

Pankreas Kanal Taşları ve Endoskopik Tedavi

PANCREATIC DUCT STONES AND ENDOSCOPIC TREATMENT

Mehmet Hadi YAŞA*, Ali Reşit BEYLER**, Ahmet BEKTAŞ*, Hasan ÖZKAN**,
Necati ÖRMECİ***, Selim KARAYALÇIN***, Kadir BAHAR***, Abdülkadir DÖKMECİ***

* Uz.Dr.,Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji BD,
** Doç.Dr.,Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji BD,
*** Prof.Dr.,Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji BD, ANKARA

Özet

Kronik pankreatit, pankreastaki inflamatuvar olayın devam ettiği bir klinik tablodur ve değişik nedenlerle ulaşılabilmektedir. Pankreas kanal taşları genellikle kronik pankreatitle birlikte bulunur. Ancak pankreas kanal taşlarının mı kronik pankreatite neden olduğu, yoksa kronik pankreatit sonucu mu taş oluştuğu tartışmalıdır.

Pankreatik s/inkterotomi ve balonla taşların çıkarılması yöntemi pankreas kanal taşlarının çıkarılmasında güvenle ve başarıyla uygulanabilen bir tedavi yöntemidir. Biz de tekrarlayan karın ağrılarıyla kliniğimize başvuran ve tetkikler sonucu pankreas kanalında taşlar teşhis edilen 8 hastada (yaş ortalaması: 29.4, 5 erkek, 3 kadın) bu tedavi yöntemini uyguladık. Vakaların tümünde pankreas kanalındaki taşlar pankreatik sfinkterotomi, basket ve balon yöntemiyle çıkarıldı.

Bu makalede; endoskopik yolla pankreas kanal taşları temizlenen 8 vakalık bir seri sunularak bu konudaki literatür gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kronik pankreatit, Pankreas kanal taşı, Endoskopik tedavi

T Klin Gastroenterohepatoloji 1998, 9:28-32

Pankreas kanal taşı, genellikle kronik pankreatitle birlikte bulunur. Çoğunlukla alkol ve travma zemininde, nadiren hipoparatiroidi ve hiperkolesterolemili hastalarda görülmektedir (1,2).

Obstrüktif kronik pankreatitler, tümörlere ve striktürlere bağlı olarak da gelişebilirler. Bunun yanı sıra intraduktal pankreas kanal taşlarının da nadiren kronik pankreatite neden olabildiği ileri

Yazışma Adresi: Dr.Mehmet Hadi YAŞA
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Gastroenteroloji BD,
ANKARA

Summary

Chronic pancreatitis is defined as a continued inflammatory process of the pancreas. Etiology of chronic pancreatitis is different. Pancreatic duct stones are usually with chronic pancreatitis. But it is discussed that pancreatic duct stones are a cause of chronic pancreatitis.

Pancreatic sphincterotomy, basket and balloon therapy is a safe and effective method for extracting pancreatic duct stones in symptomatic patients. Eight patients (mean age 29.4 years, 5 male, 3 female) with recurrent attacks of abdominal pain and with pancreatic duct stones were treated with this method. In all cases, endoscopic removal of the stones are proved successfully.

In this paper; Eight cases with extracted pancreatic duct stones, were presented and literature discussed.

Key Words: Chronic pancreatitis, Pancreatic duct stone. Endoscopic therapy

T Klin J Gastroenterohepatol 1998, 9:28-32

sürülmektedir (1-3).

Bu çalışmada kronik pankreatit nedeniyle kliniğimize yatırılıp abdominal ultrasonografi ve ERCP (Endoskopik retrograd kolanjiyo-pankreatografi) ile pankreas kanalında taşlar tesbit edilen vakaların değerlendirilmesi ve bunlara uygulanan endoskopik tedavinin tartışılması amaçlanmıştır.

Hastalar ve Metod

Mayıs 1994 ile Aralık 1996 tarihleri arasında kliniğimiz ERCP ünitesinde ERCP uygulanan 1396 vakanın 38'inde kronik pankreatit tesbit edildi. Kronik pankreatit tesbit edilen 38 vakanın 8'inde



Şekil 1. Ultrasonografi ile tesbit edilen pankreas kanal taşları.

(%21.05) ise pankreas kanalında taş saptandı. Çalışmamızda pankreas kanalında taşlar tespit edilen 8 vaka değerlendirmeye alındı. Hastaların 5'i erkek, 3'ü ise kadındı. Yaş ortalaması 29.4 yaş (21-47 yıl) idi.

Hastalarımızın tümünde zaman zaman, özellikle yemeklerden sonra gelen, sırta doğru yayılan, bazen çok şiddetli olup analjeziklere cevap vermeyen epigastrik ağrı vardı. Ayrıca bulantı, kusma, iştahsızlık gibi spesifik olmayan semptomlar mevcuttu. Hastalarda semptomların ortalama süresi 8 (4-24) aydı.

Özgeçmişlerinde 7 hasta; alkol alımı, sistemik hastalık, operasyon, travma veya paratiroid hastalığı tanımlamıyorlardı. Geriye kalan 1 hastada anamnezde 9 yıl süreyle kronik alkol alımı mevcuttu.

Hastalardan bir tanesi hastanemize gelmeden önce başka bir merkezde 1 ay önce diabetes mellitus tanısı almış ve bu nedenle kristalize insülin kullanılmaktaydı.

Hastaların fizik muayenelerinde özellikle epigastriumda daha belirgin olmak üzere balında palpasyonla yaygın hassasiyet vardı. Diğer muayene bulguları normaldi.

Biyokimyasal tetkiklerinden; alkalin fosfataz, transaminazlar, serum protein ve albümini, bilirubinler, total lipit ve kolesterol, kalsiyum, fosfor, kan şekeri ve parathormon düzeyleri, hematokrit, hemoglobin, sedimentasyon hızı ve lökosit

sayısı normaldi. Bir hastada ise kan şekeri 150-200 mg/dl arasında değişmekteydi.

Serum amilazı hastaların 5'inde, idrar amilazı ise 6'sında 3 ile 12 kat yük ekti. Serum lipazı bakılabilen 3 hastanın 1'inde normal, 2'sinde ise hafif yüksekti. Abdominal ultrasonografide hastaların tümünde pankreas kanalında ileri derecede genişleme (11-24 mm) ve kanalda 2 ya da daha çok sayıda taş tesbit edildi (Şekil 1). Bunun üzerine hastalara ERCP uygulandı. ERCP'de selektif olarak doldurulan pankreas kanalında belirgin genişleme ve kanal içinde multipl taşlar görüldü (Şekil 2). Hastaların tümünde safra yolları normaldi.

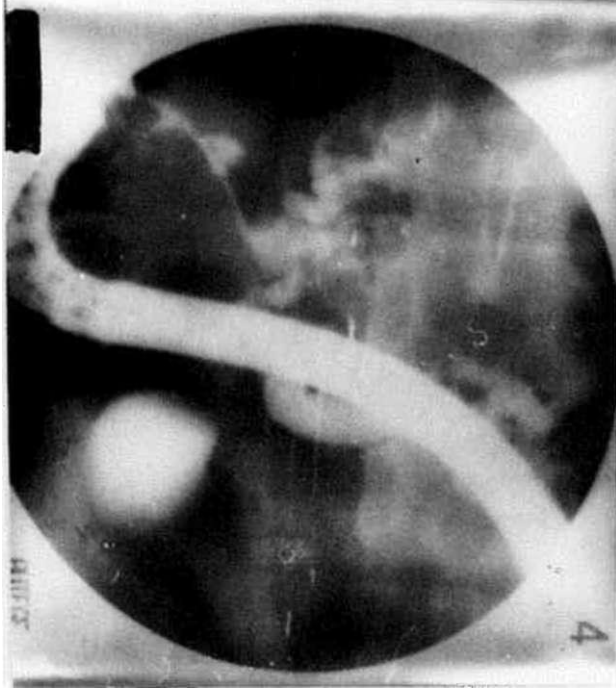
Hastalara önce kaniilasyon işlemi uygulandı. Daha sonra klavuz tel rehberliğinde selektif olarak pankreatik sfinkterotomi yapıldı ve bunun ardından pankreas kanalındaki taşlar basket ve balon yardımıyla çıkarıldı (Şekil 3).

Sonuçlar

Bütün hastalarda pankreatik sfinkterotomi başarıyla uygulandı. Daha sonra basket ve balon



Şekil 2. ERCİ ile tesbit edilen pankreas kanal taşları.



Şekil 3. Pankreas kanal taşlarının balonla çıkarılması.



Şekil 4. Tedavi sonrası (taşların çıkarılması sonrası) pankreatografi.

yardımıyla pankreas kanalındaki taşlar başarıyla çıkarıldı. Hastaların 5'inde taşlar tek, 2'sinde iki , 1 hastada ise 3 seansta çıkarılabildi.

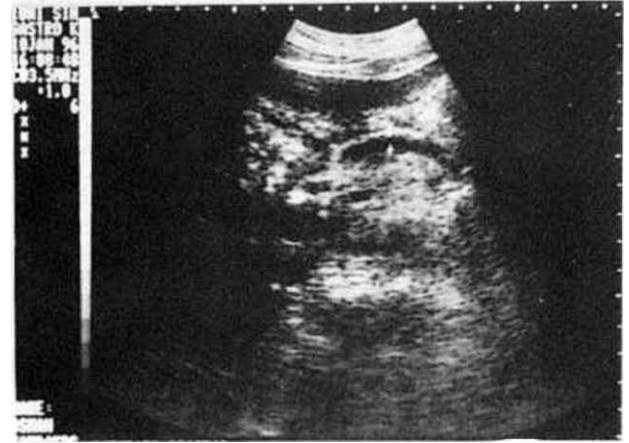
İşlem sırasında veya daha sonra kanama ve perforasyon başta olmak üzere herhangi bir komplikasyon görülmedi.

İşlemden sonra hastaların şikayetleri tamamen düzeldi. Daha sonra yapılan ERCP kontrollerinde pankreas kanalının taşlardan tamamen temizlendiği görüldü (Şekil 4).

Takip eden ultrasonografik kontrollerde ise pankreas kanalının tedricen daraldığı gözlemlendi (Şekil 5).

Tartışma

Kronik pankreatit birçok sebebe bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Pankreas kanal taşı ile birlikte seyrettiği zaman hastaların bir kısmında kronik alkolizm ya da geçirilmiş travma hikayesi vardır. Ancak bazen etiyolojide hiçbir faktör tesbit edilemez (4,5). Bizim de hastalarımızın birinde kronik alkol alımı vardı. Ancak diğerlerinde bir neden bulamadık ve vakaları idiyopatik kronik pankreatit



Şekil 5. Taşlar temizlendikten sonraki pankreas kanalının ultrasonografik görünümü.

zemininde gelişmiş kanal taşları olarak değerlendirildik.

İdiyopatik kronik pankreatit, bilindiği gibi kronik pankreatit nedenleri arasında alkol ve safra yolları hastalıklarından sonra yer almaktadır. Ancak idiyopatik kronik pankreatitin zemininde konjenital striktür ve anomalilerin bulunduğu gösterilmiştir

(1,3). Olgularımızın biri dışında 7'sinde kronik pankreatitin erken yaşta ortaya çıkışı ve diğer nedenlerin ekarte edilmesi bu etiyolojik faktörü akla getirmektedir.

Kronik pankreatite neden olan faktörlerin sıklığı ülkeden ülkeye değişmektedir. Örneğin Çin'de kronik pankreatitli hastalarda etiyolojik faktörler arasında safra taşları ve diğer safra yolları hastalıkları %40-50 ile ilk sırada yer almaktadır. Oysa batı ülkelerinde kronik pankreatitin en sık nedeni alkol alımıdır. Batıda safra taşlarına bağlı olarak kronik pankreatit gelişmesi nadirdir (3). Ülkemizde safra taşları ve safra yolları hastalıkları ile alkol alımı kronik pankreatit nedenleri arasında ilk iki sırayı paylaşmaktadır ve oranları da birbirine yakındır. Ancak kliniğimizde daha önce yapılan bir araştırmada safra yolları hastalıklarının, kronik pankreatitlerin etiyolojisinde ilk sırada yer aldığı bildirilmiştir (6).

Kronik pankreatitlerde değişik sınıflandırmalar bildirilmiştir. Frency kronik pankreatitli hastaları taşlı veya taşsız kronik pankreatitler diye iki grupta incelemiştir (2). Marsilya Sınıflandırmasında ise obstrüktif kronik pankreatitler, kronik pankreatitlerin özel bir şekli olarak kabul edilerek ayrı bir grupta ele alınmıştır (2).

Primer odditis, kolelitiazisle birlikte olan odditis, pankreas başı, papilla vateri ve duodenum kanserleri, safra yolları taşları, striktürler, psödo-kistler, pankreas divisium ve nadiren de intraduktal taşlar, pankreas kanal obstrüksiyonuna neden olan en önemli nedenlerdir (1,2,7).

Koledok taşları bazen pankreas kanalına geçerek kronik pankreatite neden olmaktadır. Ancak bazen taşlar direkt olarak kanal içinde de oluşabilmektedir (6-8). Sarles ve Sahel pankreas salgısındaki proteinlerin pankreas kanalında presipitasyona uğradığını ve bir süre sonra kalsifikasyon sonucu intraduktal pankreas kanalı taşlarının oluştuğunu bildirmişlerdir (8,9). Harada ise pankreas kanalı taşları ile protein tıkaçları elektron mikroskopta incelemiş ve ikisi arasında yapısal pekçok benzerlikler bulunduğunu tesbit ederek bu teoriyi desteklemiştir (4). Yoneshima ise alkole bağlı kronik pankreatit tanısı ile izlediği 2 hastasından birinde 3, diğerinde ise 5 yıl sonra kanaldaki

protein tıkaçların kalsifiye olarak intraduktal pankreas kanal taşlarına dönüştüğünü tesbit etmiştir (5). Bizim vakalarımızda taş oluşumuna sebep olan pankreas dışı nedenler ekarte edilmiştir. Ayrıca safra kesesi veya yollarında da taş tesbit edilmemiştir. Anamnezlerinde de safra yolları hastalığı tanımlanamamaktadırlar. Bu nedenle tesbit ettiğimiz taşların primer olarak pankreas kanalında oluşan intraduktal taş olma ihtimali yüksektir.

Pankreas kanal taşlarının tanısında; klinik ve biyokimyasal laboratuvar tetkiklerin yanısıra, konvansiyonel radyografi, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, ERCP ve pankreatoskopi kullanılmaktadır (2,3,10,11).

ERCP, kronik pankreatit tanısında kullanılan en önemli tanı araçlarından biridir. Hastalarda pankreas kanalındaki majör değişiklikler ERCP ile rahatlıkla tesbit edilebilir. Bunun yanısıra ERCP ile pankreas kanalındaki taşlar ve varsa darlıklar da kolaylıkla gösterilebilir (1-3). Son yıllarda pankreas patolojilerinin tanısında en yeni tanı yöntemlerinden birisi de pankreatoskopi olarak da bildirilen pankreas kanalı endoskopisidir. Bu yöntemle pankreas ana kanalı mukozasının renk, yapı ve morfoloji ile lümen içinde oluşabilecek değişiklikler direkt olarak görüntülenebilmektedir (11).

Kronik pankreatitli hastaların büyük çoğunluğu konservatif yöntemlerle tedavi edilebilmektedirler. Tedaviye cevap vermeyen dirençli veya komplikasyonlu vakalarda gerektiğinde cerrahi tedaviye başvurulmaktadır. Ancak endoskopik yöntemlerdeki gelişmelerle birlikte endoskopik tedavi yöntemleri cerrahi tedavilere alternatif bir tedavi yöntemi haline gelmiştir. Bunun yanısıra endoskopik tedavi yöntemlerindeki gelişmelere paralel olarak kronik pankreatitlerin konservatif tedavi şekillerinde de değişiklikler olmuştur (3,5,9,12).

Özellikle obstrüktif kronik pankreatitlerin tedavisinde endoskopik girişimler seçkin bir tedavi yöntemidir. Endoskopik girişimler, pankreas kanal taşlarında kolaylıkla uygulanabilen başarı oranları yüksek, güvenilir ve komplikasyonu düşük olan bir yöntemlerdir (3,12-14). Bu nedenle hastalarımıza ERCP'nin ardından pankreatik sfinkterotomi uygulandı. Basket ve balon kateterle pankreas kanalındaki taşlar temizlendi.

Sonuç olarak; kronik epigastrik ağrıya neden olan pankreas kanal taşlarının tanı ve tedavisinde endoskopik tedavi yöntemleri etkin, güvenilir ve komplikasyonlarının diğer yöntemlere göre daha az olmaları nedeniyle ilk tercih edilen yöntemler olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Sarles H. Definitions and classifications of pancreatitis. *Pancreas* 1991; 6: 470-74.
2. Freney CP. Classification of pancreatitis. *Rad Clin North America* 1989; 27(1): 1-3.
3. Zhuo-yun GU, Kou-hua Zhang. Chronic pancreatitis in China: Etiology and management. *World J Surg* 1990; 14:28-31.
4. Harada H, Takeda M, Tanaka J, Miki H, Oehi K, Kimura I. The fine structure of pancreatic stones as shown by scanning electron microscopy and x-ray probe microanalyzer. *Gastroenterol Jpn* 1983; 18:530-7.
5. Noda A, Imano H, Slubata T, Hayakawa T, Tsuehie K, Nimura Y, Nakanishi Y. Chronic pancreatitis at early age of onset presenting interesting findings through endoscopic retrograde pancreatography and chemical analysis of nonopaque pancreatic concretion. *Dig Dis Sci* 1987; 32(4): 433-40.
6. Beyler AR, Dökmeci A, Erten AT, Kesim E, Palabıyıkoglu M, Sipahi N, Uzunalımoğlu Ö. Kronik Pankreatitis etyolojisinde rol oynayan faktörler. *Gastroenteroloji* 1993; 4(2):319-21.
7. Sarles H, Sarles JC, Camatte R, Muratore R, Gaini M, Guien C, Pastor J, Leroy f. Observations on 205 confirmed cases of acute pancreatitis, recurring pancreatitis and chronic pancreatitis. *Gut* 1965; 6:545-59.
8. Thomas R, Kelly. Gallstone pancreatitis. *Ann surg* 1984; 200(4): 479-485.
9. Sarles H, Sahel J. Pathology of chronic calcifying pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 1976; 117-39.
10. Marks IN, Bank S. The aetiology, clinical features and diagnosis of pancreatitis in The South Western Cape. A review of 243 cases. *S.A. Medical Journal* 1963; 19:1039-53.
11. Özkan H, Saisho H, Yamaguchi T, Tsuyuguchi T, Ishihara T, Kikuchi Y, Ohno M. Clinical usefulness of a new miniscope in the diagnosis of pancreatic disease. *Gastrointest Endosc* 1995; 42(5): 480-5.
12. Mulferheiner P, Büchler M. Indications for endoscopic or surgical therapy in Chronic pancreatitis. *Endoscopy* 1991; 23:185-90.
13. Fuji T, Amasno F, Karima K, Aibe T, Asagami F, Kinukawa K, Ariyama S, Takemoto T. Pancreatic sphincterotomy and pancreatic endoprosthesis. *Endoscopy* 1985; 17:69.
14. Schneider MU, Lux G. Floating pancreatic duct concretions in chronic pancreatitis. Pain relief by endoscopic removal. *Endoscopy* 1985; 17:8.