

Diskonnekte Pankreatik Kanal Sendromuna Bağlı Pankreatik Fistülde Roux-en-Y Drenaj

Roux-en-Y drainage of a pancreatic fistula for disconnected pancreatic duct syndrome: Case Report
Genel Cerrahi

Başvuru: 16.03.2014
Kabul: 08.04.2014
Yayın: 13.05.2014

Fatih Sümer¹, Tahsin Dalgıç², Erdal Birol Bostancı², Musa Akoğlu²

¹ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
² Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi

Özet

Ana pankreatik kanal ile devamlılığı kesilen pankreas segmentinde eksternal fistül gelişebilir. Pankreas fistüllerinde tedavi yönetimi zordur. Bu makalede diskonnekte pankreatik kanal sendromu için Roux-en-Y pankreatik fistülojejunostomi yapılan hastanın sonuçları değerlendirilmiştir.

Anahtar kelimeler: *Diskonnekte pankreatik kanal sendromu, Fistülojejunostomi*

Abstract

The pancreatic fistula may occur from disconnected pancreatic duct syndrome where a segment of the pancreas is no longer in continuity with the main pancreatic duct. The management of pancreatic fistula is difficult. To study the outcome of patient treated using Roux-Y pancreatic fistula jejunostomy for disconnected pancreatic duct syndrome.

Keywords: *Disconnected pancreatic duct syndrome, Roux-en-Y pancreatic fistula jejunostomy*

Giriş

Pankreatik fistüller (PF) akut pankreatit, pankreas cerrahisi, pankreas travması veya pankreas psödokistine bağlı olarak gelişirler. İnsidansı % 10-40 arasında değişmektedir. Pankreatikoduedonektomiye göre distal pankreatektomilerde görülme insidansı daha yüksektir. Buna ek olarak kronik pankreatit zemininde pankreatektomi yapılmış olan hastalarda pankreatik fistül oranı %3-10, akut pankreatite bağlı nekrozektomi yapılan olgularda ise fistül oranı %15-17 olarak değişmektedir¹. PF tanımında, literatürde farklı tanımlar kullanılmıştır. Uluslararası pankreatik fistül çalışma grubu (ISGPF) tarafından 2005 yılında PF tanımı standardize edilerek klinik duruma göre grade A, B, C şeklinde sınıflandırılmıştır. Bu sınıflama, farklı çalışmaların karşılaştırılabilmesine imkan sağlamıştır²⁻⁴.

Pankreatik fistüllere bağlı olarak hastalarda beslenme bozuklukları, sıvı elektrolit dengesizliği, kanama, sepsis gibi ciddi morbidite oluşturacak klinik tablolar gelişebilir⁴. Pankreatikokutanöz fistüllerde medikal ve endoskopik tedavi yöntemleri denenmesi sonrasında çözüm bulunamaması durumunda cerrahi tedavi seçeneği gündeme gelir. Daha önceden pankreas cerrahisi geçirmiş hastalarda genellikle daha önce yapılmış olan anastomozların revizyonu veya pankreatik rezeksiyonlar yapılmaktadır. Ancak pankreatik reoperasyonlar teknik olarak zor ve morbiditesi %54,4 olan operasyonlardır⁵. Bu denli morbiditesi yüksek cerrahi işlemler yerine morbiditesi daha düşük, cerrahi teknik olarak daha kolay işlemler uygulanabilir. Pankreas rezeksiyonu gerektirmeyen, intraoperatif hemoraji ve komplikasyon oranlarının daha düşük olduğunu düşündüğümüz için fistülojejunostomi yapılan bir olguyu sunacağız.

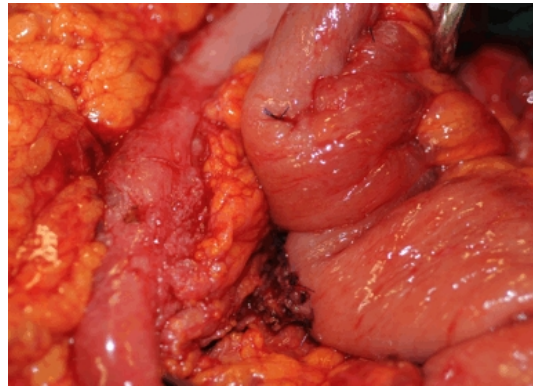
Olgu Sunumu

Daha önce geçirilmiş akut pankreatit atağına bağlı pankreas psödokisti tanısı konulan hastaya bir yıl önce

psödokist tedavisi için endoskopik olarak kistogastrostomi yapıldı. Yapılan işlem sonrasında kanama nedeni ile acil operasyona alındı. Operasyonda kistogastrostomi bozularak hemostaz kontrolü sonrasında psödokist için eksternal drenaj uygulandı. Postoperatif dönemde dren debisi 500 cc/ gün olarak devam eden hastaya endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP) ile pankreatik stent konmasına rağmen fistül debisinde azalma olmadı. Klinik olarak stabil seyreden hasta 6 ay takip sonrasında yapılan ERCP' de ana pankreas kanalından verilen kontrastın fistül traktına ulaşmadığı ve distal pankreas kanalının görülemediği izlendi. Hasta bu bulgularla eksternal pankreatik fistül ve diskonnekte pankreatik kanal sendromu tanısı ile operasyona alındı. Fistül traktı transvers kolon mezosunun yaklaşık 3 cm yakınına kadar eksize edildi. Hastaya daha fazla diseksiyon yapılmaksızın kolon mezosunun distalinden Roux N-Y fistülojejunostomi yapıldı. Postoperatif takiplerinde herhangi bir problem gelişmeyen hasta postoperatif 8. gün taburcu edildi.

Cerrahi prosedür

Genel anestezi altında hasta operasyona alındı. Eski insizyon skarı üzerinden orta hat kesi ile laparotomi yapıldı. Geçirilmiş operasyona sekonder yaygın yapışıklıklar vardı. Yapışıklıklar giderildi. Karın sol yan duvarından distal pankreasa giden dren bulunarak fistül traktı belirlendi. Kolon mezosu 3 cm distalinden fistül traktı tam olarak ortaya konularak dren çıkarıldı. Fistül traktının 7 mm çapında ve sağlam duvarlı olduğuna karar verildi. Tek tek prolen suturler kullanılarak uç-yan Roux en Y fistülojejunostomi yapıldı (Şekil 1).



Şekil 1 : Fistülojejunostomi anastomozu

Tartışma ve Sonuç

Pankreatik fistüller akut pankreatit, pankreas cerrahisi, pankreas travması veya pankreas psödokistlerine bağlı olarak gelişir. İnsidansı %10-40 arasında değişir. Özellikle perkütan yaklaşımların artmasından sonra eksternal pankreas fistülleri giderek artmaktadır^{5,6}. Diskonnekte pankreatik kanal sendromu şiddetli akut pankreatitin endoskopik veya cerrahi tedavi sonrasında görülebilen bir durumdur⁵. Diskonnekte pankreatik kanal sendromu pankreas gövdesinde ana pankreatik kanal epitelinde nekroz sonucu pankreatik kanal bütünlüğünün bozulmasına bağlı gelişen bir tablodur. Bizim olgumuzda kutanöz fistülü olan bir diskonnekte pankreatik kanal sendromlu hasta tartışılmaktadır. Bu tür olgularda tam duktal bozulma olmasından dolayı endoskopik tedavilere yanıt alınamamaktadır⁷. Bu nedenle inflamatuvar süreç yatıştıktan sonra cerrahi prosedürler ile hemen her zaman tedavi gerekmektedir. Cerrahi tedavide splenektomi eklenerek veya eklenmeksizin distal pankreatektomi, orta pankreas segmentine Roux-en-Y internal drenaj uygulanabilir. Ayrıca, pankreatik diseksiyon yapılmaksızın fistül traktına Roux-en-Y fistülojejunostomi yapılabilir.

Howard ve arkadaşları pankreatik fistülleri uç va yan fistüller olarak ayırmışlar ve yaptıkları çalışmada uç

fistüllerin kapanma ihtimalinin daha az, yan fistüllerin ise daha fazla olduğunu söylemişlerdir. Retrospektif olarak postoperatif pankreatik fistülü olan hastalarını inceleyen çalışmalarında yan fistülü olan 15 hastanın 13'ünde (%87), uç fistülü olan 15 hastanın ise 8'inde (%53) medikal tedavi ile fistülde kapanma gözlemişlerdir. Ortalama 26 haftalık takiplerinde yan fistüllerde kapanma süresinin (11 ± 7 hafta), uç fistüllerde (22 ± 14 hafta) daha uzun olduğunu ve kapanma oranının daha düşük olduğunu bildirdiler⁸.

Genel olarak ana pankreas kanalı ile ilişkisi kesilen distal kanal arasında hiçbir ilişki yoktur. Ana pankreatik kanal ile ilişkisi kesilen pankreas segmentinden oluşan pankreatik salgılar fistüle neden olur ve bu durumun tedavisinde distal pankreas rezeksiyonu veya internal drenaj uygulanması gerekmektedir⁸.

Duktal kesilme gözlenen eksternal pankreatik fistüllerde spontan kapanma oranı %18-64 arasında değişmektedir⁹. Eksternal pankreatik fistülün kapanmadığı olgularda cerrahi tedavi gündeme gelmektedir. Bu hastalarda pankreas başının drene olduğu ana pankreatik kanaldan ayrılmış bir distal segment bulunmakta olup bu segmentin gastrointestinal trakt ile bağlantısı kaybolmuş durumdadır. Bu durumda, hastaya yapılacak işlemde ya pankreatik doku ortadan kaldırılmalı ya da yeniden gastrointestinal sisteme drenaj sağlanması gerekmektedir. Distal pankreatektomi (dalak korunarak veya çıkarılarak) yapılabileceği gibi median segment Roux en-Y pankreatikojunostomi yapılabilir. Ancak yapılacak bu işlemler cerrahi diseksiyon alanının genişliği ve daha önceki işlemlere bağlı olarak teknik zorluklar nedeni ile morbiditesi yüksek işlemler olacaktır. Ayrıca bu hastalarda Roux-en-Y fistülojejunostomi yapılabilir. Fistülojejunostomide operasyon süresi daha kısa, kan transfüzyon ihtiyacı daha az ve pankreatik bölge diseksiyon ihtiyacı çok daha az olan bir cerrahi prosedürdür⁵. Postoperatif komplikasyonlar açısından orta pankreatik segmente yapılan Roux en-Y pankreatikojunostomi ile fistülojejunostomi kıyaslandığında sonuçlar benzer olup ikisi arasında anlamlı farklar tesbit edilememiştir¹⁰.

Karın içi yapışıklığın çok olduğu diskonnekte pankreatik kanal sendromu olgularının tedavisinde Roux –en Y fistülojejunostomi teknik açıdan kolay, morbiditesi düşük bir işlem olarak akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Yeo CJ, et al. Six hundred fifty consecutive pancreaticoduodenectomies in the 1990s: pathology, complications, and outcomes. *Ann Surg.* 1997;226:248–57.
2. Bassi C, et al. Postoperative pancreatic fistula: an international study group (ISGPF) definition. *Surgery.* 2005;138:8-13.
3. Fuks D, et al. Life-threatening postoperative pancreatic fistula (grade C) after pancreaticoduodenectomy: incidence, prognosis, and risk factors. *Am J Surg.* 2009;197:702–9.
4. Schmidt CM, et al. Pancreatic fistula following pancreaticoduodenectomy: clinical predictors and patient outcomes. *HPB Surg.* 2009;2009:404520.
5. Solanki R, Koganti SB, Bheerappa N, Sastry RA. Disconnected duct syndrome: refractory inflammatory external pancreatic fistula following percutaneous drainage of an infected peripancreatic fluid collection. A case report and review of the literature. *JOP.* 2011;12(2):177–80.
6. Alexakis N, Sutton R, Neoptolemos JP. Surgical treatment of pancreatic fistula. *Dig Surg.* 2004; 21:262–74.
7. Varadarajulu S, et al. Predictors of outcome in pancreatic duct disruption managed by endoscopic transpapillary stent placement. *Gastrointest Endosc.* 2005; 61:568–75.
8. Howard TJ, et al. Contemporary treatment strategies for external pancreatic fistulas. *Surgery.* 1998; 124:627-32.
9. Sandrasegaran K, et al. Disconnection of the pancreatic duct: an important but overlooked complication of severe acute pancreatitis. *Radiographics.* 2007;27(5):1389-400.
10. Howard TJ, et al. Roux-en-Y internal drainage is the best surgical option to treat patients with disconnected duct syndrome after severe acute pancreatitis. *Surgery.* 2001; 130:714-21.

