

Perkütan Transgastrik Pankreatik Abse Drenajı (Vaka Nedeniyle)

PERCUTANEOUS TRANSGASTRIC DRAINAGE OF PANCREATIC ABSCESS

Vedat GÖRAL*, Yukihiro TSUCHIYA, Hiromitsu SAISHO, Masao OHIO

Ohiba Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bölümü Chiba/JAPONYA

*Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bölümü, DİYARBAKIR

ÖZET

Akut kolesistit ve kol e dok taşına bağlı tıkanma sağlığı nedeni ile kliniğe yatırılan hastaya, koledokolithiazis tedavisi için endoskopik papillotomi ve ERCP uygulandı. 1 hafta sonra koledok taşı basket metodu ile alındı. Ancak, ECRP'den yaklaşık 10 gün sonra Akut Pankreatit ve 20 gün sonra pankreatik abse tablosu oluştu. Akut pankreatit nedeniyle genel tedavi prensipleri uygulandı. Ancak, Akut pankreatit ve pankreatik abse tablosunda düzelme olmadı. Hastanın genel durumunun bozuk oluşu ve zaman zaman panonoid ataklar geçirmesi nedeniyle pankreatik abseye yönelik cerrahi girişim yapılamadı. Alternatif olarak, US önderliğinde perkütan transgastrik abse drenajı (PTAD) uygulandı. Uygulanan dren 57 gün sonra çıkarıldı. Hasta tedaviden oldukça fayda gördü. Bu tedavinin Japonya'da ilk defa uygulanması ve genel cerrahiye alternatif yeni metod olması nedeniyle, bu olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Perkütan transgastrik pankreatik abse drenajı, Pankreatik abse

T Klin Gastroenteroloji Hepatoloji 1992, 3: 60-63

SUMMARY

Percutaneous transgastric placement of a drainage catheter under ultrasonographic guidance was performed in a patient with pancreatic abscess which was developed. 10 days after ERCP. Surgical treatment was not suitable for treatment of pancreatic abscess because of the risk factors (Paranoid attacks, Pathologic liver function test, etc.). Therefore, percutaneous transgastric drainage treatment was performed in our patient. Catheter drainage time was 57 days. Complete resolution of the pancreatic abscess was obtained. There were no pancreaticocutaneous fistulas or other complications. This case report confirms that pancreatic abscess can be safely and effectively treated with percutaneous catheter techniques.

Key Words: Percutaneous transgastric drainage of pancreatic abscess, Pancreatic abscess

Turk Gastroenterohepatoloji 1992, 3: 60-63

Pankreatik abse, genellikle akut pankreatit zemininde gelişen multifokal, multibakteriyel orijinli

önemli bir komplikasyon olup, akut pankreatit başlangıcından genellikle, 10-21 gün sonra oluşur (1). Ateş, karın ağrısı, bulantı, kusma, ileus, lökositoz ve genel durum bozukluğu ile seyreder. Sol plevral efüzyon, atelettazi veya pnömoni eşlik eder. US (Ultrasonografi) ve BT (Bilgisayarlı Tomografi), pankreastaki abse gelişiminde kıymetli teşhis araçlarıdır. Abseden sorumlu bakteriler genelde,

Giriş Tarihi: 9.7.1991

Kabul Tarihi: 11.7 1991

Yazışma Adresi: Dr. Vedat GÖRAL.

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi

Gastroenteroloji Bölümü, DİYARBAKIR

koli form, stafilokok, streptokok ve değişik anaerob bakterilerdir. Prognoz genelde kötü olup, cerrahi dren tabikine rağmen mortalité %40 dolayındadır.

Vaka

T.T. 38 yaşında, Japon erkek hasta.

3.10.1989 günü, aniden karın sağ üst kadranda kolik tarzında, 1-2 saat süren ağrısı olan hasta, aynı gün gözlerinin sararması ve idrar renginin koyulaşması sonucu başvurduğu doktor tarafından, semptomatik tedaviye alınmış. Ancak, tedaviden fayda görmemesi ve sarılık, karın ağrısı şikayetlerinin devamı üzerine, Chiba Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji kliniğine başvuruya yatırıldı. Hasta 5 yıldan beri paranoid şizofreni tanısıyla, major trankilizanlar kullanmakta idi. Fizik muayenede, hastanın genel durumu orta T.A:110/70 mmHg, Nb. 88/dk. Ateş: 37.8°C idi. Sistem muayenesinde, cilt ve siklalar ikterik olup, KC ve dalak palpe edilemedi. Sağ hipokondrium, palpasyonda hassas ve ağrılı idi. Başka bir patolojik bulgu yoktu.

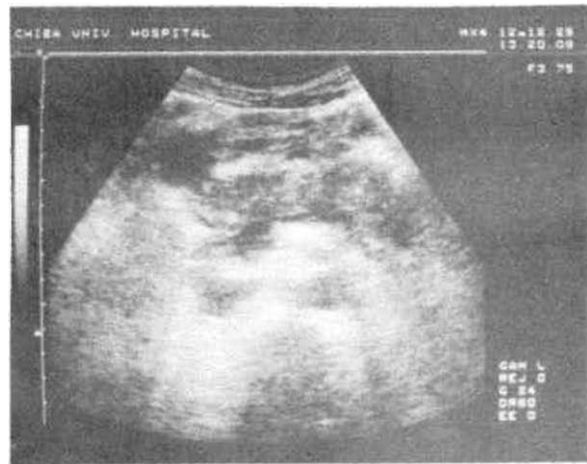
Kliniğimizde, Akut kolesistit ve koledok taşına bağlı tıkanma sarılığı nedeni ile yatırılan hastaya, ilk etapta ağızdan sıvı alınımı kesildi ve total parantal beslenme (TPB)'ye alındı. Akut kolesistite yönelik geniş spektrumlu antibiyotikler ve antispazmolitikler verildi. Yatışının 4. günü endoskopik papillotomi ve ERCP uygulandı. ERCP'de 10x12 mm, 10x10 mm ve 8x18 mm ebadında 3 adet koledok taşı saptandı. US'da akut kolesistit ve kolesistolithiazis mevcuttu. İlk ERCP uygulanmasında 5 Fr nazobilier kateter yerleştirildi. 1 hafta sonra, ERCP yapıpı basket metoduyla bir taş alındı. İlk ERCP uygulamasından 10 gün sonra, ateş ve abdominal ağrı saptanması üzerine kolanjit ön tanısı ile uygun geniş spektrumlu antibiyotikler verildi. Kliniğe yatışından 1 hafta sonra, safra kesesi ponksiyonu yapılarak dren konuldu. Dren safrasından yapılan kültürde, Enterobakter sp. 10⁷/ml, pseudomonas aeroginosa 10⁷/ml, enterokokus 10⁷/ml, saptandı ve uygun 3. jenerasyon sefalosporinler kullanıldı.

İlk ERCP'den 10 gün sonra, ilk amilaz yüksekliği oldu. ERCP'ye bağlı geçici amilaz yüksekliği olarak değerlendirildi. Bu amaçla, pankreas enzim inhibitörü (Trasyol, FOY. 2000 mgr/gün) kullanıldı ve amilaz düşünce kesildi. Ancak, akut pankreatit gelişince tekrar aynı dozda uygulandı ve akut pankreatit bulguları kaybolunca kesildi. Sık aralıklarla US kontrolü yapıldı. ERCP'den 10 gün sonra US da

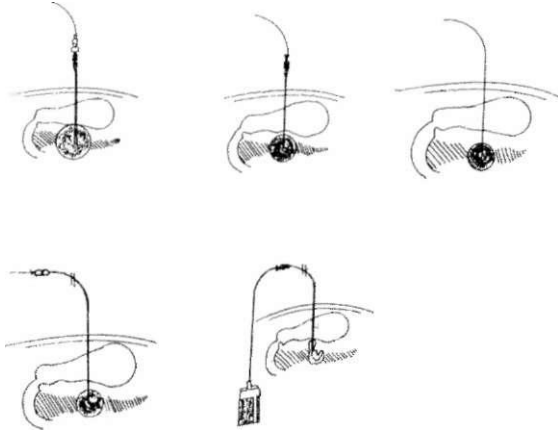
akut pankreatit ve ek olarak minimal asit, ileus, minimal plevral efüzyon saptandı. 10 gün sonra da pankreasın korpus-kuyruk kısmı arasında abse görünümü saptandı (Şekil 1). Akut pankreatit tanısı konduğunda; Elastaz 1100 ngr/mL (N: 100-400 ngr/mL), Tripsin (RIA) 900 ngr/mL (N: 110-460 ngr/mL), Lipaz 218 ü (N: 10-48 ü), üriner amilaz 7551 ü, abdominal sıvıda lipaz 971 ü/L, serum amilazı 1302 ü/mL (N:80-160 ü/mL) düzeylerinde idi. AFP, CEA, Fİ/., CA10-9, Alfa 2-niakrogl obu l i 11 normal idi. Kreatin klirensi 64,6 mL/dk, HbsAg (—), Anti-Hbs (+) idi. Ateş 38.5°C, Lökositoz (29.800/mL) mevcuttu. BT'de de Akut Pankreatit ve pankreatik abse saptandı.

Hastaya, Akut pankreatit ve pankreatik abseye yönelik uygun tedavi yapılmasına rağmen, genel durumunda düzelme olmadı. Genel durum bozukluğu, karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk ve hastanın zaman zaman paranoid ataklar geçirmesi nedeniyle, genel anestezi altında cerrahi yolla pankreatik abse tedavisi yapılamazdı. Bunun üzerine, US önderliğinde lokal olarak, Perkütan transgastrik abse drenajı uygulandı.

Hastaya, steril koşullarda US önderliğinde cilt-cilt altı lokal anestezisi yapılarak, 16 gauge Chiba PTC iğnesi ile abseye direkt ponksiyon yapıldı. Yaklaşık 90 cc çikolata renginde abse muhtevası boşaltıldı. Abse muhtevasından yapılan kültürde Enterokokus ve pseudomonas Aeroginosa saptanarak, sefalosporin grubu uygun antibiyotikler verildi. Ponksiyon yerinden klavuz tel geçirilerek 7 Fr Pigtail (Cook Co.) dren kateteri yerleştirildi. Dren cilde



Şekil 1. A.Pankreatit zeminimle gelişen Pankreatik abse görünümü.



Şekil 2. Perkütan Transgastrik abse drenajının şematize edilmiş şekli.

iyice tesbit edilerek yerinden oynaması ve yer değiştirmesi önlenmiştir. Hergün dren bakımı yapılarak, steril kalması sağlandı. Zaman zaman serum fizyolojik ile irrigasyon yapılarak, drenin tıkanması önlenmiştir. Kullanılan antibiyotikler, lokal olarak dren içinden de abseye verildi. İlk 10 günde yaklaşık 70-75 cc/gün abse muhtevası boşaldı. Daha sonra antibiyotik baskısı altında drenen gelen abse muhtevası giderek azaldı ve 1 ay sonra 10-20 cc/gün düzeylerine indi. Dren takılı olduğu sürece, ağızdan su ve gıda alımı kesildi. Hastanın beslenmesi TPN ile yapıldı. Sıvı-elektrolit dengesi sağlandı. Dren takılı olduğu sürece, drene ait bir komplikasyon gelişmedi. Üç gün önceden dren klempe edilerek, abse muhtevası gelip gelmediği kontrol edildi ve gelmeyince, çıkarılmaya karar verildi. Perkütan transgastrik abse drenajının 57. günü, abseye ait bulguların kaybolması ve drenen abse muhtevası gelmemesi, BT ve US'da abseye ait görünüm kaybolması sonucu, dren çıkarıldı. Hastanın bir hafta süreyle klinikte müşahadesine devam edildi ve durumu son derece iyi olduğundan 19.2.1990 tarihinde taburcu edildi.

TARTIŞMA

Akut pankreatitin en önemli iki komplikasyonu, pankreatik abse ve pseudokist oluşumudur. Özellikle abse komplikasyonu oldukça ciddi olup, tedavi edilemedikçe %80-100 mortalitesi vardır. Son yıllarda, cerrahi yolla pankreatik abse tedavisine alternatif olarak perkütan transgastrik yolla drenaj yapılmaktadır. Özellikle, bu tedavi pankreatik pseudokistlerde çok iyi bir şekilde kullanılmaktadır (2,3,4,5).

İlk defa Smith ve arkadaşları, pankreatik abse tedavisinde drenaj tatbikini, diagnostik amaçla, US önderliğinde denemişlerdir (6). Gerzof ve arkadaşları daha sonra 2 pankreatik abse vakasına perkütan drenaj uygulamışlardır (7). Bunlardan bir vaka tamamen iyileşmiş, diğeri cerrahiye verilmiştir.

Patrick ve arkadaşlarının 23 vakalık pankreatik abse drenajında başarı oldukça yüksek olup, 21 vakada (%91) perkütan pankreatik abse drenajı başarıyla uygulanmıştır. İki vakada ise, pankreatik fistül geliştiğinden bu 2 vakaya distal pankreatektomi uygulanmıştır (8). Bu vakalarda drenaj tatbik süresi ortalama 29 gün olup, fistül gelişen vakalarda 96 gün kadar sürmüştür.

Steiner ve arkadaşlarının 25 vakalık pankreatik abse serilerinde, 8 vakada perkütan pankreatik abse drenajı ile tam şifa sağlanmış, 10 vakada perkütan drenaj tedavisi rezidüel nekrotik dokulardan dolayı başarılı olamamış ve cerrahiye gönderilmiş (9), 7 vaka ise doğrudan cerrahiye gönderilmiş, onlarda postoperatif rezidüel abse oluşmuştur. Bu vakalarda perkütan drenaj uygulanmış ve başarı ile tedavi edilmiştir. Steiner grubunda drenaj süresi 7-97 gün arası olup, ortalama 25 gündür. Komplikasyon olarak, 5 vakada dren uygulaması sonucu septisemi oluşmuş ve uygun antibiyotiklerle durum kontrol altına alınmıştır. Bir hastada dren yerinden kanama olmuş, daha sonra durmuştur.

Karlson ve arkadaşları, 6 pankreatik abse ve 6 pankreatik pseudokist olgusuna perkütan drenaj uygulamışlar, 6 abse vakasının 2'si tamamen iyileşmiş, 4 vakada cerrahi tedavi uygulanmıştır (4).

Bizim vakada, genel durum bozukluğu, iktir, yüksek ateş, akut pankreatit tablosu, kolesistolitiazis ve hastanın zaman zaman paranoid ataklar geçirmesi sonucu, genel anestezi altında cerrahi müdahale yapıldı. Bu nedenle, perkütan transgastrik pankreatik abse drenajı uygulandı. Genel durum ve laboratuvar değerlerinde düşme oldu ve hastada gözle görülmür pozitif bir düzelme oldu. Dren çıkarılmadan üç gün önce, dren klempe edilerek abse muhtevası gelmeyince, dren takıldıktan 57 gün sonra çıkarıldı. Pansiyon yeri steril şartlarda kapatıldı. Bir hafta süreyle klinikte müşahadeye alındıktan sonra, taburcu edildi. Hastanın 1 ve 3 ay sonraki kontrolleri (US ve CT) tamamen normal idi.

Son zamanlarda US ve CT'nin, gastroenterolojide çok sık kullanılması sonucu, akut pankreatit komplikasyonları daha iyi tanınmaktadır (10,11). Pseudokist ve abse tanısı ve tedavinin takibi, daha başarılı olmaktadır, Perkütan transgastrik drenaj tedavisi pankreatik pseudokistlerde seçilecek en iyi tedavi olup (2,3,4,5) pankreatik abse vakalarında başarı oranı pseudokistler kadar yüksek değildir. Ancak, cerrahi tedavinin uygulanmadığı durumlarda, perkütan transgastrik abse drenajı kullanılmaktadır. Abse tedavisinde drenaja bağlı bazı komplikasyonların oluşması (kanama, fistül, septisemi v.s), bu tedavinin başarı şansını düşürmektedir. Ayrıca, transgastrik yoldan yerleştirilen kataterlerin solunum ve mide hareketleri nedeni ile yerlerinden çıkma şansı, mide korunarak yapılan yaklaşımlara göre daha fazla olduğu bildirilmektedir (13). Bu nedenle daha yeni ve modern drenaj uygulamalarının geliştirilmesi başarıyı yükseltecektir.

KAYTVAKLAR

1. Konrad II, Soergel. Acute pancreatitis. In: Mil Sleisenger and JS Fordlrm. Gastrointestinal Disease. WB Saunders Company 1983; 14:80.
2. Frederick RK, Matzinger, Clitba-Sing Ho, Allan C.Yee, et al. Pncreatic pseudocysts drained through a percutaneous transgastric approach: Finliler experience. Radiology 1988; 167:431-4.
3. Manrizio Grosso, Giovanni Ganini, et al. Percutaneous treatment (including pscndocystogastrostomy) of 74 pancreatic pseudocysts. Radiology 1989; 173:493-7.
4. MB Karlson, C Martin et al. Percutaneous drainage of pancreatic pseudocysts and abscesses. Radiology 1982; 142:619-24.
5. Gandini G, Grosso M, Bonadrdi L, et al. Results of percutaneous treatment of 63 pancreatic pseudocysts. Ann Radiol 1988;31:117-22.
6. Simith EH, Bartnim RJ. Ultrasonically guided percutaneous of abscesses. AJR 1974; 122:308-12.
7. Gerzof SG, Robins AH, Birkett DH, et al. percutaneous catheter drainage of abdominal abscesses guided by US and CI" AJR 1979; 133:1-8.
8. Patrick C Freeny, Gregory P Lewis, I. William Traverso et al. Infected pancreatic fluid collections: Percutaneous catheter drainage. Radiology 1988; 167:435-41.
9. Steiner fi. Peler R Mueller, Peter F, Hahn et al. Complicated ancreatic al>sscesses: Problems in interventional management. Radiology 1988; 167:443-6.
10. Balthazar FJ, Ranson JHC, Naidich TDP, et al. Acute pancreatitis: Prognostic value of CT. Radiology. 1985; 156:767-72.
11. Van Soinenberg E, Witlicvh GR, Casóla G, et al. Complicated pancreatic inflammatory disease: Diagnostic and therapeutic role of interventional radiology. 1985; 155:335-40.
12. Tang F.K, Springer RM. Gloriso I.W IIII, Canimarata CA. Abiloininal abscess dainage under radiologic guidance: Cause, of failure. Radiology 1986; 159 329-36.
13. Jaffe RB, Árala JA, Mallak ME. Percutaneous Drainage of Traumatic Psedocysts in Children, AJR 1989; 152:591-5.