

# Pankreatikoduodenektomi ardından gelişen aferent ans obstrüksiyonuna bağlı sarılığın perkütan barsak drenajı ile tedavisi

Burhan Yazıcı, Alp Alper Şafak, Mevlüt Pehlivan, Taner Gökgöz

Burhan Yazıcı (E), Alp Alper Şafak, Taner Gökgöz  
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi,  
Radyoloji, Anabilim Dalı, Bolu

Mevlüt Pehlivan  
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi, Genel  
Cerrahi Anabilim Dalı, Bolu

**A**ferent ans obstrüksiyonuna bağlı sarılık çoğunlukla Billroth II gastrektomisi, daha az pankreatikoduodenektomi gibi biliyo-enterik anastomoz yapılan olgularda ortaya çıkan nadir bir komplikasyondur. Literatürde az sayıda aferent ans obstrüksiyonuna bağlı sarılık olgusu bildirilmiştir (1). Tanı ve tedavide gecikme yüksek mortalite ve morbiditeye neden olabilir (2). Bu yazıda pankreatikoduodenektomiyi takiben aferent ans obstrüksiyonuna bağlı sarılık gelişen bir olguya uygulanan perkütan barsak drenajı sonuçları sunulmakta ve bu tip sarılığın tedavi stratejileri literatür bilgileri eşliğinde gözden geçirilmektedir.

## Olgu bildirisi

Bir yıl önce pankreas başı karsinomu tanısıyla Whipple prosedürü uygulanan 65 yaşındaki erkek hasta insizyonel herni, insizyon yerinden başlayıp göbek etrafına yayılan künt vasıfta karın ağrısı, ateş, titreme ve kusma şikayetleri ile başvurdu. Kolanjit ve insizyonel herni tanısıyla hospitalize edildi. Fizik muayenede karında hassasiyet ve 39 °C'ye varan ateşi mevcuttu. Biyokimyasal incelemede total bilirubin 5,6 mg/dl, direkt bilirubin 4,1 mg/dl ve alkalin fosfataz değerlerinin 258 U/L olması nedeniyle obstrüktif sarılık ön tanısıyla abdominal ultrasonografik inceleme yapıldı. Ultrasonografik incelemede, sağ üst kadranda çapı yaklaşık 5 cm'ye varan, peristaltizm göstermeyen, içerisinde valvula konniventeler izlenen birkaç adet jejunal ans dikkati çekti (Resim 1). İntrahepatik ve ekstrahepatik safra yollarında hafif dilatasyon saptandı. Hastaya intravenöz ve oral kontrastlı abdominal bilgisayarlı tomografi incelemesi yapıldı. Karaciğerde santral intrahepatik safra yollarında dilatasyon (Resim 2), subhepatik bölgede oral kontrast madde ile opasifiye olmayan uniform çapta, ince düzgün duvarlı, sıvı dansitesinde multipl ans izlenmesiyle aferent ans obstrüksiyonu tanısı konuldu (Resim 3). Uygun medikal tedaviden sonra kolanjit kliniğinde düzelme olan hastaya operasyon planlandı. Yapılan eksplorasyonda ileri derecede abdominal yapışıklıklar ve karaciğerde multipl metastatik kitleler olduğu gözlemlendi. Hastanın sağ kalım süresinin kısa olduğu öngörülerek cerrahi işlem sonlandırıldı.

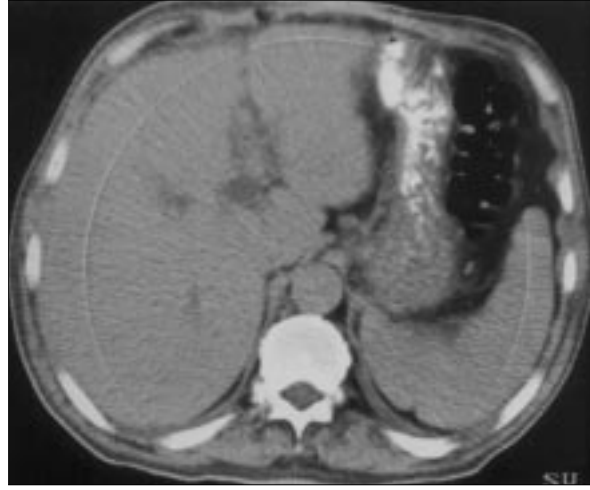
Postoperatif dönemde hastanın bilirubin değerleri giderek yükselerek total bilirubin 20,49 mg/dl'ye ulaştı. Hastanın genel durumu ve oral alımının bozulması üzerine perkütan barsak drenajına karar verildi. Drenaj yeri gastrojejunostomi ansına mümkün olduğu kadar yakın seçildi. US eşliğinde jejunal ans içerisine 10 F pig tail kateter yerleştirildi.

23. Ulusal Radyoloji Kongresi'nde (5-8 Kasım 2002, Antalya) sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Gelişi: 20.08.2002 / Kabulü: 13.12.2002



**Resim 1.** US'de çapı yaklaşık 5 cm'ye varan, içerisinde valvula konnivesler bulunan jejunal anslar görülüyor.



**Resim 2.** BT'de intrahepatik safra kanallarında hafif genişleme görülüyor.



**Resim 3.** BT'de karaciğer altında oral kontrast madde ile opasifiye olmayan ince ve düzgün duvarlı, sıvı dansitesinde anslar görülüyor.



**Resim 3.** Dilate jejunal ans içerisinde katetere ait ekojenik tübüler görünüm izleniyor.

(Resim 4). Günde ortalama olarak 600 cc safra drenajı oldu. Dördüncü haftada total bilirubin değerleri 2,5 mg/dl'ye geriledi. Genel durumu düzelen ve oral almaya başlayan hasta taburcu edildi.

### Tartışma

Aferent ans obstrüksiyonu, pankreatoduodenektominin seyrek bir komplikasyonudur. Çoğu olguda obstrüksiyon nedeni adezyon, internal herniasyon, kinkleşme, stomal stenoz, anastomoz bölgesini çevreleyen inflamasyon veya karsinoma bağlı aferent ansın mekanik obstrüksiyonudur. Tanı ve tedavide gecikme, yanlış tanı yüksek mortalite ve morbiditeye neden olabilir (2-4).

Literatürde, az sayıda aferent ans

obstrüksiyonuna bağlı sarılık olgusu bildirilmiştir. İngiltere ve Japonya literatüründeki, aferent ans obstrüksiyonuna bağlı sarılıklı olguların gözden geçirildiği bir çalışmada, 26 olgunun %75'inde cerrahi revizyonun başarıyla uygulandığı ve bunun bu tip sarılıklarda standart prosedür gibi gözüktüğü vurgulanmıştır (1). Olgumuzda, karaciğerdeki multipl metastatik nodül varlığı ve önemli derecedeki yapışıklıklar nedeniyle hastanın sağ kalım süresi göz önüne alınarak operatif drenajdan vazgeçildi.

Cerrahinin riskli olduğu düşünülen veya major bir cerrahi girişimi reddeden olgularda perkütan biliyer drenaj seçilecek tedavi yöntemidir. Perkütan transhepatik biliyer drenajın sepsis, intravasküler koagülopati ve kolanjit

gibi mortalite ve morbiditeyi artıran risk faktörlerinin, perkütan barsak drenajına göre daha yüksek olması nedeniyle, cerrahi drenajın uygulanmayacağı olgularda perkütan barsak drenajının seçilmesi gereken tedavi yöntemi olduğu belirtilmektedir (1). Bununla birlikte, perkütan barsak drenajı esnasında görülebilecek bazı komplikasyonlar da bildirilmiştir. Görülebilecek en önemli komplikasyonlardan biri, girişim esnasında, artmış intraluminal basınca sekonder kateter etrafındaki sızıntı nedeniyle peritoneal kontaminasyona bağlı peritonittir (5). Ancak, literatürde major peritoneal komplikasyon bildirilmemiş oans gelişebilecek lokalize peritonitin de medikal tedavi ile kolaylıkla tedavi edilebileceği, giriş yerindeki barsak muhte-

vasının gaz olması durumunda bu komplikasyonun da görülmeyeceği ifade edilmiştir. Değerlendirilmesi zor olmakla beraber, girişimin yapılacağı dilate barsak ansı ile abdominal duvar arasındaki yapışıklıkların sızıntıyı önlemede avantajlı olabileceği görüşü ileri sürülmüştür (1). Nadir de olsa drenaj kateteri etrafındaki nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonuna bağlı sepsis de bildirilmiştir (6). Ayrıca, safra kaybına bağlı malabzorpsiyon, sıvı-elektrolit imbalansı da bilinen komplikasyonlardandır.

Perkütan barsak drenajı için kullanılacak optimal kateter ve teknik konusunda bir fikir birliği olmadığı gibi tedavi sonuçları arasında da anlamlı farklılık yoktur (1,7).

### Kaynaklar

1. Moriura S, Takayama Y, Nagata J, et al. Percutaneous bowel drainage for jaundice due to afferent loop obstruction following pancreatoduodenectomy: Report of a case. *Jpn J Surg* 1999; 29:1098-1101.
2. Swayne LC, Love MB. Computed tomography of chronic afferent loop obstruction: A case report and review. *Gasrointest Radiol* 1985; 10:39-41.

Sonuç olarak, perkütan transhepatik biliyer drenaja göre daha düşük olmakla beraber, perkütan barsak drenajının da peritoneal kontaminasyon, sepsis, malabzorpsiyon, sıvı-elektrolit kaybı gibi potansiyel komplikasyon riskleri taşıması nedeniyle, cerrahi

drenaj ilk seçilmesi gereken tedavi yöntemi olmalıdır. Ancak, cerrahinin riskli olduğu düşünülen veya major bir cerrahi girişimi reddeden aferent ans obstrüksiyonlu olgulara perkütan barsak drenajı uygulanabilecek bir palyatif tedavi yöntemidir.

#### CASE REPORT: PERCUTANEOUS BOWEL DRAINAGE FOR JAUNDICE DUE TO AFFERENT LOOP OBSTRUCTION FOLLOWING PANCREATODUODENECTOMY

We present percutaneous biliary drainage in a patient with jaundice due to afferent loop obstruction following a pancreatoduodenectomy. Treatment strategy for this type of jaundice is discussed with a review of the literature. The dilated loop of the jejunum was drained percutaneously with 10 F abscess drainage catheter. The obstructive jaundice was improved.

Key words: • afferent loop syndrome • jejunum • catheterization • jaundice

TURK J DIAGN INTERVENT RADIOL 2003; 9:94-96

3. Ogata M, Ishikawa T. Acute afferent loop obstruction caused by retroanastomotic hernia. *J Ultrasound Med* 1993; 12:697-699.
4. Moriura S, Nakahara R, Ichikawa T, et al. Jaundice due to afferent loop obstruction following jejunal Roux-Y reconstruction. *Gasroenterol Surg* 1996; 19:1895-1899.
5. Bezreh JS. Percutaneous catheter drainage of closed-loop small-bowel obstruction. *AJR* 1983; 141:797-798.

6. Morita S, Takemura T, Matsumoto S, et al. Septic shock after percutaneous drainage of obstructed afferent loop. *Cardiovasc Intervent Radiol* 1989; 12:66-68.
7. Audisio RA, Bozzeti F, Severini F, et al. The occurrence of cholangitis after percutaneous biliary drainage: evaluation of some risk factors. *Surgery* 1988; 103:507-512.