

**Dr. Uğur YILMAZ, Dr. Tülin ŞAHİN, Dr. Aysel ÜLKER,
Dr. Musa AKOĞLU, Dr. Mehmet ŞENGÖR, Dr. Perihan OĞUZ**

Özet: Endoskopik sfinkterotomi kullanım alanı giderek genişleyen önemli bir tanı ve tedavi yöntemidir. Endoskopik sfinkterotomiye bağlı yaygın ciltaltı amfizemi çok nadir görülen bir komplikasyondur. Semptomatoloji, laboratuvar bulguları ve prognosis bakımından oldukça demonstratif bir olgumuzu sunmayı uygun bulduk.

Anahtar Kelimeler: Endoskopik sfinkterotomi, retroperitoneal perforasyon, ciltaltı amfizemi

Endoskopik sfinkterotomi (ES) ilk olarak 1974 yılında Kawai ve Classen tarafından uygulanmıştır. O zamandan bu yana kullanım alanı giderek genişleyen ve önemi artan terapötik bir yöntemdir (1,2). Genellikle benign ve malign safra yolları darlıklarında protez yerleştirilmesi amacıyla, safra kesesi taşı ve safra yollarında obstrüksiyon olup operasyon riski fazla olanlarda, kolesistektomiden sonra görülen safra yolları taşlarında, bilier fistüllerde, papiller stenozda, sklerozan kolanjitte uygulanmaktadır (3-5). Akut kolanjit ve kolesistitde terapötik amaçla veya daha sonraki cerrahi tedavinin daha uygun koşullarda yapılmasına zemin hazırlamak için de sfinkterotomi uygulaması konusunda çok sayıda çalışma mevcuttur (4-6).

ES'de kanama, pankreatit, kolesistit, perforasyon gibi akut komplikasyonlar oluşabilmektedir. Retroperitoneal perforasyon % 0.5-1 oranında rastlanan, bazen mortal seyredebilen önemli bir

Summary: THE SUBCUTANEOUS EMPHYSEMA AND RETROPERITONEAL PERFORATION CAUSED BY ENDOSCOPIC SPHINCTEROTOMY

Endoscopic sphincterotomy is a procedure which is increasingly being used in the investigation or the treatment of patients. The subcutaneous emphysema is a very rare complication of the endoscopic sphincterotomy. We presented our case because of demonstrative symptoms, laboratory findings and prognosis.

Key Words: Endoscopic sphincterotomy, retroperitoneal perforation, subcutaneous emphysema

komplikasyondur (3, 6-8). Perforasyona bağlı yaygın cilt altı amfizemi ise çok nadir görülen bir durumdur. Semptomatolojisi, klinik seyri itibarıyla oldukça demonstratif olan bir olgumuzu sunuyoruz.

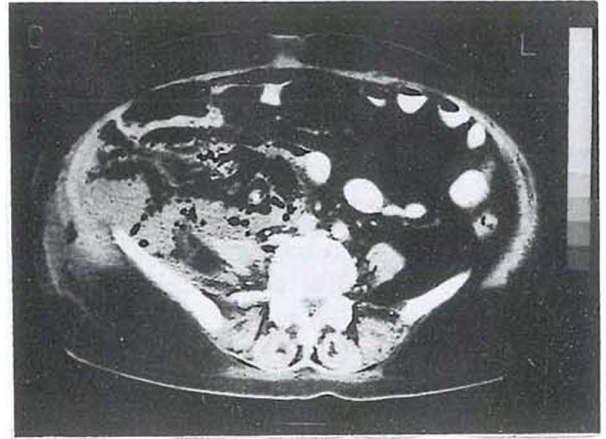
OLGU

Z. Ç. 58 y, kadın. 10 gündür sırta vuran karın ağrısı, ateş, bulantı, kusma, vücudunda sararma, idrar renginin koyulaşması yakınmaları ile başvurdu. 18 yıl önce kolesistektomi, 2 yıl, önce koroner by-pass operasyonları geçirmiş. Kalp yetmezliği ve diabetes mellitusu mevcut. Fizik muayenede cilt ve skleralar ikterik. Nabız 80/dk, TA 70/60 mmHg. Batın sağ üst kadranda hassas olup karaciğer 3-4cm ele geliyordu. Hematolojik ve biyokimyasal incelemelerde; lökositoz (16000/dl), hiperglisemi (230 mg/dl), hiperbilirubinemi (Total: 5.6 mg/dl, direkt: 3.7 mg/dl) saptandı. Alkalen fosfataz normalin 4.5 katı, kreatinin normalin 4 katı yüksek olup ALT ve AST hafif yüksekti. Ultrasonografide koledok ileri derecede geniş (16 mm), intrahepatik safra yolları dilate



Resim 1: ERCP sonrası gelişen ciltaltı anfizemi.

görünümdeydi. Yer yer kolanjitik abse odaklarını düşündüren görünüm mevcuttu. ERCP'de koledokta genişleme, taş ve çamur saptandı. Safra yolu direnaji ve taş ekstraksiyonu amacıyla ES yapılarak basket ve balon ile taş ekstrakte edildi, nazo-bilier dren kondu. Safra kültüründe pseudomonas üredi, ofloxacin 2x1 başlandı. Hastada gelişen yüksek ventrikül hızlı atrial fibrilasyon tıbbi müdahale ile düzeltildi. ERCP'nin 2. günü anüri gelişmesi üzerine hasta dialize alındı. 4. gün spontan diürez başladı. 10. gün lökosit sayısı, bilirubinler, kreatinin normal düzeye indi, NBD çıkarıldı. 14. gün kolanjit bulgularının tekrar ortaya çıkması üzerine yapılan ultrasonografide daha önce tespit edilen bulguların devam ettiği görüldü. İkinci kez yapılan ERCP'de koledok alt ucunda daha önceki ERCP'de gözden kaçan bir taşın koledokta sıkışmış olduğu saptanarak sfinkterotominin genişletilmesine karar verildi. Taş ekstrakte edildikten ve duodenoskop çıkarıldıktan kısa bir süre sonra periorbital dokudan başlayan, boyuna ve daha sonra tüm vücuda yayılan cilt altı amfizemi saptandı (Resim 1). Retroperitoneal perforasyon tanısı konularak



Resim 2: Perforasyon sonrası retroperitoneal alanda gelişen kolleksiyonun ve ciltaltı anfizeminin CT görünümü.

nazo-gastrik tüp takıldı. Total parenteral beslenme ve geniş spektrumlu antibiotik tedavisine başlandı. Perforasyonun 5. günü cilt altı amfizemi bulguları kayboldu. Ultrasonografide retroperitoneal alanda kolleksiyon saptandı ve bu CT ile doğrulandı (Resim 2). Perkütan direnaj uygulanarak 400cc pürülan vasıfta mayi boşaltıldı. Diren materyalinin safra vasıf alması üzerine fistül gelişimi düşünüldü. Direnden verilen opak maddenin duodenuma geçtiği saptanarak fistül tanısı konuldu. Perforasyonun 26. günü göğüs ağrısı, taşikardi, hipotansiyonu takiben hasta kaybedildi.

TARTIŞMA

Endoskopik sfinkterotomide erken komplikasyon sıklığı % 5-8 arasında değişmektedir. Bu oran ES'nin uygulandığı 16 yıllık periyotta, yöntemin uygulanmasındaki deneyimin artmış olmasına paralel olarak azalmış olmakla beraber önemini korumaktadır (5,9). Perforasyon erken komplikasyonlar içinde nadir görülenlerden olup görülme sıklığı yayınlarda %0.5-1 arasındadır (3,4,9). Kliniğimizde 3 yıllık sürede yapılan 344 ES olgusunda yalnızca olgumuzda perforasyon görülmüştür (% 0.3).

Perforasyonun en sık nedeni sfinkterotomi boyunun uzun tutulmasıdır. Papiller stenozda yapılan ES'de yüksek perforasyon riski vardır (10). "Pre-cut papillotomi" ile yüksek perforasyon riski olduğu bildirilmektedir (11).

Perforasyon asemptomatik seyredildiği gibi değişik semptomlarla da kendini gösterebilir. ES sırasında veya işlemden sonra ani başlayan ağrı en sık saptanan semptomdur. Yayınlanan olgularda perforasyona ait semptomlar ve ortaya çıkış süreleri değişmektedir. Semptomların perforasyonu takiben başlayabildiği gibi birkaç gün sonra da ortaya çıktığı bildirilmektedir (7,12,13). Tanının retrospektif olarak ortaya konulduğu da bildirilmiştir (8,14). Ağrı ateş barsak seslerinde azalma veya ileus gelişimi perforasyon belirtileri olarak kabul edilip ayakta direkt batın grafisi, ultrasonografi ve CT incele-

melerinin yapılması önerilmektedir (7,8,12).

Perforasyon tedavisinde genel olarak konservatif yaklaşım önerilmektedir. Bazı merkezler ilk 8 saatte tüm vakalarda cerrahi girişim uygulamaktadırlar (11). Olgumuzda kardiyak, renal ve metabolik problemlerin büyüklüğü cerrahi girişim seçeneğini ortadan kaldıracak nitelikteydi. Taradığımız literatürlerde amfizemle seyreden retroperitoneal perforasyon olgularında amfizemin ertesi gün veya geç dönemde geliştiği gözlenmiştir (15). Amfizemin ani başlaması ve yaygın olması olgumuzun ilginç yönünü oluşturmaktadır.

KAYNAKLAR

- Claseen M., Safrany L. Teknokte; Endoscopic papillotomy and removal of gallstones. *Br Med J* 1975; 4: 371-4.
- Kawai K., Akasaka Y., Murakami M., et al. Endoscopic sphincterotomy of the ampulla of Vater. *Gastrointest Endosc* 1974; 20: 148-51.
- Cotton PB. and Vallon AG.; British experience with duodenoscopic sphincterotomy for removal of bile duct stones. *Br J Surg* 1981; 68: 373-75.
- Ghazi A., McSherry CK. Endoscopic retrograde cholangio-pancreatography and sphincterotomy. *Ann Surg* 1984, 199 (1): 21-27.
- Simon DM., Brooks WS., Hersh T. Endoscopic sphincterotomy: a reappraisal. *Am J Gastroenterol* 1989; 84 (3): 213-219.
- Escourrou J., Cordova JA., Lazorthes F., et al. Early and late complications after endoscopic sphincterotomy for biliary lithiasis with and without the gall bladder 'in situ.' *Gut* 1984; 25: 598-602.
- Byrne P., Leung JWC., Cotton PB., . Retroperitoneal perforation during duodenoscopic sphincterotomy. *Radiology* 1984; 150: 383-384.
- Neoptolemos JP., Harvey MH., Slater ND., et al. Abdominal wall bile staining and 'biliscrotum' after retroperitoneal perforation following endoscopic sphincterotomy. *Br J Surg* 1984; 71: 684.
- Leese I., Carr-Locke DL., Neoptolemos J. .Successes, failures and complications of endoscopic sphincterotomy. *Gut* 1984; 25: A549.
- Cotton PB. Endoscopic management of bile duct stones; (apples and oranges). *Gut* 1984; 25: 587-97.
- Booth FV., Doerr RJ., Khalafi RS., et al. Surgical management of complications of endoscopic sphincterotomy with precut papillotomy. *Am J Surg* 1990; 159: 132-136.
- Lambiase RE., Cronan JJ., Ridlen M. Perforation of common bile duct during endoscopic sphincterotomy: recognition on computed tomography and successful percutaneous treatment. *Gastrointest radiol* 1989; 14: 133-36.
- Viceconte G., Viceconte GW., Pietropaulo V., et al. Endoscopic sphincterotomy: indications and results. *Br J Surg* 1981; 68: 376-380.
- Martin DF., Tweedle DEF. Retroperitoneal perforation during ERCP and endoscopic sphincterotomy: causes, clinical features and management. *Endoscopy* 1990; 22: 174-75.
- Gya D., Sali A., Angus D. Subcutaneous emphysema and pneumothorax following endoscopic sphincterotomy. *Aust N Z J Surg* 1989; 59: 900-902.