



## AKUT PANKREATİTTE ENDOSKOPIK TEDAVİ

Salih TOKMAK<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Akut pankreatit (AP), tüm gastrointestinal sistem hastalıkları içinde, akut olarak en sık hastaneye yatış gerektiren patolojidir. Hastaların yaklaşık %80'lik kısmında ılımlı seyrederek ancak hastaların yaklaşık %20'lik kısmında akut nekrotizan pankreatit gelişebilir. Bu tabloda %38'e varan, değişik düzeylerde organ yetmezliği görülebilir, yine %38'e varan oranlarda girişim ihtiyacı ve %15'e varan oranlarda ölüm meydana gelebilir (1).

Bu hastalara yaklaşımda radyolojik, endoskopik ve cerrahi yaklaşımların, hastaların klinik durumlarına göre, uygun şekilde kombine edilerek kullanılması, daha iyi sonuçlar elde edilmesini sağlar. Gün geçtikçe gelişmeye devam eden endoskopik teknolojiler sayesinde, bu hastalarda büyük cerrahi girişimlerin gerçekleştirilmesine gerek kalmamaktadır ama endoskopik girişimler, olası komplikasyonları sebebiyle aslında iki ucu keskin bir bıçak gibidir (2).

Bu bölümde AP ve ilişkili komplikasyonları hem teşhis hem de tedavisinde kullanılan endoskopik teknikleri gözden geçireceğiz.

### AKUT PANKREATİT

AP tanısıyla yatırılan bir hastada endoskopik işlemler, safra taşına bağlı pankreatit tedavisi için

endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP) ve beslenme için enteral tüp yerleştirilmesi ile sınırlıdır.

### AKUT PANKREATİTTE ERCP

Safra taşına bağlı pankreatit, ampulla Vater seviyesinde lümen tıkanıklığına sebep olan safra taşı sebebiyle gelişir. Taşın meydana getirdiği tıkanıklık genellikle geçicidir ama bilirubin yüksekliği ve klinik olarak kolanjit bulguları olan yani dolaylı olarak taşın ampulla Vater seviyesinde sıkıştığını gösteren durumlarda, sfinkterotomi ve taş temizlenmesi ile pankreatik kanal çıkışının açılması, pankreatit seyrinde dramatik düzelmeye sağlar. Sfinkterotomi ayrıca tekrarlayan akut pankreatit ataklarını ve kolesistektomi öncesi kolanjit oluşumunu da engeller. Bu hastalarda erken dönemde yani ilk 24 saatte ERCP yapılması önerilmektedir (3).

### Akut pankreatitte endoskopik beslenme tüpü yerleştirilmesi

Randomize ve kontrollü çalışmalardan elde edilen veriler, hem hafif hem de şiddetli AP vakalarında, erken dönemde enteral beslemenin, daha düşük tedavi maliyeti ve infektif komplikasyonların daha az görülmesini sağladığı

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, salih Tokmak@duzce.edu.tr

## SONUÇ

Teknolojik gelişmeler ve artan vaka sayıları ile kazanılan tecrübeler sayesinde, AP lokal komplikasyonlarında endoskopik girişimler, cerrahi girişimlerin yerini almaktadır. Endoskopik girişimleri uygulayan merkezlerin sayısı her geçen gün artmaktadır ama olası şiddetli komplikasyonları sebebiyle tecrübeli ellerde yapılması önerilir. Endoskopik müdahalelerin zamanlaması ve uygulanacak tekniğin seçimine dair standardizasyonu sağlayacak, geniş katılımlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

## KAYNAKLAR

1. Arvanitakis M, Dumonceau JM, Albert J, et al. Endoscopic management of acute necrotizing pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) evidence-based multidisciplinary guidelines. *Endoscopy*. 2018;50(5):524-546.
2. Bahr MH, Davis BR, Vitale GC. Endoscopic management of acute pancreatitis. *Surg Clin North Am*. 2013;93(3):563-584.
3. van Santvoort HC, Besselink MG, de Vries AC, et al. Early endoscopic retrograde cholangiopancreatography in predicted severe acute biliary pancreatitis: a prospective multicenter study. *Ann Surg*. 2009;250(1):68-75.
4. Mirtallo JM, Forbes A, McClave SA, et al. International consensus guidelines for nutrition therapy in pancreatitis. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2012;36(3):284-291.
5. DiSario JA, Baskin WN, Brown RD, et al. Endoscopic approaches to enteral nutritional support. *Gastrointest Endosc*. 2002;55(7):901-908.
6. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2013;62(1):102-111.
7. Takahashi N, Papachristou GI, Schmit GD, et al. CT findings of walled-off pancreatic necrosis (WOPN): differentiation from pseudocyst and prediction of outcome after endoscopic therapy. *Eur Radiol*. 2008;18(11):2522-2529
8. Baron TH, Kozarek RA. Endotherapy for organized pancreatic necrosis: perspectives after 20 years. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2012;10(11):1202-1207.
9. Samuelson AL, Shah RJ. Endoscopic management of pancreatic pseudocysts. *Gastroenterol Clin North Am*. 2012;41(1):47-62.
10. Samuelson AL, Shah RJ. Endoscopic management of pancreatic pseudocysts. *Gastroenterol Clin North Am*. 2012;41(1):47-62.
11. Giovannini M. Endoscopic ultrasonography-guided pancreatic drainage. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2012;22(2):221-viii.
12. Weilert F, Binmoeller KE, Shah JN, Bhat YM, Kane S. Endoscopic ultrasound-guided drainage of pancreatic fluid collections with indeterminate adherence using temporary covered metal stents. *Endoscopy*. 2012;44(8):780-783.
13. Melman L, Azar R, Beddow K, et al. Primary and overall success rates for clinical outcomes after laparoscopic, endoscopic, and open pancreatic cystgastrostomy for pancreatic pseudocysts. *Surg Endosc*. 2009;23(2):267-271
14. Freeman ML, Werner J, van Santvoort HC, et al. Interventions for necrotizing pancreatitis: summary of a multidisciplinary consensus conference. *Pancreas*. 2012;41(8):1176-1194
15. Arvanitakis M, Dumonceau JM, Albert J, et al. Endoscopic management of acute necrotizing pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) evidence-based multidisciplinary guidelines. *Endoscopy*. 2018;50(5):524-546.
16. Gardner TB. Endoscopic management of necrotizing pancreatitis. *Gastrointest Endosc*. 2012;76(6):1214-1223