

Olgu sunumu

Akut Nekrotizan Pankreatit

Hüseyin AYDIN ¹, Mürüvet AKIN ¹, Emel BOYRAZ ¹, Ergun TEMİZKAYA ²

¹ Gülkent Devlet Hastanesi Radyoloji Kliniği, ISPARTA
² Gülkent Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, ISPARTA

ÖZET

Akut pankreatit, pankreasın ödematöz ya da nekrotizan seyirli akut inflamasyonudur. Akut nekrotizan pankreatit genellikle komplikasyonlarla seyreder. Radyolojik görüntüleme (özellikle kontrastlı bilgisayarlı tomografi) akut pankreatitin tanısında, komplikasyonların ortaya konması ve tedavinin yönlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Biz bu çalışmada, ileus tablosunun ön planda olduğu, klinik ve laboratuvar bulguları akut pankreatit açısından tipik olmayan ve bu nedenle tanısı, gecikmeli olarak kontrastlı BT tetkiki ile ancak konabilen, akut nekrotizan pankreatitli bir olguyu sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Pankreatit; nekrotizan; tomografi

ABSTRACT

Acute necrotising pancreatitis

Acute pancreatitis is an acute edematous or necrotising inflammation of the pancreas. The necrotizing type usually manifests with complications. Diagnostic imaging, especially Contrast Enhanced Computerized Tomography (CECT), has a significant role in diagnosing acute pancreatitis, demonstrating its complications and establishing the appropriate management. We present a patient with dominating symptoms of ileus who achieved the diagnosis of acute necrotising pancreatitis via CECT scan 3 days after the initial symptoms.

Key Words: Pancreatitis; necrotising; tomography

GİRİŞ

Akut pankreatit pankreas parankiminin inflamatuvar bir hastalıdır. Klinik olarak genellikle hızlı başlayan üst karın ağrısına eşlik eden kusma, ateş, taşikardi, lökositoz, kanda ve idrarda amilaz yüksekliği ile karakterizedir. Klinik seyire göre hafif (ödematöz) ve şiddetli (nekrotizan) pankreatit olarak iki gruba ayrılır. Akut pankreatit tanısı bilgisayarlı tomografi (BT) ve magnetik rezonans (MR) ile %95 doğruluk ile konabilir. Radyolojik görüntüleme iki nedenden dolayı pankreatitte çok önemlidir. Birincisi akut interstisyel pankreatiti, akut nekrotizan pankreatitten ayırt edebilmesi; ikincisi peripankreatik ve sistemik komplikasyonların tanımlanmasıdır. Bu iki duruma göre hastanın tedavi şekli ve prognozu belirlenecektir¹.

OLGU

61 yaşında erkek hasta, 3 gün öncesinden başlamış gaz-gaita çıkaramama, hafif karın ağrısı, bir kez kusma ve karında şişkinlik şikayetleri ile başvurdu. Hastanın anamnezinde alkol almadığı, son 6 aydır anti-hiperlipidemik tedavi aldığı öğrenildi. Hastanın yapılan muayenesinde karında şişkinlik mevcuttu. Ancak belirgin rebound ve defans yoktu. Kan basıncı ve nabız normal sınırlarda, hafif lökositoz, karaciğer fonksiyon testleri ve BUN değeri hafif yüksek olarak bulundu.

Yazışma adresi:

Dr. Hüseyin AYDIN
Gülkent Devlet Hastanesi Radyoloji Bölümü, Isparta
e-mail: huseyinrad@yahoo.com
Yazının geldiği tarih : 05.05.2010
Yayına kabul tarihi : 24.08.2010

Bilirübinleri normaldi. Kan şekeri 174 mg/dl idi. Hastaya yapılan ayakta direkt batın grafisinde özellikle sol kadranda yer yer hava sıvı seviyeleri mevcuttu. Takip eden ayakta direkt batın grafisinde ince bağırsak tipindeki hava sıvı seviyelerinin sayısının gittikçe arttığı ve yaygınlaştığı dikkati çekti (Resim 1).

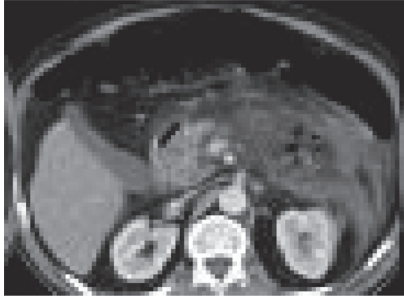


Resim 1. Ayakta direkt batın grafisinde batında yaygın hava-sıvı seviyeleri izlenmekte

Bunun üzerine ileus ön tanısıyla acil ultrasonografi (US) yapıldı. US incelemede batında ilk dikkati çeken, ince bağırsak anslarında belirgin dilatasyon ve peristaltizmde belirgin azalma idi. İzlenebilen pankreas baş kesiminde belirgin bir sonopatoloji dikkati çekmedi. Bağırsak ansları arasında ve karaciğer etrafında minimal serbest sıvı mevcuttu.

Safra kesesi ve safra yolları normaldi. US ile, mevcut olan ileus tablosunu açıklayacak yeterli bilgi elde edilememesi üzerine, hastaya IV kontrastlı tüm batın BT tetkiki yapıldı (Resim 2). BT tetkikinde, pankreasın gövde ve kuyruk kesiminde kontrast tutmayan ancak sınırları net olarak da

sınırlandırılmayan, içinde hava habbecikleri bulunan, yaklaşık 13x5 cm'lik heterojen hipodens lezyon alanları mevcuttu.

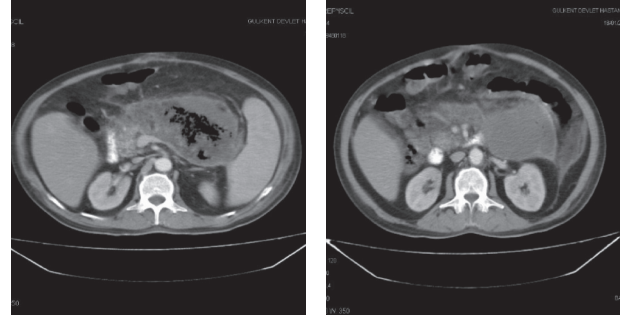


Resim 2. Pankreas gövde ve kuyruk kesiminde hava dansiteleri içeren kontrast tutmayan hipodens alanlar bulunduran doku kalınlaşması; peripankreatik yağ planlarını oblitere eden heterojen infiltrasyon alanları; Gerato fasyasında kalınlaşma izlenmektedir. Pankreas baş kesimi ödemlidir

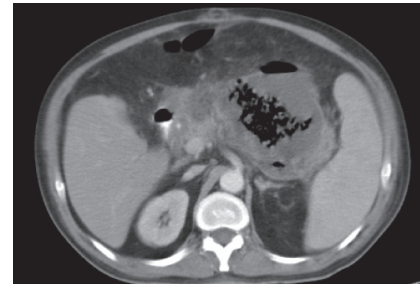
Pankreas başı ödemli olmakla beraber parankimal kanlanması homojendi. Peripankreatik yağ planlarında heterojen dansite artımları mevcuttu. Komşu sol Gerato fasyası kalınlaşmış ve perirenal yağ planları da kirli olarak izlenmekteydi. Bunun dışında ince bağırsak anslarında dilatasyon ve her iki hemitoraksta 1 cm kalınlığa ulaşan plevral efüzyon mevcuttu. Hastaya, BT bulgularıyla akut (nekrotizan) pankreatit tanısı konuldu. Hastanın ileus tablosunun şiddetlenmesi ve genel durumunun bozulması üzerine opere edildi. Operasyonda BT'de tarif edildiği gibi, pankreas dokusunun özellikle gövde ve kuyruk kesimin ileri derecede ödemli ve yer yer hemorajik olduğu, pankreas yüzeyinde yer yer nekroz odakları, peripankreatik dokularda yağ nekrozu, pankreas üzerinde, peripankreatik yağlı dokuda ve komşu transvers mezokolonda kalsiyum depozitleri izlendi. Treitz ligamentinden hemen sonra jejunal ansların transvers mezokolona yapıştığı görülmüş ve serbestleştirilmiştir. Postoperatif 7. günde gelişen ve kontrol edilemeyen septik ateş nedeni ile yapılan kontrol BT tetkikinde, pankreas orta ve kuyruk kesiminde, sol anterior pararenal mesafe ve omentum minusu dolduran kapsüler formasyonu tam oluşmamış abse formasyonu izlendi (Resim 3). Hasta antibiyotik tedavisine alındı. Ancak yaklaşık on gün boyunca tedaviye istenilen cevap alınmadığından, absenin boyutlarını ve yayılımını değerlendirmek amacıyla tekrar bir BT tetkiki yapıldı (Resim 4).

Apse boyutlarının arttığı, içindeki hava dansitelerinin genişlediği, konturlarının gerginleştiği, alt polde ekstra lokülasyonlar gösterdiği ve üst polünde hava-sıvı seviyesi verdiği görüldü. Apse, perkütan drenaj ile boşaltıldı. Kültüründe E. coli üredi.

Takiben hastanın ateşi düştü ve klinik düzelme görüldü.



Resim 3. Pankreas baş ve gövde kesimindeki ödematöz alan ile hipodens nekroz alanlarının genişlediği, içindeki hava dansitelerinin arttığı ve kuyruk kesiminde anterior pararenal mesafede koleksiyon geliştiği izlenmektedir



Resim 4. Pankreas gövde ve kuyruk kesimde anterior pararenal mesafeyi dolduran, boyutları artmış ve içinde hava-sıvı seviyesi bulunan abse formasyonu izlenmekte. Perirenal yağ planlarındaki heterojen dansite artımlarının gerilemiş olduğu izlenmektedir

TARTIŞMA

Akut pankreatit, pankreas bezinin akut inflamasyonudur. Pankreasın asiner hücrelerinde üretilen enzimlerin pankreatik kanal bütünlüğünün bozulmasıyla kanal dışına çıkması, pankreatik ve peripankreatik yağ nekrozuna yol açmaktadır.

Takiben inflamatuvar mediatörlerin de devreye girmesiyle olay sistemik bir hastalığa dönüşür.

Etyolojik faktörler arasında ülkemiz için en sık etken, safra kesesi taşları ve kronik alkol kullanımıdır. Bizim hastamızda safra kesesi ya da koledok taşı ve alkol alımı hikayesi yoktu. Ancak diğer etyolojik faktörlerden üçüncü sırada olan hiperlipidemi nedeni ile, hastamız ilaç tedavisi almaktaydı.

Akut pankreatit klinik olarak, %80'i hafif ve %20'si şiddetli pankreatit olarak iki şekilde seyredir. Hafif tipte temel patoloji interstisyel ödemdir. Şiddetli pankreatitte ise asıl patoloji nekrozdur. Bunların %40-60'ında sepsis ve buna bağlı ağır klinik tablo ortaya çıkar.

Şiddetli pankreatitte tüm tedavilere rağmen %15'lik bir mortalite söz konusudur¹. Akut pankreatitli hasta genellikle hızlı başlayan üst karın

ağrısı, bulantı, kusma, ateş, taşikardi, karında şişlik ile kliniğe başvurur. Fizik muayenede batında distansiyon, rebound, defans, bağırsak seslerinde azalma/kaybolma, nadiren de olsa periumbilikal kitle, flank ekimoz (Grey-Turner belirtisi) ve periumbilikal ekimoz (Cullen belirtisi) saptanabilir. Periumbilikal kitle, Grey-Turner belirtisi ve ileus en kötü prognostik fizik muayene bulgularıdır³.

Hastamızda ileus kliniği ön planda idi. Laboratuvar testlerinde genellikle lökositoz, kanda ve idrarda amilaz ve lipaz yüksekliği dikkat çekicidir. Özellikle amilaz yüksekliği pankreatit için oldukça önemlidir. Ancak hastalık başlangıcından 3-5 gün sonra kan seviyesi hızla düşer⁴.

Hastamızın şikayetlerinin başlangıcından 3 gün sonra, BT'de akut pankreatit bulguları saptanması üzerine, kanda amilaz bakıldı ve normal sınırlarda saptandı. Akut pankreatitte iki önemli sebepten dolayı radyolojik tanı önem kazanmaktadır. Bunlardan birincisi, uygun tedavi protokollerinin planlanması için şart olan akut interstisyel pankreatit ile nekrotizan pankreatitin birbirinden ayırt edilmesi, ikincisi ise peripankreatik ve sistemik komplikasyonların gösterilmesidir¹. Akut pankreatitte US ile, pankreas parankim ekasında azalma, kontur keskinliğinin kaybı ve doku kalınlığında artış görülebilir. Eşlik eden safra kesesi taşı ya da koledok taşı, peripankreatik sıvı koleksiyonu, vasküler komplikasyonlar (psödoanevrizma ve venöz trombus) tespit edilebilir⁵. Bizim hastamızda yoğun gaz artefaktı nedeni ile sadece pankreas baş kesimi izlendi ve normal olarak değerlendirildi.

Eşlik eden ince bağırsak dilatasyonu ve minimal sıvı saptandı. Safra kesesi ve safra yolları normal olarak değerlendirildi. BT incelemede pankreas konturlarında bulanıklaşma, boyutlarında artış, nekroz ile uyumlu kontrast tutmayan keskin sınırlı hipodens alanlar, peripankreatik yağlı dokuda heterojen dansite artışı, peripankreatik ya da ekstra pankreatik sıvı koleksiyonları, pankreasta hava dansiteleri, perirenal fasial kalınlaşma, ileus gibi bulgular saptanabilir⁶. Tüm bulgular bizim hastamızda mevcuttu. 1990 yılında hastalığın şiddetini değerlendirmek amacıyla, Balthazar ve ark.⁶, parankimal nekrozun ciddiyetini ve ekstraglandüler inflamatuvar süreci de içine alan karma bir indeks yayınlamışlardır (CT Severitey İndeks, CTSI). Bu indekse göre 0-10 arasında skorlama yapılmıştır. Bu skorlama ile, morbidite ve mortalite arasında mükemmel bir uyum görülmüştür. Örneğin CTSI skor 0-1 ise, morbidite ve mortalite yok kabul edilir. CTSI skor 2 olduğunda, mortalite değil ancak morbidite vardır. İndeks 7 ila 10 arasında ise, %17 mortalite ile sonuçlanır ve %92 komplikasyon gelişir. Bizim hastamızda bu skor 8-10 olarak hesaplandı.

Takipte komplikasyon olarak apse gelişti. Akut pankreatitte intrapancreatik ve peripankreatik sıvı koleksiyonları, pankreatik ve peripankreatik dokuların nekrozu, koleksiyonların enfektif forma dönüşmesi, nekroz enfeksiyonu, psödokist gelişimi ve vasküler komplikasyonlar (özellikle şiddetli akut pankreatitte) karşımıza çıkabilmektedir.

Pankreatik nekroz, genellikle peripankreatik yağ doku ile ilişkili, pankreas parankiminde lokal ya da diffüz nonviabl alanların bulunmasıdır. Pankreatik nekrozun saptanmasında dinamik BT altın standarttır. BT tanısı için pankreas parankimi içinde 3 cm'den büyük, diffüz ya da fokal, iyi sınırlanmış alanların bulunması veya pankreasın %30'dan fazlasının tutulması gerekli olan kriterdir. Pankreatik nekrozun BT ile gösterilmesindeki doğruluk oranı %90 olmasına rağmen sıvı koleksiyonu, peripankreatik yağ nekrozu ve hemorajinin varlığında da benzer heterojen dansiteler olduğundan, yöntemin duyarlılığı azalmaktadır².

Ayrıca nekrozda da hava dansiteleri gelişebilmektedir. Bizim olgumuzun ilk tetkikinde pankreas gövde ve kuyruk kesiminde kontrast tutmayan yamalı tarzda hipodens alanlar izlenmiştir. Akut sıvı koleksiyonları, akut pankreatitin seyri sırasında erken dönemde gland içinde ya da yanında oluşan ve duvarı olmayan sıvı koleksiyonlarıdır. Şiddetli pankreatit vakalarının %30-50'sinde bu tip sıvı koleksiyonları oluşur. Bizim vakamızda ikinci BT incelemede sınırları belirsiz sıvı koleksiyonu saptanmış, takiben hava-sıvı seviyesi veren iyi sınırlı apse formasyonunu saptanmıştır. Pankreatik apse, akut pankreatit sonrası pankreas komşuluğunda yerleşen pürülan koleksiyonlardır. Klinikte enfeksiyon tablosu hakimdir. Apse içerisinde hava habbeciklerinin görülmesi apse için spesifik değildir (pankreas psödokisti de komşu bağırsak ansını erode ettiği zaman pankreatikoenterik fistül oluşturarak kist içinde hava görünümüne neden olabilir). Morbidite ve mortalite (%40-60) yüksek olduğu için klinik ve radyolojik abse şüphesi varsa tanı ve uygun tedavi için mutlaka perkütan aspirasyon örneği ile mikrobiyolojik çalışma yapılmalıdır¹. Bizim hastamızda postoperatif 10. günde gelişen ve kontrol edilemeyen septik ateş nedeni ile yapılan BT tetkikinde, pankreas orta ve kuyruk kesiminde, sol anterior pararenal mesafe ve omentum minusu dolduran apse formasyonu izlendi. Apse perkütan drenaj ile boşaltıldı.

Kültüründe E. coli üredi. Takiben, hastanın ateşi düştü ve klinik düzelme görüldü. Enfekte nekroz, nekrotik pankreas veya peripankreatik nekroze dokuların enfeksiyonu olarak tanımlanır. Enfekte nekroz da, absede olduğu gibi, hava kabarcıkları içeren kontrast tutmayan heterojen pankreas parankim alanları olarak görülür. Apse ile enfekte

nekroz ayırıcı tanısı, uygun tedavi seçeneğini belirlemek için mutlaka yapılmalıdır.

Abseler perkütan olarak boşaltılırken, enfekte nekrozlarda cerrahi debridman yapılır. Apse ile enfekte nekrozun BT bulguları birbirine çok benzediğinden, perkütan aspirasyon ile patolojik-mikrobiyolojik inceleme yapmak gerekmektedir⁶.

Kontrastlı manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de⁷ akut pankreatitte oldukça yüksek duyarlılığa sahiptir. İnflamasyonun derecesi, pankreatik nekroz, akut peripankreatik sıvı koleksiyonları, pankreatik abseler, hemoraji, psödoanevrizma ve venöz tromboz gibi komplikasyonlar açısından oldukça değerli bilgiler verir.

Bizim olgumuzda BT ile tanı konulduğundan, MRG tetkiki yapılmadı.

SONUÇ

Akut pankreatit, ileus gibi atipik klinik semptomların ön planda olduğu ve tanısı geciktiğinde kan amilaz seviyesinin hızla normale dönmesi nedeniyle tanısı gecikebilen ciddi inflamatuvar bir hastalıktır. Akut pankreatitin tanısının hızlıca konması, seyirinin ve prognozunu belirlenmesi, komplikasyonlarının tespit edilmesi ve bu doğrultuda uygun tedavi yaklaşımlarının belirlenmesinde, kontrastlı BT' nin oldukça büyük önemi vardır.

REFERANSLAR

1. Acuras B. Pankreatitte Radyolojik Yaklaşım ve Terminoloji. Türk Radyoloji Dergisi 1999;34: 286-90.
2. Yüzer Y, Bildi A. Akut Pankreatit: Prognoz ve Klinisyenin Radyologdan Beklentileri. Türk Radyoloji Dergisi 1999;34:278-385.
3. Snodgrass PJ. Pankreasın patofizyolojisi: Akut pankreatitte klinik bulguların patogenezi. Sodeman's Fizyopatolojisi, Türkçe 2.cilt 1. Baskı Türkiye Klinikleri Yayınevi, Ankara 1992;1037-41.
4. Snodgrass PJ. Pankreasın patofizyolojisi: Akut Pankreatitte Laboratuvar Bulguların Patogenezi. Sodeman's Fizyopatoloji, Türkçe 2. Cilt, 1. Baskı, Türkiye Klinikleri Yayınevi, Ankara 1992;1041-3.
5. Middleton WD, Kurtz AB, Hertzberg BS. Pankreatit, Ultrason: Bilinmesi Gerekenler, 2. baskıdan çeviri, Okçu ÖS, Güven Bilimsel, İzmir 2008; 194-8.
6. Schaefer-Prokop C. Acute Pankreatitis. Spinal and Multislice Computed Tomography of the Body. Thieme 2003;530-6.
7. Siegelman ES. Akut Pankreatit. Body MRI, çeviri, Olgun DÇ, 1. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul 2008;109-15.