

Özellikli hastalarda endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi işlemleri, tek merkezli klinik tecrübe

Endoscopic retrograde cholangiopancreatography procedures in specific patients: a single-center experience

Mesut AYDIN^{1,3}, Emrah ALPER², Evren KANAT³, Ahmet Cumhuri DÜLGER³

^{1,3}Batman Bölge Devlet Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Batman

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

³Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Giresun

Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi, gastroenterolojinin en çok komplikasyona sahip işlemlerinden biridir. Klasik işlemin yanında bazı farklılıklar gösteren hasta ve hastalıklarda işlemde veya kullanılan malzemelerde bazı değişiklikler yapmak gerekebilmekte, deneyimli merkezlerde bu işlemler daha az komplikasyonla yapılabilmektedir. Biz de kendi merkezimizde yaptığımız bazı özellikli endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi işlemlerini sunmayı amaçladık

Anahtar kelimeler: Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi, özellikli hastalar

Endoscopic retrograde cholangiopancreatography is one of the most complicated interventions of gastroenterology. In addition to the classical procedure, some modifications can be made, for certain patients and diseases, that differ in the treatment modality or materials used, and these procedures can be performed with fewer complications in experienced centers. We aimed to present some specific endoscopic retrograde cholangiopancreatography interventions used in our clinic.

Key words: Endoscopic retrograde cholangiopancreatography, spesific patients

GİRİŞ

Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP), duodenoskop ve X-ışını skopu kullanılarak yapılan, safra yolu ve pankreas hastalıklarında diagnostik ve asıl olarak terapötik amaçla kullanılan girişimsel bir tekniktir (1,2). Sıklıkla safra yollarındaki taşların temizlenmesi ve darlıkların stentlenerek açılması için kullanılsa da safra yolu ve pankreatik malignitelerin tanı ve tedavisinde, post-operatif safra kaçaklarında, pankreatik kanal taşlarının tedavisinde, benign ve malign biliyer darlıkların tanı ve tedavisinde de kullanılmaktadır (3). ERCP işleminde endoskopistin ve asistans ekibinin deneyimli olması, merkezin teknik ve malzeme imkanlarının düzeyi işlemin başarısını belirlemektedir (4).

OLGU SUNUMU

Bu yazımızda Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Endoskopi Ünitesinde 2017 yılı Haziran ve Aralık ayları arasında standart işlem tekniği dışında ERCP yaptığımız 5 hastamızın ERCP işlemini ve standart şekilde ERCP işleminden farklılıklarını belirterek sunmayı amaçladık. Bu amaçla hastanemiz kayıt sisteminden ERCP yapmış olduğumuz özellikli hastalar retrospektif olarak saptanıp değerlendirilmeye alındı.

Aydın M, Alper E, Kanat E, Dülger AC. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography procedures in specific patients: a single-center experience *Endoscopy Gastrointestinal* 2018;26:30-33.

DOI: 10.17940/endoskopi.410527

Olgu 1

Elli sekiz yaşında erkek hasta, bilinen situs inversus totalis tanısı olan ve sol üst kadran ağrısı, ateş, üşüme, titreme yakınmaları ile baş vurduğu acil serviste yapılan tetkiklerde; alanin aminotransferaz (ALT): 138, aspartat aminotransferaz (AST): 53, total bilirübin: 2,44, direk bilirübin: 1,42, lökosit (WBC): 14.000 ve C-reaktif protein (CRP): 21 saptanınca akut kolanjit ön tanısı ile yatırıldı. Hastaya sıvı ve antibiyotik tedavisi başlanıp ERCP planlandı.

Bilinen situs inversus totalis tanısı olan hastada klasik sol dekubit pozisyonu ile hem duodenoskop ile papillanın bulunması, hem de kanülasyon zor olacağı için hasta sağ dekubit pozisyonunda yatırılıp cihazlar hastanın sağ tarafına alınarak işleme başlandı. Cihaz uzun pozisyonunda iken papilla bulunup koledok kanüle edilerek sfinkterotomi yapıldı, boyamada koledok 12 mm ve intrahepatik safra yolları hafif dilate izlendi. Balon sıvamada 5-6 mm çapında bir adet taş ekstrakte edilerek işlem sonlandırıldı (Resim 1). Takipte genel durumu ve laboratuvar parametreleri düzelen hasta şifa ile taburcu edildi.

Situs inversus totalis, vücut organlarının ayna hayali şeklinde ters yerleşimi ile karakterize, genelde asemptomatik ve rutin

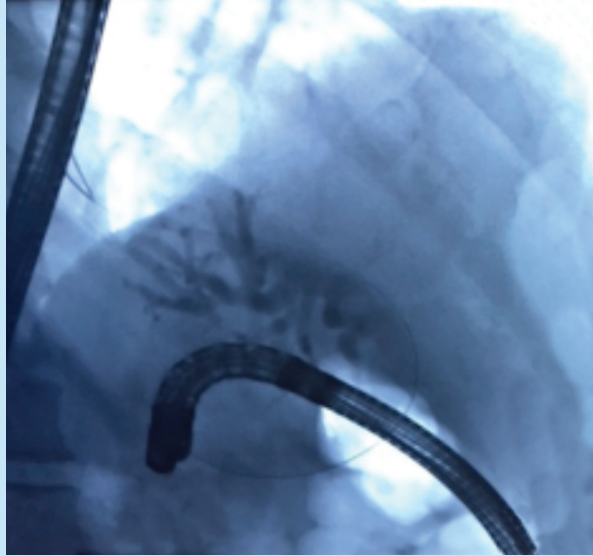
İletişim: Mesut AYDIN

Batman Bölge Devlet Hastanesi
Gastroenteroloji Kliniği, Batman

E-mail: gmstaydin@gmail.com

Geliş Tarihi: 12.02.2018 Kabul Tarihi: 28.02.2018

muayenelerde saptanan ve normal yaşam süresinin söz konusu olduğu konjenital bir durumdur (5). ERCP işleminde normal hastalardaki sol dekubit pozisyon, bu hastalarda işlemi zorlaştıracağı için alışılmış işleme en yakın oryantasyona izin veren pozisyon sağ dekubitis pozisyonudur. Biz de hastayı sağ dekubitis pozisyona alarak hastanın sağ tarafından işlemi gerçekleştirdik.

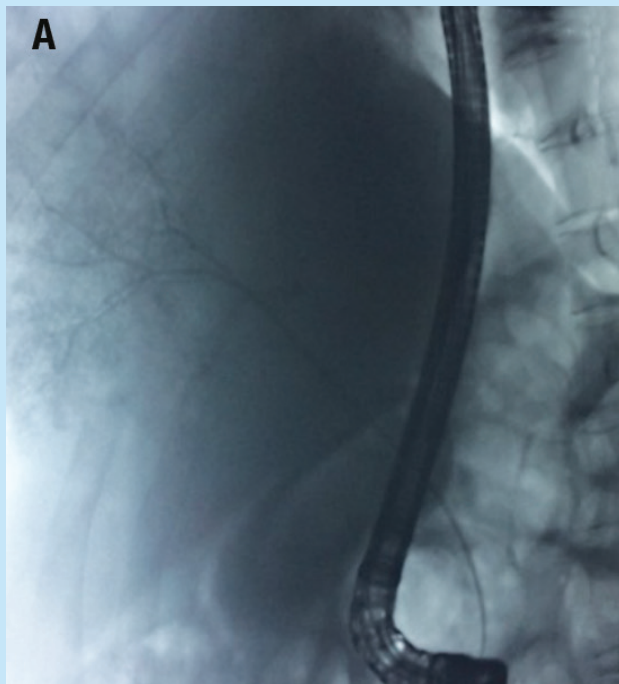


Resim 1. Situs inversus totalis'li olguda kolanjiogram.

Olgu 2

Otuz beş yaşında kadın hastanın 14 haftalık gebeliği mevcuttu ve 1 gün önce başlayan ateş, sağ üst kadranda ağrısı yakınması ile baş vurduğu acil serviste yapılan tetkiklerde; AST: 128, ALT: 118, total bilirubin: 4,24, direk bilirubin: 3,51, WBC: 20.000, CRP: 149 ve yapılan batın ultrasonografisinde koledok: 12 mm çapında, distalde taş ile uyumlu olabilecek kuşukulu görünüm ve intrahepatik safra yolları dilate izlendi. Hastaya koledokolitiazis, akut kolanjit ön tanısı ile ERCP planlandı. Hastanın gebeliği olduğu için batın orta ve alt bölümü kurşun önlük ile kapatılıp mümkün olduğunca az skopik görüntü alınarak işlem yapıldı. İşlem sırasında birkaç kez pankreatik kanal kanülasyonu olması sebebiyle koruyucu tek kulakçıklı pankreatik stent takılıp koledok kanüle edilerek bir miktar safra çamuru ve 7-8 mm bir adet taş ekstrakte edildi. İşlem sonrası fetal ultrasonografi (USG) yapılarak fetal kalp atımı izlendi. Hastada takipte post-ERCP pankreatit gelişti. Uygun sıvı tedavisi ile genel durumu ve laboratuvar parametreleri düzelen hasta şifa ile taburcu edildi.

Gebe hastalarda ERCP endikasyonu normal bir hastadaki ERCP endikasyonları ile benzerdir fakat gebede işlemin getireceği yarar zarar ilişkisi çok iyi hesaplanmalıdır. Çünkü hem verilen ilaçlar ve X-ışınları, hem de gebeye uygun pozisyon verilmesinin zorluğu işlem risklerini anne ve bebek için arttırmakta, fetus için toksik olabilmektedir. Verilen radyasyonun mümkün olan en az alana verilmesi, fetusun kurşun



Resim 2. PSK'li olguda kolanjiogram (A: Stentleme öncesi, B: Stentleme sonrası).

örtü ile korunması ve özellikle ilerleyen gebelik haftalarında gebenin sol dekubitus pozisyonuna alınması fetal risklerden korunmada önemlidir. Biz de bunlara dikkat ederek işlemi gerçekleştirdik. Takipte 2. günde ödematöz tipte post-ERCP pankreatit gelişti. Uygun tedavi protokolleri ile şifa sağlandı ve hasta taburcu edildi. Hasta 40. haftada normal vajinal yoldan, normal kilo ve boyda sağlıklı erkek bebek doğurdu. Doğum ve sonrasında herhangi bir komplikasyon yaşanmadı.

Olgu 3

Otuz üç yaşında erkek hastanın bilinen 10 yıllık ülseratif kolit (ÜK) ve primer sklerozan kolanjit (PSK) tanıları mevcuttu. Hasta polikliniğimize kaşıntı yakınması ile başvurdu. Yapılan tetkiklerde AST: 40, ALT: 60, total bilirubin: 1,19, gama glutamil transferaz (GGT): 240 (0-60), alkalen fosfataz (ALP): 180 saptandı. Kolestatı ve kaşıntısı olan hastaya yapılan ERCP'de koledok 2-3 mm çapında ve intrahepatik safra yolları ileri derecede daralmış izlendi (Resim 2A ve 2B). Hastaya koledok balon dilatasyonunu takiben koledoka 10F çapında 12 cm boyunda plastik stent takılıp, tekrarlayan dilatasyonlar planlanarak taburcu edildi.

PSK, intrahepatik ve ekstrahepatik safra yollarını tutan, kronik, progresif seyirli, sebep olduğu fibrozis nedeniyle safra yolunda darlıklara yol açan bir kolestatik karaciğer hastalığıdır. Hastalık ileri dönemlerinde sirozla sonuçlanabilir. Bu hastalarda darlık oluşumunun erken uyarıcıları ALP ve GGT yükseklikleridir. Bilirubin daha ileri evrelerde yükselmeye başlar. Özellikle ana darlık alanına müdahale edilmezse karaciğer parankim hasarı ilerler, ayrıca tekrarlayan kolanjit atakları ve taş oluşumu meydana gelebilir. Hastamızda kaşıntı yakınması olması üzerine yaptığımız tetkiklerde ALP, GGT yüksekliği saptanınca ERCP yapıp intrahepatik ve ekstrahepatik safra yollarında darlık olduğu izlendi. Bunun üzerine koledoka balon dilatasyonu yapıp stent takıldı.

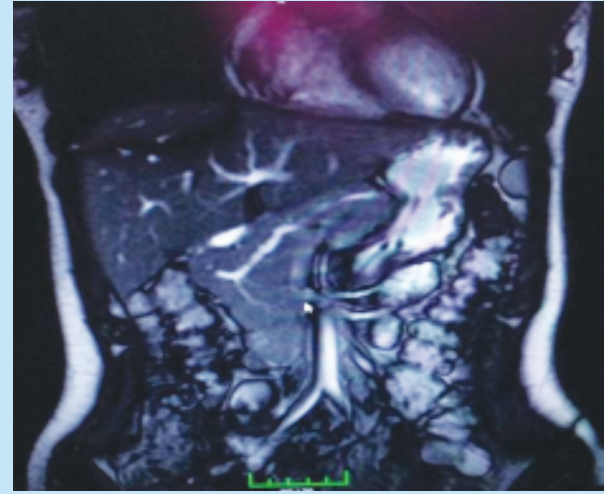
Olgu 4

Yirmi beş yaşında kadın hasta, karın ağrısı yakınması ile başvurduğu acil servisten tekrarlayan akut pankreatit tanısı ile servisimize yatırıldı. Anamnezinden 6. kez akut pankreatit tanısı ile yatırıldığı öğrenildi. Hastanın rutinlerinde amilaz: 1246, lipaz: 1.200, CRP: 89, ALT: 6, AST: 11, total bilirubin: 0,64 saptandı. Hastanın daha önce bakılmış olan trigliserid, kalsiyum değerleri olağan ve dış merkezde bakılmış olan immünglobulin G4 (IG-G4) negatif saptanmıştı. Hastaya çekilen manyetik rezonans kolanjiopankreatografi'de (MRCP) pankreas divisium (PD) ile uyumlu dorsal kanal görünümü (Resim 3) izlenmesi üzerine hastaya tekrarlayan akut pankreatit, pankreas divisium ön tanıları ile ERCP planlandı. ERCP'de minor papilla bulunup buradan dorsal kanal kanülasyonu yapılarak az şişirilmiş taş ekstraksiyon balonu ile sıvama ve dilatasyon yapıldı. Az miktarda proteinöz materyal ekstrakte

edilip dorsal kanala çok delikli 7F plastik stent takıldı. İşlem sonrası hastada post-ERCP pankreatit gelişti. Uygun sıvı desteği ile genel durumu düzelen hasta taburcu edildi. Takipte hastanın pankreatit atağı olmadı ve 1 ay sonra stent çekildi.

PD, pankreasın en sık görülen konjenital anomalisidir. Sıklığı, normal popülasyonda %1-10 arasında değişmektedir (6). PD'da ventral ve dorsal duktuslar birleşmez, duodenuma ayrı ayrı açılır. Pankreas egzokrin salgılarının çoğu dorsal duktus ve minör papilla yoluyla duodenuma boşalır (6,7).

Hastamızda da olduğu gibi bu hastalar tekrarlayan pankreatit atakları ile başvururlar. Bu hastalarda minor papilla sfinkterotomisi ve/veya stent takılması pankreatit ataklarını önlemede başarılı bulunmuştur. Minor papilladan dorsal kanalın kanülasyonu klasik major papilladan pankreatik kanal kanülasyonuna göre daha zordur. Önce kılavuz telin minor papillaya



Resim 3. Pankreas divisium, stentli dorsal kanal görünümü.



Resim 4. Billroth-2 sfinkterotom.

oturtulup üzerinden kanülün papillaya yerleştirilmeye çalışılması işlem başarısını artırabilir. Sfinkterotomi uzunluğu klasik Wirsungotomi işlemindekine göre daha küçük olmalıdır.

Olgu 5

Öz geçmişinde yaklaşık 20 yıl önce mide ülseri sebebi ile operasyon öyküsü mevcut olan 51 yaşındaki erkek hastanın, sağ üst kadranda ağrısı yakınması ile baş vurduğu polikliniğimizde bakılan tetkiklerinde ALT: 76, AST: 144, WBC: 6.000, CRP: 2 ve USG optimal değerlendirilemeyince çekilen bilgisayarlı tomografisi (BT); intrahepatik safra yolları dilate, koledok 12 mm çapında ve koledok distalde duodenal yüzde 12 mm boyutunda polipoid görünüm mevcuttur şeklinde raporlanınca ERCP planlandı. Duodenoskop ile girilince hastanın Billroth-2 operasyonlu olduğu görülüp barsak anslarından sırayla girilip papilla bulundu. Papilla civarında BT'de bahsi geçen polipoid oluşum izlenmedi. Papilla Billroth-2 sfinkterotomi (Resim 4) ile kanüle edilip klasik yönün tersine doğru sfinkterotomi yapıldı. Boyamada koledok ve intrahepatik safra yolları hafif dilate idi. Balon sıvamada gelen olmadı. Hastanın takipte genel durumu iyi olunca taburcu edildi.

Billroth-2 operasyonlu hastalarda papillayı bulmak ve kanüle etmek alışılmış ERCP tekniğinden farklıdır. Papillaya alışılmış yönün tersinden yaklaşıldığı için kesin de buna göre yapılması gerekir. Papilla kanülasyonunda rotatable sfinkterotomlar veya ucu ters yöne kırılan bir sfinkterotom veya kanül kullanmak gerekir. Sfinkterotomi için bu hastalara uygun tasarlanmış Billroth-2 sfinkterotom veya rotatable özelliği olan sfinkterotomlar kullanılabilir. Biz de hastamızda kanülasyon ve sfinkterotomiyi Billroth-2 sfinkterotom ile yaptık.

TARTIŞMA

ERCP önemli komplikasyonları olan, deneyimli merkez ve elerde yapılması gereken oldukça komplike bir işlemdir. Bazı özellikli hastalarda daha dikkatli olmak ve bazen malzeme değişikliği yapmak gerekmektedir. İşlem deneyimli merkezlerde yapıldığında hem işlem başarısı artmakta hem de uygun malzeme kullanılarak maliyet etkinlik sağlanabilmektedir. Gastroenteroloji uzmanlık eğitimlerinde yeterli ERCP eğitimi verildiğinde ERCP endikasyonu olan ve çoğu kez gereksiz cerrahi operasyona giden bu özellikli hastalara da işlem yapılabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Kawai K, Akasaka Y, Murakami K, et al. Endoscopic sphincterotomy of the ampulla of Vater. *Gastrointest Endosc* 1974;20:148-51.
2. McCune WS, Shorb PE, Moscovitz H. Endoscopic cannulation of the ampulla of Vater: a preliminary report. *Ann Surg* 1968;167:752-6.
3. Adler DG, Baron TH, Davila RE, et al; Standards of Practice Committee of American Society for Gastrointestinal Endoscopy. ASGE guideline: the role of ERCP in diseases of the biliary tract and the pancreas. *Gastrointest Endosc* 2005;62:1-8.
4. Andriulli A, Loperfido S, Napolitano G, et al. Incidence rates of post-ERCP complications: a systematic survey of prospective studies. *Am J Gastroenterol* 2007;102:1781-8.
5. Sands SS, Taylor JF. Prescreen evaluation of situs inversus patients. *Int Surg* 2001;86:254-8.
6. Raffel A, Engers R, Cupisti K, et al. Multiple neuroendocrine tumors of the pancreas associated with pancreas divisum. *Eur J Endocrinol* 2004;150:837-40.
7. Waisberg J, de Matos LL, Waisberg DR, dos Santos HV, Fernezian SM, Capelozzi VL. Carcinoid of the minor duodenal papilla associated with pancreas divisum: Case report and review of the literature. *Clinics (Sao Paulo)* 2006;61:365-8.