

■ Olgu Sunumu

Kırılmış pankreatik stentin balon kateter ile çıkarılması; pankreatik stent komplikasyonu

Removal of broken pancreatic stent balloon catheter; the pancreatic stent complication

Sami Çifçi¹ , Hüseyin Ataseven² 

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul/Türkiye.

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Gastroenteroloji Kliniği, Konya/Türkiye.

ÖZ

Kronik pankreatitte ağrı palyasyonu amacı ile pankreatik kanala stent yerleştirilmesi uygulanan bir yöntemdir. Özellikle dilate pankreatik kanalı ve taşı bulunan hastalarda yeterli drenajı sağlamak amacı ile takılmak istenen stentlerde migrasyon veya kırılma nadirde olsa rastlanılabilen durumlardır. Bu gibi durumlarda endoskopik tedavi yöntemleri ilk planda kullanılmakla beraber başarısızlık durumlarında ciddi sorunlar ile karşılaşılabilir. Biz burada ağrı palyasyonu amacı ile pankreatik kanala taktığımız ve lümen içerisinde kırılmış olan stentin balon kateter ile çıkartıldığı bir vakayı sunduk.

Anahtar kelimeler: karın ağrısı; pankreatit; stent.

ABSTRACT

Pancreatic duct stent placement is a procedure which is performed in chronic pancreatitis in order to palliation of pain. In patients with dilate pancreatic ducts and stones, migrations or fractures of the stents may rarely occur. In such cases endoscopic methods can be used as first plan treatment. However, in case of failure serious problems can be confront.

Here, we presented a case in which stent was inserted into pancreatic canal. The stent was broken in the lumen and then removed with a balloon catheter.

Keywords: abdominal pain; pancreatitis; stents

Sorumlu Yazar³: Sami Çifçi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul/Türkiye.

E-posta: samicifci@gmail.com

ORCID: 0000000185158760

Gönderim: 04.01.2018 Kabul: 26.04.2018

Doi: 10.21601/ortadogutipdergisi.375011

Giriş

Kronik pankreatitin iki majör klinik prezentasyonu ağrı ve pankreatik yetmezliktir fakat abdominal ağrı baskın özelliğindedir. Ağrı kronik pankreatitli vakalarda farklı seyirlerde olabilir. Alkole bağlı kronik pankreatitli 207 hastanın katıldığı bir araştırmada, iki tip ağrı paterninden bahsedilmiştir. Birinci tip ağrı daha çok 10 günden daha kısa süren ve ayaktan tedavi ile düzelebilen ve yıl içerisinde sık tekrarlamayan, ikinci tip ağrı olarak ise sık tekrarlayan ve uzamış bir süreye sahip hastane yatışı gerektiren bir ağrı paterninden bahsedilmektedir [1]. Bazı kronik pankreatitli vakalarda ise ağrı olmayabilir, ekzokrin ve endokrin olarak kronik pankreatit olduğu kanıtlanan bir seride yaklaşık %20 oranında abdominal ağrı bulgusunun olmadığı görülmüştür [2].

Endoskopik tedavi yöntemleri özellikle obstrükte ana pankreatik kanal veya oddi sfinkter disfonksiyonu bulunan hastalarda ağrıyı azaltmak için kullanılan yöntemlerdir. Taş ve yapışıklığa bağlı darlığı bulunan kronik pankreatitli yaklaşık 1018 hastanın alındığı çok merkezli bir çalışmada çeşitli endoskopik yöntemler kullanılmış ve işlem yapılan hastaların büyük çoğunluğunda ağrıda belirgin rahatlamanın olduğu görülmüştür. Dekompresyon prosedürleri genel olarak dilate ana pankreatik kanalı bulunan kronik pankreatitli hastalarda refrakter ağrı tedavisi için önerilmekle birlikte cerrahi tedavi öncesi önemli bir seçenek olarak görülmektedir [3,4].

Biz burada kronik pankreatiti bulunan ve ağrı palyasyonu amacı ile pankreatik kanala takılmış olan bir stentin kırılması sonucu oluşan bir komplikasyonu sunduk.

Olgu

Tip-2 diyabetes mellitus, hiperlipidemi ve kronik pankreatit tanıları mevcut olan 64 yaşında kadın hasta, son zamanlarda karın ağrısı şikayetinin artması üzerine kliniğimize başvurdu. Yapılan tetkiklerinde amilaz: 129 U/L, lipaz: 348 U/L olması üzerine pankreatit alevlenmesi düşünülerek yatışı yapıldı. Endoskopik Ultrasonografik incelmesinde; Pankreas parankimi özellikle baş kısmında olmak üzere gövde ve kuyrukta da heterojen olup yer yer bal peteği görünümü mevcut idi. Parankim içerisinde 6-7 mm lik birkaç adet kalsifikasyon mevcut idi. Pankreatik kanal pankreas boyunca dilate ve tortioze görünümde idi, içerisinde özellikle baş kısmında taş ve kalsifikasyonlar gözlemlendi. Bunun üzerine ağrı palyasyonu amacı ile pankreatik kanala 7F plastik stent yerleştirildi. Klinik ve laboratuvar olarak belirgin düzelme olması üzerine taburcu edildi. Yaklaşık iki ay sonra epigastrik ağrı şikâyeti ile tekrar kliniğimize başvuran hastanın stenti floroskopi altında kontrol edildiğinde, stentin distal kısmının kopmuş olduğu ve proksimal kısmının ise pankreatik kanalda kaldığı izlendi (Resim-1). Hasta Endoskopik Retrograd Kolanjiopankreatografi (ERCP) işlemine alındı, pankreatik kanal kanülize edilerek ufak bir sfinkterotomi sonrası balon kateter yardımı ile kırılmış stent parçası çıkarıldı (Resim-2). Pankreatit profilaksi-

si için yeni bir stent takılarak işleme son verildi. Hastanın takiplerinde karın ağrısı belirgin olarak düzelmesi üzerine taburcu edilerek poliklinik kontrolü önerildi.



Resim 1. Skopi altında pankreatik kanal.



Resim 2. Kırılmış stent.

Tartışma

Kronik pankreatitli hastalarda pankreatik kanala stent takılmasıdaki temel amaç, pankreatik kanal içerisindeki basıncı düşürerek ağrıda rahatlama sağlamaktır. Ağrı tedavisinde invaziv yöntemler olarak endoskopik ve cerrahi tedavi seçeneklerini sayarsak hangi hastaya ne zaman bu tedavilerin uygulanması gerektiği hala tartışma konusudur.

Cahen ve arkadaşlarının yapmış olduğu prospektif bir çalışmada pankreatikojenostominin endoskopik tedavilere oranla daha üstün olduğunu komorbiditesi bulunan hastalarda ise endoskopik yöntemlerin kullanılması gerektiğini belirtmektedir [5]. Dite ve arkadaşlarının [6] yapmış olduğu 140 obstrüktif kronik pankreatitli hastayı içeren randomize prospektif bir ça-

İşlemlerde, 64 hastaya endoskopik tedavi, 76 hastaya ise cerrahi tedavi uygulanmış. Her iki yaklaşımda da erken dönemde benzer oranlarda ağrıda rahatlatma olurken, uzun dönemde cerrahi yapılan grupta ağrı palyasyonunun daha iyi olduğu, stentli grupta ise bu oranın daha düşük olduğu belirtilmiştir. Çeşitli yazarlar kronik pankreatite bağlı kronik abdominal ağrısı bulunan hastalar için pankreatik kanala stent takılmasının daha güvenli ve efektif olduğunu belirtmektedirler[7,8]. Tringali ve arkadaşlarının[7] yapmış olduğu bir meta analizde, pankreatik kanalda taşı bulunan ve özellikle erken dönem kronik pankreatitli hastalarda extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) ile birlikte endoskopik tedavilerin ağrı yönetiminde çok etkili olduğunu belirtmişlerdir. Yine pankreatik kanalda striktürel darlığı bulunan hastalarda da pankreatik kanala tek veya multipl sayıda stent takılmasının etkili bir yöntem olduğunu belirtmektedirler. Cerrahi ve endoskopik tedavi yöntemlerini karşılaştıran sınırlı sayıda prospektif çalışma mevcut olması nedeni ile net olarak klinik sonuçlara ulaşmak mümkün olmasa da endoskopik tedavilerin daha az invaziv olması, tekrarlanabilir olması ve gelecekte olabilecek bir cerrahi girişime engel olmaması gibi yönleriyle avantajlı olduğu söylenebilir [8].

Dekompresyon amacı ile uygulanan pankreatik stentlerde enfeksiyon, oklüzyon, pankreatit, duodenal erezyon, duodenal perforasyon, stent kırılması, stentin proksimal veya distale migrasyonu gibi komplikasyonlar olabilmektedir. Pankreatik stent komplikasyonları arasında bulunan proksimal stent migrasyonu yaklaşık olarak % 5 oranında görülür bu durum kanalda morfolojik değişikliklere ve pankreatite sebep olabilir [9]. Pankreatik kanala yerleştirilmiş olan ve proksimale migrate olmuş olan biliyer stentlerin % 80 den fazlası forceps, snare, basket kateter ile direk olarak veya taş çıkarmak için kullanılan balon kateterler ile indirekt olarak çıkarılabilir. Gong ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, 5F ve 7F pankreatik stentlerin proksimal migrasyonları endoskopik olarak tedavi edilmiştir[10]. Proksimal pankreatik kanal öncelikle pankreatik sfinkterotomi, dilatasyon balonu veya buji ile dilate edilmiş. Dilatasyon sonrası balon kateter ile on beş hastanın dokuzunda stentler başarılı bir şekilde çıkartılırken başarısız olunan hastalarda forceps, snare, basket kateter gibi diğer yöntemler kullanılarak tüm kateterler çıkartılmıştır.

Literatüre bakıldığı takdirde proksimal stent migrasyonunun çok da nadir olmadığı görülmektedir. Literatürden farklı olarak bizim vakamızda stent kırılmış ve alt ucu pankreatik kanal içerisine saplanmış idi. Grasp forceps ile yapılan ilk denemede kateter penetre olduğu yerden ekarte edilemedi ve bu nedenle işlem başarısız oldu. Balon kateter kullanarak yapılan ikinci denemede öncelikle saplanmış olan alt ucu serbestleştirdik, sonrasında balon indirildi biraz daha distal kısımda tekrar şi-

şirilip çekilerek indirekt olarak kırılmış olan stent parçası papil ağzına kadar getirildi ve forceps ile tutularak çıkartıldı.

Balon ile migrate olmuş olan stentlerin çıkarılması en sık kullanılan yöntem olmasına rağmen standart bir yaklaşım henüz oluşmamıştır. Hasta bazında işlem ve değerlendirilme yapılmalı aksi takdirde yanlış tercihler başarısızlıklara neden olmaktadır. Bizim vakamızda olduğu gibi alt ucu kanal içerisine kısmen de olsa penetre vakalarda, alt ucun serbestleştirilmeden kateterin çıkarılması esnasında ciddi doku hasarının oluşabileceği ve cerrahi müdahale ile sonuçlanabilecek durumlar ile karşılaşılacağı unutulmamalıdır. Bu nedenle doğru yöntemin kullanılması komplikasyon oranlarını azaltacaktır.

Çıkar çatışması / finansal destek beyanı

Bu yazıdaki hiçbir yazarın herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Yazının herhangi bir finansal desteği yoktur.

Kaynaklar

1. Layer P, Yamamoto H, Kalthoff L et al. The different courses of early- and late-onset idiopathic and alcoholic chronic pancreatitis. *Gastroenterology* 1994; 107: 1481.
2. Clark E. Pancreatitis in acute and chronic alcoholism. *Am J Dig Dis* 1942; 9: 428.
3. Rösch T, Daniel S, Scholz M et al. Endoscopic treatment of chronic pancreatitis: a multicenter study of 1000 patients with long-term follow-up. *Endoscopy* 2002; 34: 765.
4. Ahmed Ali U, Pahlplatz JM, Nealon WH et al. Endoscopic or surgical intervention for painful obstructive chronic pancreatitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 1.
5. Cahen DL, Gouma DJ, Nio Y et al. Endoscopic versus surgical drainage of the pancreatic duct in chronic pancreatitis. *N Engl J Med* 2007; 356: 676-84.
6. Díte P, Ruzicka M, Zboril V et al. A prospective, randomized trial comparing endoscopic and surgical therapy for chronic pancreatitis. *Endoscopy* 2003; 35: 553-58.
7. Tringali A, Boskoski I, Costamagna G. The role of endoscopy in the therapy of chronic pancreatitis. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2008; 22: 145-65.
8. Conwell DL: Motion-pancreatic endoscopy is useful for the pain of chronic pancreatitis: Arguments against the motion. *Can J Gastroenterol* 2003; 17: 61-63.
9. Chahal P, Baron TH, Petersen BT et al. Pancreatic stent prophylaxis of post endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis: spontaneous migration rates and clinical outcomes. *Minerva Gastroenterol Dietol* 2007; 53: 225-30.
10. Gong B, Sun B, Hao LX et al. Usefulness of an algorithm for endoscopic retrieval of proximally migrated 5Fr and 7Fr pancreatic stents. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2011; 10: 196-200.