

Acil ERCP ile tedavi edilen papilla Vateri'ye sıkışmış taşın neden olduğu bir akut biliyer pankreatit vakası

A case of acute pancreatitis due to biliary stone impacted at the papilla Vateri treated by emergent ERCP

Oğuzhan ÖZTÜRK¹, Selçuk DIŞİBEYAZ², Bülent ÖDEMiŞ², Metin BAŞARANOĞLU³, Ayşegül ŞENGÜL², Erkan PARLAK²

Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği¹, İstanbul

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği², Ankara

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kliniği³, Konya

Acut pankreatit mortal seyirli olabilen önemli bir hastalıktır. Acut pankreatitlerin %40-60 nedeni safra yolu taşlarıdır. Bu yüzden acut pankreatitli hastalarda obstrüksiyon bulguları saptandığında (sarılık, hiperbilirubinemi, kolestaz enzimlerinde yükseklik ve safra yollarında dilatasyon) acil terapötik Endoskopik Retrograd Kolanjiyopankreatikografi yapılması hayat kurtarıcı olabilir. Burada acut pankreatite neden olan papilla Vateriye sıkışmış biliyer taşın acil tedavisi sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Acut pankreatit, safra yolu taşı, Endoskopik Retrograd Kolanjiyopankreatikografi

Acute pancreatitis which is a serious disease can lead to mortality in a small group of patients. One of the main causes of acute pancreatitis is biliary stone (40-60%). Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography can be a life saving procedure in some patients with obstructed stone clinic such as icterus, elevated cholestatic enzymes and biliary dilatation. In this report, emergent therapy of a biliary stone which is impacted at the papilla Vateri and caused acute pancreatitis has been presented.

Key words: Acute pancreatitis, biliary stone, Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography

GİRİŞ

Acut pankreatit günümüzde hala ciddiyetini koruyan önemli bir hastalıktır. Hastaların büyük çoğunluğu uygun medikal tedaviyle günler içinde hastaneden taburcu olurlar. Ancak her türlü tedaviye rağmen hastaların %10-15 kadarında mortalite görülmektedir. Mortalite özellikle şiddetli acut pankreatit geçirenlerde olmaktadır. Şiddetli acut pankreatit uluslararası rehberlerde acut organ disfonksiyonuyla birlikte olan pankreatit olarak tanımlanmıştır (1, 2).

Acut pankreatitlerin %40-60 nedeni safra yolu taşlarıdır. Ampulla Vateri'deki ortak biliopankreatik kanala gelen koledok taşının, pankreatik kanalı tıkayarak oluşturduğu duktal basınç artışı ve inflamasyon sonucunda acut biliyer pankreatit geliştirdiği düşünülmektedir (1).

Biliyer pankreatit olgularında ultrasonografi (USG)'nin safra yolu taşını görüntülemeye duyarlılığı daha kısıtlıdır. USG ile kolelitiazislerin %80'i saptanırken, koledok taşlarının ancak %50'si görülebilmektedir. Ancak manyetik rezonans kolanjiyopankreatikografi (MRCP) ve endoskopik retrograd kolanjiyopankreatikografi (ERCP) ile safra yolu taşlarının büyük çoğunluğu saptanabilmektedir (3).

OLGU

69 yaşında bayan hasta karın ağrısı, bulantı, kusma şikayetleri ile 10 gün önce acil servise başvurmuş. Dispepsi düşünülen hastaya palyatif tedaviler uygulanmış. Şikayetleri nispeten ge-

rileyen hasta taburcu edilmiş. Şikayetleri taburculuktan bir hafta sonra tekrar başlamış. Bu sefer daha şiddetli olan karın ağrısı ile birlikte sarılık mevcutmuş.

Yapılan fizik muayenede genel durum orta-kötü, taşikardik, hafif takipneikti. Ateş 37°C, TA: 100/70mmHg, Nabız 110/dk, Dakika solunum sayısı: 20/dk, ikter pozitif, belirgin sağ üst kadrant hassasiyeti ve murphy pozitifliği saptanmış.

Laboratuvar tetkiklerinde; Lökosit: 8560/mm³ Hgb: 12,2 gr/dL, Trombosit: 469000/mm³, Üre: 70 IU/L, Kreatinin: 1.5 mg/dL, AST: 271 IU/L, ALT: 296IU/L, ALP:1840 IU/L, Total Bilirubin: 3,48 mg/dL, Direkt Bilirubin: 2,47 mg/dL, Amilaz: 2653 IU/L, Protrombin zamanı: 12sn INR: 0,9, HbsAg (-) negatif, AntiHCV (-) negatif saptandı.

Tüm batın ultrasonografi ile görüntülemeye; intrahepatik safra yolları hafif dilate, koledok çapı 10 mm ve distalde en büyüğü 6 mm olan birkaç adet 2-3 adet taş ekosu izlendi. Safra kesesinde multipl taş ile uyumlu görünüm saptandı.

Klinik İzlem

Klinik, laboratuvar ve görüntüleme yardımıyla hastaya acut biliyer pankreatit teşhisi konuldu. Hastaya acil ERCP yapılması kararlaştırıldı. ERCP'de; Papilla Vateri ağzına sıkışmış ve orifisten çıkmak üzere olan taş tespit edildi. Bunun proksimalinde papillada fistül oluşmak üzere olduğu saptandı (Resim 1). İğne uçlu sfinkterotomla ön kesi yapılarak koledok

İletişim: Oğuzhan ÖZTÜRK

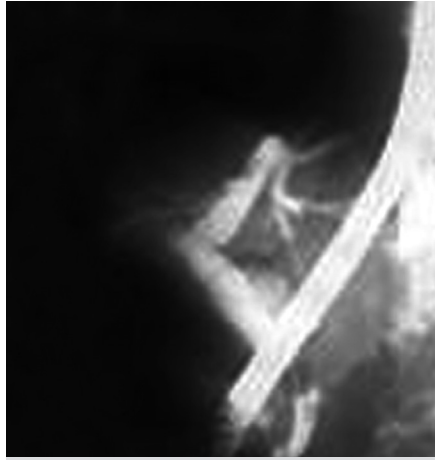
Fahrettin Kerim Gökay Cad.

S. B. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi / İSTANBUL

E-mail: droguzozturk@hotmail.com



Resim 1. EST sırasında taş görülüyor.



Resim 2. Papilla ağzına sıkışmış taş.



Resim 3. EST sonrası duodenuma düşen taş.

kanülize edildi. Kontrast verilerek elde edilen kolanjiyogramda koledok ve intrahepatik safra yolları (IHSY) dilate, koledok lümeninde de taşlar saptandı (Resim 2). Endoskopik sfinkterotomi yapılarak lümendeki taşlar balonla çıkartıldı. Yine iğne uçlu sfinkterotomla papilla proksimalinden orifise kadar kesi yapılarak buraya sıkışmış olan taş çıkartıldı (Resim 3). Komplikasyon gelişmedi.

TARTIŞMA

Akut pankreatitlerin %40-60'ına biliyer taşlar neden olmaktadır. Patogenez kesin olmamakla birlikte taşın biliopankreatik kanalı tıkayarak ortaya çıkardığı duktal basınç artışı ve inflamasyonun en önemli sebep olduğu düşünülmüştür (4). Biliyer obstrüksiyon bulguları (safra yolu dilatasyonu, sarılık veya hiperbilirubinemi) olan akut pankreatit olgularında acil ERCP yapılması hastalık prognozunu olumlu etkilediğinden özellikle önerilmektedir (1, 5).

Ancak biliyer obstrüksiyon bulgusu ya da kolanjit bulgusu olmayan hastalarda acil ERCP rolü tartışmalıdır. Bazı uzmanlar koledok taşlarının büyük çoğunluğunun spontan düştüğünü ve bu yüzden yapılan ERCP komplikasyonlarının daha önemli sağlık sorunlarına yol açabileceğini düşünmüşlerdir (6, 7).

Hastamızda da belirgin amilaz yüksekliği, karaciğer fonksiyon testlerinde bozulma ile birlikte renal yetersizlik bulguları tes-

pit edildi. Genel durum bozukluğu giderek artan hastada şiddetli akut pankreatit düşünüldü. Biliyer obstrüksiyon bulguları olan hastamızın ERCP den fayda göreceği düşünüldü ve hasta acil ERCP'ye alındı. Hastanın izleminde klinik ve laboratuvar olarak hızla düzeldiği ve karın ağrısının da azaldığı gözlemlendi.

Biliyer obstrüksiyon bulgusu olan akut pankreatitli hastalarda acil ERCP yapılması hasta için hayat kurtarıcı bir işlem olabilir. Ancak bu invaziv işlemin gereksiz yapılması durumunda oluşabilecek komplikasyonlarından korunmak için hasta seçimi çok önemlidir. Bunun için klinik, fizik muayane ile birlikte laboratuvar ve görüntülemenin bütün olarak dikkatlice değerlendirilmesi gerekir. Görüntüleme yöntemleri ile safra kesesi ve koledok taşları saptanabilir. USG safra yolu görüntülemesinde rutin olarak kullanılmaktadır. Ancak akut pankreatit olgularında USG ile kolelitiazislerin %80'i, koledokolitiazislerin ise sadece %50'si saptanabilmektedir. Koledok taşlarının görüntülenmesinde çok daha hassas olan MRCP ve endoskopik USG ile bu oran %90-95'lere kadar çıkmaktadır. Bu sayede gereksiz ERCP ve komplikasyonlardan kaçınılabılır (3, 8).

Sonuç olarak biliyer nedenli akut pankreatit olgularında obstrüksiyon bulguları varsa acil ERCP mutlaka yapılmalıdır. Ancak gereksiz ERCP işlemi ve bunun komplikasyonlarından kaçınmak için hastaların dikkatli değerlendirilmesi ve hasta seçiminin doğru yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Charbonney E, Nathens AB. Severe acute pancreatitis: a review. Surg Infect (Larchmt) 2008; 9: 573-8.
2. Bradley EL 3rd. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis, Atlanta, GA, September 11-13, 1992. Arch Surg 1993; 128: 586-90.
3. Makary MA, Duncan MD, Harmon JW, et al. The role of magnetic resonance cholangiography in the management of patients with gallstone pancreatitis. Ann Surg 2005; 241: 119-24.
4. Winslet M, Imray C, Neoptolemos JP. Biliary acute pancreatitis. Hepatogastroenterology 1991; 38: 120-3.
5. UK working party on acute pancreatitis. UK guidelines for the management of acute pancreatitis. Gut 2005; 54 (Suppl 3): 1-9.
6. Fan ST, Lai EC, Mok FP, et al. Early treatment of acute biliary pancreatitis by endoscopic papillotomy. N Engl J Med 1993; 328: 228-32.
7. Neoptolemos JP, Carr-Locke DL, London NJ, et al. Controlled trial of urgent endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic sphincterotomy versus conservative treatment for acute pancreatitis due to gallstones. Lancet 1988; 2: 979-83.
8. Liu CL, Fan ST, Lo CM, et al. Comparison of early endoscopic ultrasonography and endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the management of acute biliary pancreatitis: A prospective randomized study. Clin Gastroenterol Hepatol 2005; 3: 1238-44.