

Modifiye Puestow-Gillesby Prosedürü Uygulanan Hastada Geç Dönem Masif Anastomoz Kanaması

86

Ramazan Serdar ARSLAN¹

GİRİŞ

Kronik pankreatit (KP); Pankreas bezinde inflamasyon ve fibrozis ile karakterize, progresif geri dönüşümsüz bir hastalıktır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yıllık insidansı%5-8 arasında ve 100.000 yetişkin de prevalans oranı 42-73 arasında değişmektedir (1). Etiyolojisinde tekrarlayan akut pankreatit atakları, alkol kullanımı, pankreatik kanal obstrüksiyonu, hiperlipidemi, sigara kullanımı, hiperkalsemi, otoimmün hastalıklar ve genetik faktörler bulunmaktadır (2). KP'li hastalarda tedavinin amacı; ağrıların giderilmesi, ekzokrin ve endokrin fonksiyonların devamlılığının sağlanması, yaşam kalitesinin düzeltilmesidir. Burada cerrahi olarak tedavi edilen KP'li olguda geç dönem anastomoz kanamasının tanı ve tedavisindeki izlenilen yol paylaşılmıştır.

VAKA SUNUMU

40 yaşında erkek hasta acil servise kuşak tarzında karın ağrısı, bulantı, kusma yakınması ile

başvurmuş. Hastanın özgeçmişinde 5 yıl önce laparoskopik kolesistektomi operasyonu geçirdiği, düzenli günlük alkol kullanımının olduğu, yılda en az 3-4 pankreatit atağı geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenede hastada epigastrik hassasiyet ve defans saptandı. Beyaz küre sayısı (WBC): 16700 (4-10.510³/μL), amilaz > 1000 (25-125 U/L), lipaz> 1200 (13-60 U/L), C reaktif protein (CRP): 55.4 (0,1-5 mg/dL), diğer parametrelerin normal referans aralıklarında olduğu saptandı. Hastanın hastaneye yatışı yapılarak medikal tedavisi başlandı. Hastaya intravenöz (IV) kontrastlı abdominal bilgisayarlı tomografi (BT), dinamik üst abdomen manyetik rezonans (MR) görüntüleme ve manyetik rezonans kolanjiopankreatografi (MRCP) çekildi. Abdominal BT'de; pankreatik kanalın normalden geniş olup en geniş yerinde 11.7 mm ölçüldüğü, pankreas başı lokalizasyonunda çevre dokularda heterojenite ve kalınlaşmalarla birlikte pankreas ta kaba kalsifikasyonlar olduğu mevcut görünümün KP ile uyumlu olduğu bildirildi (Şekil 1).

MRCP, dinamik üst abdomen MR'da pankreatik kanal geniş olup 11 mm ve pankreatik kanal distal uçta 8 mm çapında taş izlendi (Şekil 2).

¹ Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü

seçili olgularda ilk basamak tedavi olarak gösterilmektedir (24,25). Kurumumuzda girişimsel radyoloji birimi olmaması nedeniyle hasta abdominal BT anjiyografi sonrası ameliyata alınmıştır.

Sonuç olarak teknolojideki ilerleme ile eş zamanlı olarak minimal invaziv cerrahi yöntemlerdeki gelişmelerle pankreas cerrahisinde komplikasyonlar ve morbiditeler azalmış olsa da mortaliteler halen önemini korumaktadır. Pankreas anastomoz kaçaklarının batın içi apseye yol açacağı gibi vasküler yapıların duvarlarını erode ederek intra luminal kanamaya yol açacağı akıldatılmalıdır. Kanama odağının saptanmasında anjiyo BT ve diagnostik anjiyografi benzer oranlara sahiptir. Hemodinamik stabil hastalar endovasküler girişimlerle tedavi edilebilirken hemodinamik instabil olgularda cerrahi müdahale ilk seçenek olarak düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Singh VK, Yadav D, Garg PK. Diagnosis and Management of Chronic Pancreatitis: A Review. *JAMA*, 2019, 322(24), 2422-2434. Doi: 10.1001/jama.2019.19411.
2. Hart PA, Conwell DL. Chronic Pancreatitis: Managing a Difficult Disease. *Am J Gastroenterol*, 2020, 115(1):49-55. Doi: 10.14309/ajg.0000000000000421.
3. Gardner TB, Adler DG, Forsmark CE. ACG Clinical Guideline: Chronic Pancreatitis. *Am J Gastroenterol*. 2020, 115(3):322-339. Doi: 10.14309/ajg.0000000000000535.
4. Öztaş E, Oğuz D, Parlak E. Kronik Pankreatit Tanım ve Epidemiyoloji. *Güncel Gastroenteroloji*. 2008
5. Malya FÜ, Taşçı Y, Kunduz E. Our Surgical Experience in Chronic Pancreatitis. *Bezmialem Science*, 2018, 6: 15-20. DOI: 10.14235/bs.2018.1147.
6. Şişman G, Özbalak M, Şentürk H. Kronik Pankreatit. *İç Hastalıkları Dergisi*, 2010; 17: 45-54.
7. Skube ME, Beilman GJ. Surgical treatment of pain in chronic pancreatitis. *Curr Opin Gastroenterol*. 2018, 34(5), 317-321. Doi: 10.1097/MOG.0000000000000460
8. Sharzehi K. Management of Pancreatic Duct Stones: A Review. *Curr Gastroenterol Rep*. 2019, 4; 21(11):63. Doi: 10.1007/s11894-019-0727-0.
9. Jawad ZA, Tsim N, Pai M. Short and long-term post-operative outcomes of duodenum-preserving pancreatic head resection for chronic pancreatitis affecting the head of pancreas: a systematic review and meta-analysis. *HPB (Oxford)*. 2016, 18(2):121-128. Doi: 10.1016/j.hpb.2015.10.003.
10. Dua MM, Visser BC. Surgical Approaches to Chronic Pancreatitis: Indications and Techniques. *Dig Dis Sci*. 2017, 62(7):1738-1744. Doi: 10.1007/s10620-017-4526-x.
11. Tandan M, Talukdar R, Reddy DN. Management of Pancreatic Calculi: An Update. *Gut Liver*. 2016, 15; 10(6):873-880. Doi: 10.5009/gnl15555.
12. Plageman S, Welte M, Izbicki JR. Surgical Treatment for Chronic Pancreatitis: Past, Present, and Future. *Gastroenterol Res Pract*. 2017; 8418372. Doi: 10.1155/2017/8418372.
13. Tillou JD, Tatum JA, Jolissaint JS. Operative management of chronic pancreatitis: A review. *Am J Surg*. 2017, 214(2):347-357 Doi: 10.1016/j.amjsurg.2017.03.004.
14. Bouwense SAW, Kempeneers MA, vanSantoort HC. Surgery in Chronic Pancreatitis: Indication, Timing and Procedures. *Visc Med*. 2019, 35(2):110-118. doi: 10.1159/000499612.
15. Kawaida H, Kono H, Hosomura N. Surgical techniques and postoperative management to prevent postoperative pancreatic fistula after pancreatic surgery. *World J Gastroenterol*. 2019, 25(28):3722-3737. Doi: 10.3748/wjg.v25.i28.3722.
16. Lingfu Z, Dianrong X, Chunhui Y. Pancreatic duct obstruction after pancreaticojejunostomy: implications for early prediction and prevention of long-term pancreatic complications. *BMC Gastroenterol*. 2018, 23, 18(1):53-60. Doi: 10.1186/s12876-018-0777-z.
17. Wu X, Chen G, Wu W. Management of late hemorrhage after pancreatic surgery: treatment strategy and prognosis. *J Int Med Res*. 2020, 48(6), 1-10. Doi: 10.1177/0300060520929127.
18. Schafer M, Heinrich S, Pfammatter T. Management of delayed major visceral arterial bleeding after pancreatic surgery. *HPB*. 2011, 13(2):132-8. Doi: 10.1111/j.1477-2574.2010.00260.x.
19. Deng LH, Xiong JJ, Xia Q. Isolated Roux-en-Y pancreaticojejunostomy versus conventional pancreaticojejunostomy after pancreaticoduodenectomy: a systematic review and meta-analysis. *J Evid Based Med*. 2017, 10(1), 37-45. doi: 10.1111/jebm.12202.
20. Izumo W, Higuchi R, Yazawa T. Evaluation of preoperative risk factors for postpancreatectomy hemorrhage. *Langenbecks Arch Surg*. 2019, 404(8):967-974. doi: 10.1007/s00423-019-01830-w.
21. Gaudon C, Soussan J, Lois G. Late postpancreatectomy hemorrhage: Predictive factors of morbidity and mortality after percutaneous endovascular treatment. *Diagn Interv Imaging*. 2016, 97(11):1071-1077. Doi: 10.1016/j.diii.2016.08.003. Epub 2016 Aug 31.
22. Wente MN, Weit JA, Bassi C. Postpancreatectomy hemorrhage (PPH): an International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS) definition. *Surgery*. 2007, 142(1):20-5. Doi: 10.1016/j.surg.2007.02.001.
23. Wolk S, Radosa CG, Distler M. Risk Factors for In-hospital Mortality After Transarterial Intervention After Postpancreatectomy Hemorrhage. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2020. Doi: 10.1007/s00270-020-02509-2.
24. Ansari D, Tingstedt B, Lindell G. Hemorrhage after major pancreatic resection: incidence, risk factors, management, and outcome. *Scand J Surg*. 2017, 106(1): 47-53. Doi: 10.1177/1457496916631854.
25. Hassold N, Wolfschmidt F, Dierks A. Effectiveness and outcome of endovascular therapy for late-onset postpancreatectomy hemorrhage using covered stents and embolization. *J Vasc Surg*. 2016, 64(5): 1373-1383. Doi: 10.1016/j.jvs.2016.05.071.
26. Floortje van Osten A, Smits FJ, van den Heuvel DAF. Diagnosis and management of postpancreatectomy hemorrhage: a systematic review and meta-analysis. *HPB (Oxford)*. 2019, 21(8):953-961. Doi: 10.1016/j.hpb.2019.02.011.