tanı ve tedavisinde endoskopik tedavi yöntemleri etkin ve güvenilirdir. Komplikasyonları da diğer yöntemlere göre daha az olan bu uygulamaların öncelikli olarak tercih edilmeleri gerekir.

KAYNAKLAR

1. Miyake H, Harada H, Ochi K et al. Prognosis and prognostic factors in chronic pancreatitis. *Dig Dis Sci* 1989; 34: 449-55.
2. Ammann RW, Akovbiantz A, Largiader F, Schueler G. Course and outcome of chronic pancreatitis. longitudinal study of a mixed medical-surgical series of 245 patients. *Gastroenterology* 1984; 86: 820-8.
3. Layer P, Yamamoto H, Kalthoff L, et al. The different courses of early- and late-onset idiopathic and alcoholic chronic pancreatitis. *Gastroenterology* 1994; 107: 1481-7.
4. Boerma D, Straatsburg IH, Offerhaus GJ, et al. Experimental model of obstructive chronic pancreatitis in pigs. *Dig Surg* 2003; 20: 520-6.
5. Madsen P, Winkler K. The intraductal pancreatic pressure in chronic obstructive pancreatitis. *Scand J Gastroenterol* 1982; 17: 553-4.
6. Pezzilli R. Etiology of chronic pancreatitis: has it changed in the last decade? *World J Gastroenterol* 2009; 15: 4737-40.
7. Beyler AR, Dökmeci A, Erten AT, et al. Kronik Pankreatitis etyolojisinde rol oynayan faktörler. *Gastroenteroloji* 1993; 4: 319-21.
8. Sarles H. Definitions and classifications of pancreatitis. *Pancreas* 1991; 6: 470-4.
9. Freney CP. Classification of pancreatitis. *Rad Clin North America* 1989; 27: 1-3.
10. Ammann RW. Diagnosis and management of chronic pancreatitis: current knowledge. *Swiss Med Wkly.* 2006; 136: 166-74.
11. Multferheiner P, Büchler M . Indications for endoscopic or surgical therapy in chronic pancreatitis. *Endoscopy* 1991; 23: 185-90.