

Akut Biliyer Pankreatitte ERCP'nin Yeri

Emin Gürbüz *, Gökhan Adaş *, Adnan Arslan *, Merih Altıok *, Bora Koç *, Servet Karahan *,
Oğuzhan Karatepe *

ÖZET

Bu çalışmada akut biliyer pankreatit tanısı ile kliniğimize başvuran ve tedavi amacıyla Endoskopik Retrograde Kolanjiopankreatografi (ERCP) yapılan hastaları literatür eşliğinde irdelemeyi amaçladık.

Kliniğimizde Ocak 2007-Ocak 2010 tarihi arasında akut biliyer pankreatit tanısıyla takip edilen 112 hastadan ERCP uygulanan 28 hastanın kayıtları retrospektif olarak; demografik özellikler, hastanede yatış süresi, yapılan işlem, erken dönem komplikasyon ve mortalite açısından incelendi. Bu hastaların tümü akut biliyer pankreatit tanısı ile yatırılmış ve ERCP uygulanmıştı.

Hastaların ortalama yaşı 46 olup 13'ü erkek, 15'i kadın idi. ERCP yapılan tüm hastalarda etiyojii biliyer kaynaklı olarak belirlendi. Hastalar Ranson kriterlerine göre evrelendi; 18 hasta evre 3, 10 hasta evre 4 olarak belirlendi. Bir hastada akut nekrotizan pankreatit ve ona bağlı gelişen organ yetmezliği sonucu mortalite gelişti. Ortalama hastanede kalış süresi 8 gün idi.

Akut pankreatit günümüzde modern tanı ve tedavi yöntemlerine rağmen, halen morbidite ve mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Biliyer pankreatitin tedavisinde ERCP güncelliğini korumakta olup, ağır pankreatitte hastanın mortalite ve morbidite oranlarını azaltmaktadır.

Anahtar kelimeler: Akut pankreatit, endoskopik sfinkterotomi, koledokolitiazis

SUMMARY

Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography in Acute Biliary Pancreatitis

In this study, our aim was to present and discuss the patients with acute biliary pancreatitis who underwent Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) in our clinic.

We retrospectively studied 28 of 112 patients who underwent ERCP between January-2007 and January-2010 as for demographic characteristics, hospital stay, mortality and early complications. All these patients underwent ERCP while they were hospitalized.

Mean age of patients with acute pancreatitis was 46 years. Thirteen male and 15 female patients were studied. In all patients who underwent ERCP, a biliary etiology was noted of these patients, 18 were staged Ranson 3, and 10 were staged Ranson 4. One patient died because of acute necrotizing pancreatitis and multi-organ failure after a hospital stay of 8 days.

Today, acute pancreatitis is still a highly mortal disease, despite modern methods of diagnosis and treatment. ERCP is a current treatment in acute biliary pancreatitis and reduces the morbidity and mortality rates significantly.

Key words: Acute pancreatitis, endoscopic sphincterotomy, choledocolithiasis

GİRİŞ

Akut biliyer pankreatit, pankreasın çeşitli derecelerde, lokal ve sistemik olarak diğer organlarında etkilendiği sistemik inflamatur bir süreçtir ⁽¹⁾. Klinik olarak etiyojide % 80-90 oranında da safra taşları ve alkol kullanımına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır ^(1,2). Yapılan bir çalışmada safra taşı olan hastaların % 5'inde akut biliyer pankreatit gelişme riski bulunduğu tespit edilmiştir ^(3,4). Hastalar cerrahi

kloniklerine genel olarak hafif ve ağır pankreatit olmak üzere 2 ayrı formda başvurmaktadır. Olguların çok büyük bir kısmı (% 80-85) hafif akut pankreatittir ^(5,6). Hafif pankreatitlerin çoğu spontan olarak remisyon gösterir, mortalitesi % 1'in altındadır ^(4,5). Ağır pankreatitlerde ise % 20-40'lara varan mortalite oranları ile hastalar, yoğun bakım şartlarında monitörize edilip, hızlı bir tedavi yaklaşımı gerektiren oldukça ağır bir klinik tablo içine girer ^(3,6). ERCP ise safra yolu hastalıklarında hem tanisal hem de tedavi edici işlevi olan önemli bir yöntemdir ⁽³⁻⁶⁾. Biliyer kaynaklı akut pankreatitte safra yollarında taş varlığı ve kolan-

* S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği

jit atağının tedavisinde ERCP'nin üstünlüğü kanıtlanmıştır. Biz bu çalışmada kliniğimizde akut pankreatit nedeniyle ERCP yapılan 28 hastayı retrospektif olarak inceleyerek literatür eşliğinde irdelemeyi amaçladık.

MATERYAL ve METOD

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği'nde Ocak 2007-Ocak 2010 Yılları arasında fizik muayene, laboratuvar, görüntüleme yöntemleri ile safra taşlarına bağlı olarak akut pankreatit tanısı konularak ERCP yapılan 28 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların kayıtlarına hastane veri tabanı ve ERCP arşivinden ulaşıldı. Akut pankreatit tanısı; karın ağrısı, serum amilaz değerinin normalin 3 katı olması sonucu konulmuştur (7). Tüm hastaların dosyalarında etiyojijiyi araştırmak amaçlı safra kesesi USG'si ve bilgisayarlı tomografi bulunmaktaydı (8). Hastaların tümü Ranson kriterlerine göre evrelenmişti. Ranson kriterlerine göre skorlaması 3 ve daha az olan hafif pankreatit, 3'ten fazla olan ise şiddetli pankreatit olarak kabul edildi (2,9). Hastaların demografik özellikleri, hastalığın şiddeti, ERCP sonrası komplikasyonlar, mortalite ve uygulanan ameliyat kaydedildi. Bütün hastalara yapılan işlemle ilgili aydınlatılmış onam hem kendilerinden hem de birinci derece yakınlarından alındı. Bütün hastalara işlem öncesi profilaktik antibiyoterapi (ampisilin+sulbactam sodyum 1 gr) uygulandı. Tüm hastalara işlem öncesi topikal farengeal anestezi (lidokain % 2 sprej) yapılarak 3-5 ml midazolam (Dormicum ampul) ve 20-40 mg N butyl bromide (Buscopan ampul 10 mg) IV olarak verildi. ERCP işlemi Fujinon EPX-2200 duodenoskop ve Simens Siremobil Compact L radyoloji cihazı kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 46 (28-74) idi. İlk 48 saatte Ranson kriterlerine göre % 64.2'si hafif akut pankreatit, % 35.8'i şiddetli akut pankreatit idi. Hastaların demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Tüm hastaların yapılan USG'de safra kesesinde taş tespit edildi ve ortalama

koledok çapı 8.8 mm olarak bulundu. Hastaların ortalama bilirubin düzeyi 2.45 (2-6) mg/d idi. ERCP işlemi toplam 28 hastanın 26'sına yapıldı, 2 hastaya ise kanülasyon yapılamadı. Kanülasyon yapılan 26 hastaya sfinkterotomi yapıldı, 6 hastaya balon, 20 hastaya ise basket yöntemi kullanılarak ana safra kanalından taş veya partikül çıkartma işlemi gerçekleştirildi. İki hastada transfüzyon gerektirmeyen hafif şiddette kanama görüldü. Hastaların ortalama hastanede kalış süreleri 8 gün idi. Tablo 2'de hastaların ERCP işlemi ve buna bağlı olarak yapılan girişimler özetlenmiştir. Başarılı ERCP yapılan hastalara daha sonra kolesistektomi işlemi yapıldı. Açık ameliyat yapılan 1 hastaya kolesistektomi ve koledokotomi ile taş ekstirpasyonu yapılarak T tüp ile safra yolu drenajı, diğer hastaya ise kolesistektomi+koledokodu edonostomi işlemi yapıldı.

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri ve ortalama hastanede yatış süresi.

Hasta sayısı	28
Cinsiyet K	15 (% 53.5)
E	13 (% 46.5)
Ortalama yaş	46 (28-74)
Ortalama yatış süresi	8 gün

Tablo 2. ERCP işlemi sırasında yapılan girişim ve mortalite.

İşlem	Hasta Sayısı
Sfinkterotomi	26 (% 93)
Sfinkterotomi-balon	6 (% 21)
Sfinkterotomi-basket	20 (% 71)
Kanama	2 (% 7.2)
Mortalite	1 (% 3.6)

TARTIŞMA

Akut biliyer pankreatit cerrahi kliniklerinde acilde sık rastlanılan bir hastalıktır. Günümüzdeki en önemli soru, hastalığın erken safhasında, ERCP'nin gerekli olup olmadığıdır. Yapılan çalışmalar biliyer ve pankreatik kanal tıkanıklığı süresinin pankreatit atağının ciddiyeti ile doğru orantılı olduğu ve safra yolu drenajının pankreatitin ilerlemesini durdurduğu gösterilmiştir (10). Dolayısıyla biliyer pankreatitin erken dönem tedavisinde ERCP geçerli bir tedavi seçeneği olarak önümüzde

durmaktadır ^(10,11). Literatürde asıl üzerinde durulan konu; ERCP'nin hastalık seyrini hafifletme olasılığı ile ağırlaştırma riski üzerine yoğunlaşmaktadır. Literatürde bu konuyla ilgili 4 randomize kontrollü çalışma bulunmaktadır ⁽¹⁰⁻¹³⁾. Bu çalışmalar incelendiğinde 3'ünde olumlu sonuç verdiği, Folsch ve ark. ⁽¹⁰⁾ yaptığı çalışmada ise sarılığı olmayanlarda ERCP'nin sonuca etki etmediği bildirilmiştir. Yine Neoptolemos ve ark.'nın ⁽⁶⁾ yaptığı çalışmada, erken dönem ERCP ile konservatif tedavi yöntemleri karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada endoskopik sfinkterotomi yalnızca koledokta patoloji (taş) saptandığında yapılmış, sonuçta hafif olgularda fark bulunmamasına rağmen ağır olgularda konservatif tedaviye göre mortalite ve morbiditeyi anlamlı ölçüde azalttığı bulunmuştur ⁽⁶⁾. Çalışmamızda ERCP yapılan 28 hastanın 24'ünde safra kanalı içerisinde taş tespit edilmiş ve bunlara girişim yapılmıştır. Fan ve ark.'nın ⁽¹¹⁾ yaptığı çalışmada, ERCP ve konservatif tedavi grubu karşılaştırılmış ve diğer çalışmaya benzer sonuçlar bulunmuştur. Folsch ve ark.'nın ⁽¹⁰⁾ yaptığı çalışmada ise (sarılığı olan hastalar çalışmadan çıkarıldıktan sonra) ERCP ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamızda tüm hastalarda ortalama bilirubin düzeyi 2.45 mg/d idi. Bu hastaların 16'sında mikrokalkül, 8'inde koledokta safra çamuru, 2'inde ise herhangi bir patolojik bulguya rastlanılmadı.

Sonuç olarak, literatür verileri incelendiğinde, ERCP ve sfinkterotomi; kolanjit ve sarılığı olan, USG'de safra yolunda genişleme saptanan veya ağır formda tüm akut biliyer pankreatit olgularında önerilmektedir ^(11,12,14,15). Çalışmamızda görüldüğü gibi ağır biliyer pankreatit ve ERCP öncesi koledokta genişleme radyolojik olarak görülse de bir kısım hastada ERCP sonucunda koledokta herhangi bir patolojiye rastlanılmamıştır. Buna rağmen, ERCP nin ağır biliyer pankreatitte, kolanjit ve sarılığı olan hastalarda mortalite ve morbiditeyi azalttığı kanısındayız. Bu konu ile ilgili daha geniş serili randomize prospektif klinik çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Sekimoto M , Takada T, Kawarada Y, et al. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: epidemiology, etiology, natural history, and outcome predictors in acute pancreatitis. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2006; 13:10-24.
2. Bradley EL. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis, Atlanta. Arch Surg 1993; 128:586-90.
3. Kimura Y, Takada T, Kawarada Y, et al. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: treatment of gallstone-induced acute pancreatitis. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2006; 13:56-60.
4. Kaw M, Al-Antably Y, Kaw P. Management of gallstone pancreatitis: cholecystectomy or ERCP and endoscopic sphincterotomy. Gastrointestinal Endoscopy 2002; 56:61-65.
5. Runzi M, Saluja A, Lerch MM et al. Early ductal decompression prevents the progression of biliary pancreatitis: An experimental study in the opossum. Gastroenterology 1993; 105:157-64.
6. Neoptolemos J, Carr Locke D, London N 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.
7. Byrne MF, Mitchell RM, Stiffler H et al. Extensive investigation of patients with mild elevations of serum amylase and/or lipase is of low yield. Can J Gastroenterol 2002; 16:849-54.
8. Rösch T, Schasdzarra V, Born et al. Modern imaging methods versus clinical assessment in the evaluation of hospital in patients with suspected pancreatic disease. Am J Gastroenterol 2000; 95:2261-70.
9. McKay CJ, Imrie CW. Staging of acute pancreatitis: is it important? Surg Clin North Am 1999; 79:733-43.
10. Folsch U, Nitsche R, Ludtke R et al. Early ERCP and papillotomy compared with conservative treatment for acute biliary pancreatitis. N Eng J Med 1997; 336:237-42.
11. Fan ST, Lai M, Mok F et al. Early treatment of acute biliary pancreatitis by endoscopic papillotomy. N Eng J Med 1993; 328:228-32.
12. Nowak A, Nowakowska-Dulawa E, Marek T et al. Final results of the prospective randomized controlled study on endoscopic sphincterotomy versus conventional management in acute biliary pancreatitis (abstract). Gastroenterology 1995; 108:A380.
13. Kozarek R. Role of ERCP in acute pancreatitis. Gastrointest Endosc 2002; 56:231-6.
14. Ranson JHC. The timing of biliary surgery in acute pancreatitis. Ann Surg 1979; 189:654-62.
15. Lai EC, Mok FP, Tan ES et al. Endoscopic biliary drainage for severe acute cholangitis. N Eng J Med 1992; 326:1582-6.