

Subtotal Gastrektomi Ameliyatı Geçirmiş bir Hastada ERCP Sonrası Gelişen İntestinal Perforasyon

Intestinal Perforation Following ERCP In a Patient With Previous Gastric Resection
Genel Cerrahi

Başvuru: 25.02.2014
Kabul: 07.03.2014
Yayın: 27.03.2014

Bora Barut¹, Volkan İnce¹, Fatih Özdemir¹, Hüseyin Yönder¹

¹ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet

Endoskopik retrograd kolanjiyo-pankreatografi (ERCP), benign ya da malign pankreas ve safra yolu patolojilerinin tanı ve tedavisinde günümüzde sıklıkla uygulanan bir girişimdir. Normal üst gastrointestinal sistem anatomisinin bozulduğunda uygulanan ameliyatları geçirmiş olan hastalarda, ERCP işlemine bağlı komplikasyon gelişme riski daha yüksektir. Yaklaşık 15 yıl önce peptik ülser tedavisi için, subtotal gastrektomi, Billroth II ve kolesistektomi ameliyatı geçirmiş olan, 58 yaşındaki erkek hastada, koledokolitiazise bağlı ekstrahepatik kolestaz için yapılan ERCP sonrasında ince bağırsak perforasyonu gelişti. Bu yazıda, ince bağırsak primer onarımı ve koledok taşı aynı seansta cerrahi olarak tedavi edilen hasta sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: ERCP, Mide rezeksiyonu Perforasyon Billroth II

Abstract

Endoscopic retrograde cholangio-pancreatography (ERCP) is an often used actual intervention for the diagnosis and treatment of benign and malignant pancreas and biliary tract diseases. There is a high risk of complications due to ERCP after surgical procedures that changes the normal upper gastrointestinal tract anatomy. 58 year old male patient has the history of subtotal gastrectomy, Billroth II gastrojejunostomy and cholecystectomy for peptic ulcer treatment approximately 15 years ago. Small intestinal perforation occurred as a complication during ERCP due to choledocholithiasis & extrahepatic cholestasis. Here we report this case after primary small intestinal repair and surgical extraction of choledocholithiasis.

Keywords: ERCP, Gastric resection Perforation Billroth II

Giriş

Endoskopik retrograd kolanjiyo-pankreatografi (ERCP) benign ya da malign pankreatikobilyer patolojilerin tanı ve tedavisinde uygulanan bir prosedürdür. Pankreatit, kanama, kolanjit, duodenal perforasyon ve sepsis, % 5,4 – 11,2 oranında, ERCP sonrası görülebilen başlıca komplikasyonlar olup, % 0,1 – 1 sıklığında mortalite ile sonuçlanabilmektedirler¹⁻⁴. Bu komplikasyonlar arasında en ciddi olanı ise, % 23 'e kadar çıkan bir mortalite oranı ile duodenal perforasyondur^{5,6}. Perforasyonlar anatomik ve oluş mekanizmalarına göre sınıflandırılmışlardır ve cerrahi ya da konservatif olarak tedavi edilmektedirler (Tablo 1).

Perforasyon Tipi	Lokalizasyon / Oluş mekanizması
Tip I	Ampullanın uzağında duodenum medial yada lateral duvarında endoskopun ani açılmasıyla
Tip II	Ampulla vateri çevresinde yaralanma
Tip III	Distal safra yollarında yaralanma
Tip IV	Retroperitonda serbet hava

Tablo 1

ERCP sonrası perforasyonların anatomik ve oluş mekanizmasına göre sınıflandırılması (6).

Gastrointestinal sistemin normal anatomisinin bozulduğu hasta grubunda da ERCP gerektiren durumlarla karşılaşmakta ve bu hasta grubunda anatomi net olarak ortaya konulmazsa perforasyon gibi komplikasyonlar oluşmaktadır. Peptik ülser tedavisi için mide rezeksiyonu ve kolesistektomi yapılmış bir hastada koledokolitiazis gelişmiş ve ERCP ihtiyacı doğmuştur. Bu yazımızda, ERCP sonrası ince barsak perforasyonu gelişen hastanın cerrahi tedavisi sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

Yaklaşık 15 yıl önce peptik ülser tedavisi için, subtotal gastrektomi, Billroth II ve kolesistektomi ameliyatı geçirmiş olan, 58 yaşındaki erkek hastada, koledokolitiazise bağlı ekstrahepatik kolestaz için yapılan ERCP sonrasında karın ağrısı, karında şişlik, bulantı, kusma şikayeti gelişmesi üzerine tarafımızdan değerlendirildi. Hastanın fizik muayenesinde; Tansiyon arteriyel (TA): 110/60 mmHg, Ateş: 37,1°C, karında yaygın hassasiyet, rebound ve defans mevcuttu. Dinlemekle barsak sesleri azalmıştı. Laboratuvar değerleri; lökosit: 15,5 x10³/mL, hemoglobin: 11,2 gr/dl, total bilirubin: 5,35 mg/dl, direkt bilirubin: 4,0 mg/dl, aspartat aminotransferaz (AST): 115 U/L, alanin aminotransferaz (ALT): 90 U/L, alkalen fosfataz (ALP): 683 U/L, gama glutamiltransferaz (GGT): 1168 U/L idi. PA AC grafisinde diyafragma altında serbest hava mevcuttu (Şekil 1).



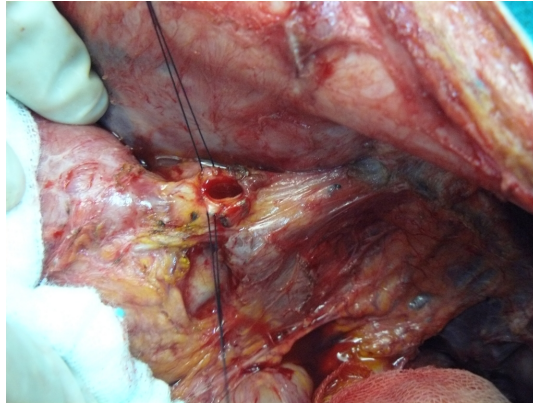
Şekil 1 : PAAC grafide diyafragma altında serbest hava

Hasta acil operasyona alındı. Eski göbek üstü median insizyon skarı üzerinden laparotomi yapıldı. Karında yaygın safıralı mayi mevcuttu. Geçirilmiş operasyona bağlı yaygın yapışıklıklar giderildi. Ekspozure sağlamak amacıyla insizyon sağ laterale uzatıldı. Hastaya daha önce subtotal gastrektomi, Billroth II, kolesistektomi ameliyatı yapılmış olduğu görüldü. Perforasyon alanının, gastroenterostominin kısa jejunum ansında Treitz'a yaklaşık 2-3 cm mesafede ve yaklaşık 1x1 cm ebadında olduğu görüldü (Şekil 2).



Şekil 2 : Treitz'ın 2 cm distalindeki 1x1 cm'lik perforasyon

Batın içi safralı mayi aspire edilerek perforasyon alanı 3/0 vikril, 3/0 prolene çift kat olacak şekilde onarıldı. Ekstrahepatik kolestaz nedeniyle porta hepatis eksplore edildi. Koledok, hepatik arter ve portal ven görüldü, koledok askıya alındıktan sonra koledokotomi yapıldı (Şekil 3).



Şekil 3 : Koledokotomi ve askı sütürleri

Ortak hepatik kanalda taş palpe edildi. Forceps yardımıyla taşlar çıkartıldı. Koledok serum fizyolojikle yıkandı ve debrisler temizlendi. Koledoğa 16 Fr, T-tüp yerleştirilerek kontrol kolanjiografi çekildi (Şekil 4).



Şekil 4 : Peroperatif taş ve debrisler temizlendikten sonra çekilen kolanjiyografi

Safra yollarında dolma defekti izlenmedi. Primer onarım alanına ve T-tüpün yanına birer adet dren konuldu ve operasyon tamamlandı. Postoperatif 4. gün oral metilen mavisi verildi, kaçak saptanmadı ve oral gıda alımına başlandı. Postoperatif 15. gün kontrol T-tüp kolanjiyografi (Şekil 5) çekilerek T-tüp alındı, bir gün sonra batın klavuz dreni çekilen hasta şifa ile taburcu edildi.



Şekil 5 : Postoperatif 14.gündeki kolanjiyografi

Tartışma ve Sonuç

ERCP sonrası perforasyon ciddi bir komplikasyondur. Özellikle geç fark edildiğinde mortal sonuçlara neden olabilir. ERCP sonrası karın ağrısı gelişen her hastada perforasyon göz önünde tutulmalıdır. Tanıda fizik muayene, laboratuvar ve radyolojik tetkikler son derece önemlidir. ERCP sonrası perforasyon, duodenumun

medial-lateral duvarı, ampulla vateri çevresi ve ana hepatik kanalda gelişebilir. Direkt grafide, peritoneal ya da retroperitoneal serbest hava görülmesiyle tanı konulur. ERCP sonrası perforasyon sınıflamasına göre Tip I-II ve III perforasyonu olan hastalarda tedavi cerrahi iken, Tip IV perforasyonu olan hastalar klinik duruma göre konservatif izlenebilir. Olgumuz, geçirilmiş mide rezeksiyonu nedeniyle bu sınıflama dışında kalmış ve anatominin net olarak ortaya konulamaması nedeniyle perforasyon ince barsakta oluşmuştur. Acil ameliyata alınan hastanın hem perforasyonu hem de kolestaza yol açan koledokolityazisi aynı seansta tedavi edilmiştir. ERCP ile uğraşan gastroenterolog ve genel cerrahların bu hasta gurubunda ince barsak perforasyonu ihtimalini de akılda tutmaları gerekmektedir. Ayrıca ERCP sonrası perforasyon şüphesi ile operasyona alınan gastrektomili hastalarda, jejunum anslarının da kontrol edilmesi gerekmektedir.

Sonuç

Geçirilmiş mide rezeksiyonu ve kolesistektomili hastamızda koledokolityazis nedeniyle ERCP ihtiyacı doğmuş ve anatomi ortaya konamadığı için ince barsak perforasyonu gelişmiştir. Acil ameliyata alınan hastanın hem perforasyonu onarılmış hem de koledokolityazisi aynı ameliyatta tedavi edilmiştir.

Kaynaklar

1. Christensen M, Matzen P, Schulze S, Rosenberg J. Complications of ERCP: a prospective study. *Gastrointest Endosc.* 2004; 60: 721-31.
2. Vandervoort J, et al. Risk factors for complications after performance of ERCP. *Gastrointest Endosc.* 2002; 56: 652-6.
3. Masci E, et al. Complications of diagnostic and therapeutic ERCP: a prospective multicenter study. *Am J Gastroenterol.* 2001; 96: 417-23.
4. Zissin R, et al. Retroperitoneal perforation during endoscopic sphincterotomy: imaging findings. *Abdom Imaging.* 2000; 25: 279-82.
5. Preetha M, et al. Surgical management of endoscopic retrograde cholangiopancreatography-related perforations. *ANZ J Surg.* 2003; 73: 1011-14.
6. Stapfer M, et al. Management of duodenal perforation after endoscopic retrograde cholangiopancreatography and sphincterotomy. *Ann Surg.* 2000;232:191-8.