

Nadir bir akut karın nedeni: Pankreatit sonrası splenik hematom ve rüptür

A rare cause of acute abdomen: splenic hematoma and rupture resulting from pancreatitis

Fevzi Cengiz, Savaş Yakan, İlhan Enver

Pankreatit kaynaklı splenik subkapsüler hematom ve rüptür akut abdomenin nadir bir nedenidir. Bu yayında alkolizme bağlı kronik pankreatiti olan 38 yaşında bir kadın hastada 4 ay önce akut renal yetmezliğe neden olan bir pankreatik psödokistin drenajıyla ortaya çıkan yeni bir pankreatit atağına bağlı splenik hematom ve rüptür olgusu bildirilmiştir. Hasta pankreatik nekrozektomi ve splenektomi sonrası postoperatif 6. günde komplikasyonsuz bir şekilde taburcu edildi. Sonuç olarak, acil cerrahi müdahale gerektirebilen pankreatit atağının bir komplikasyonu olan splenik hematom erken tanıda akılda tutulmalı ve sonraki bir pankreatit atağı olasılığının varlığı ve takip kriterlerinin belirlenmesi amacıyla hızla radikal tedavi planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Subkapsüler splenik hematom, splenik rüptür, pankreatit, pankreatik psödokist

Splenic subcapsular hematoma and splenic rupture due to pancreatitis is a rare cause of acute abdomen. We report here a case of splenic hematoma and rupture resulting from a newly developing attack of pancreatitis due to drain life of pancreatic pseudocyst which had led to acute renal failure 4 months previously in a 38 year-old woman with chronic pancreatitis due to alcoholism. The patient underwent pancreatic necrosectomy and splenectomy, and was discharged on the 6th postoperative day without complication. We conclude that splenic hematoma, a complication of pancreatitis attack which may require emergency surgical intervention, must be kept in mind in order to make early diagnosis. Considering a possible subsequent attack of pancreatitis and determining follow-up criteria, radical treatment must be planned immediately.

Key Words: Subcapsular splenic hematoma, splenic rupture, pancreatitis, pancreatic pseudocyst

İzmir Bozyaka Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, 1. Genel
Cerrahi Kliniği, İzmir, Türkiye

Bu olgu, 18. Ulusal Cerrahi
Kongresi'nde (23-27 Mayıs 2012,
İzmir, Türkiye) poster bildirisi
olarak (Pb-48) sunulmuştur

*This case was presented as a
poster presentation (Pb-48) at the
18th National Surgery Congress,
23-27 May 2012, İzmir, Turkey.*

Yazışma Adresi
Address for Correspondence
Dr. Fevzi Cengiz

İzmir Bozyaka Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, 1. Genel
Cerrahi Kliniği, İzmir, Türkiye
Tel.: +90 505 357 31 24
e-posta: drfevzi@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 17.07.2012
Kabul Tarihi / Accepted: 29.07.2012
Çevrimiçi Yayın Tarihi /
Online Available Date: 28.05.2013

©Telif Hakkı 2013 Ulusal
Cerrahi Derneği

Makale metnine
www.ulusalcerahidergisi.org
web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2013 by Turkish
Surgical Association

Available online at
www.ulusalcerahidergisi.org

GİRİŞ

Pankreasa yakın komşuluğuna rağmen kronik pankreatitte splenik komplikasyonlar nadiren görülür ve kronik pankreatitli olguların %5'inden daha azı splenik komplikasyonlar nedeni ile opere edilirler (1). Bu komplikasyonların nasıl oluştuğu, ne zaman tespit edilebileceği ve nasıl bir tedavi stratejisi izleneceği literatürde net değildir. Bu çalışmamızda pankreas psödokisti nedeni ile daha önce perkütan drenaj yapılmış kronik pankreatitli olguda ardından gelişen ikinci pankreatit atağı sonrasında oluşan ve akut karın sebebiyle acil opere edilen splenik hematom ve rüptür olgusu sunulmuş ve literatür eşliğinde tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

Otuz sekiz yaşında kadın hasta karın ağrısı, bulantı, kusma şikâyeti ile dış merkezden acil servise sevk edildi. Anamnezinde kronik alkol tüketimi ve 4 ay önce akut böbrek yetmezliğine neden olan pankreatit atağı mevcuttu. O zamanki ultrasonografi ve karın tomografisinde epigastrik bölgeye uzanım gösteren 10x5 cm boyutlarında pankreas psödokisti tespit edilmiş ve girişimsel radyoloji tarafından perkütan girişim ile psödokisten 175 cc pü drane edilmiş. Drene edilen materyalde üreme olmaması, klinik durumunun düzelmesi ve diyaliz ihtiyacının kalmaması üzerine tolaren edilmiştir.

Aradan geçen sürede yakınması olmayan hasta kontrol için herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmamış ve takipsiz kalmış. Travma hikayesi olmayan hastanın acil serviste yapılan muayenesinde taşikardi (120/dakika), hipotansiyon (70/50 mmHg), karın distansiyonu, tüm kadranslarda defans ve hassasiyet mevcuttu. Laboratuvar bulgularında C-reaktif protein (CRP); 30,5 mg/dL, hemoglobin (Hb); 6,6 mm³, lökosit sayısı 17300/mm³ ve amilaz 323U/L olarak tespit edildi. Aspartat transaminaz (AST) ve alanin aminotransferaz (ALT) değerleri ve koagülasyon testleri normal sınırlardaydı. Yapılan karın ultrasonografisinde karın içerisinde perihepatik, perisplenik alan, Morrison poşunda ve Douglasta serbest sıvı ve dalak lojunda 120 mm çaplı heterojen görünümde solid ve kistik alanlar içeren lezyon izlendi. Karın tomografisinde pankreas kuyruk korpus bileşkesinde en büyük olanı 6 cm çapa ulaşan kistik yapılar ve dalak kapsülü içinde dalağa bası yapan heterojen özellikte sıvı koleksiyonu görülmüştür ve pankreatit, pankreas psödokisti, intrakapsüler ve ekstrakapsüler komponenti olan splenik hemoraji olarak raporlanmıştır (Şekil 1, 2).



Şekil 1. Pankreatik psödokist ile ilişkili splenik hematoma



Şekil 2. Pankreatit, pankreas psödokisti, intrakapsüler ve ekstrakapsüler komponenti olan splenik hemoraji

Resüsitasyonun ardından hasta acil olarak operasyona alındı. Laparotomide karın içinde yaklaşık 1500 cc serbest hemoraji, dalakta yaklaşık 12-13 cm çapa ulaşan, tüm dalağı çevreleyen ve hiler bölgeden rüptüre olan hematoma ve akut atağa bağlı pankreas ön yüzde nekroz tespit edildi. Hastaya splenektomi ve nekrozektomi yapıldı. Postoperatif komplikasyon izlenmeyen hasta 6. gün taburcu edildi.

TARTIŞMA

Pankreatit sonrası splenik subkapsüler hematoma ve rüptür görülmesi çok nadir bir komplikasyondur (2-4). Malka ve ark. (1) 500 pankreatitli olgu serisinde 11 olguda (%2,2) splenik komplikasyon görülmüş olup, bu olgulardan ikisinde splenik

hematoma (%0,4) tespit edilmiş ve bir olguda (%0,2) bizim olgumuzdaki gibi acil splenektomi gerekmiştir. Anatomi olarak pankreas kuyruğu ile splenik hilus ve splenik damarların yakın komşuluğu nedeniyle ciddi pankreatitlerde bu komplikasyonun görülmesi beklenebilir. Pankreatitte olası diğer splenik komplikasyonlar, splenik ven trombozu, arteriyel psödoanevrizma, intrasplenik pankreas psödokisti, apsesi, splenik subkapsüler enfeksiyon, hematoma, nekroz ve dalak rüptürü olup, bu komplikasyonlar %1-5 oranında görülmektedir (1, 5, 6). Kronik pankreatitli olgumuzda hemorajik şok, karında yaygın hassasiyet ve amilaz değerinde yükseklik mevcuttu. Çekilen acil karın tomografisinde pankreatit, pankreas psödokisti ve subkapsüler hematoma ve rüptürü tespit edilmiştir. Akut veya kronik pankreatitli hastada splenik komplikasyonun tanısı önemlidir. Tanı için öncelikle hikayesinde pankreatit olan olgularda bu komplikasyon akla getirilmeli ve sol üst kadranda bir kitle, sol omuza doğru yayılan ağrı, solda pankreatik plevral efüzyon, hemoglobin değerlerinde düşüklük, splenik ven oklüzyonu, distal psödokisti ve akut alevlenme sonrası pankreas kuyruğunda nekroz tespit edilen hastalarda splenik komplikasyonlardan şüphelenmelidir (1). Splenik komplikasyondan şüphelenen hastalardan ilk müdahalenin ardından hemen karın tomografisi çekilmelidir (4, 5, 7).

Pankreatit komplikasyonlarının etyolojilerinin bilinmesi, komplikasyonun tespiti ve takibi için gereklidir. Literatürde pankreatitte splenik komplikasyonların olası mekanizması, splenik damarda tromboz ve psödoanevrizma oluşumu, pankreas psödokistinin dalak hilusuna diseksiyonu ile splenik rüptür, splenik enfarktüs, arter kanaması veya venöz tromboz, pankreas kuyruğundaki enfeksiyon sürecinin splenik hilusa doğru yayılması ile hematoma oluşumuna neden olması ile açıklanmıştır (1, 6). Bu lokal faktörlerin yanı sıra koagülasyon bozuklukları da splenik hematoma patogeneğinde rol oynayabilir (8). Koagülasyon bozukluğu olmayan olgumuzda, akut böbrek yetmezliğine neden olan ağır bir pankreatit sonrası drene edilen psödokistin muhtemelen splenik hilusa doğru uzanan enflamasyonunun veya erozyonunun genişlemesine ve ardından subkapsüler hematoma neden olduğunu düşünmekteyiz.

Pankreatite bağlı subkapsüler dalak hematoma tedavisi yaklaşımı tartışmalıdır. Gözlem, perkütan drenaj ve cerrahi tedavi seçenekleridir. Etiyolojiye yönelik veya kanamada uygulanabilecek arteriyel embolizasyon oluşturulacak infarktın dalak volümünün %50'sinden daha azını içermesi gerektiğinden, %25 oranında dalak apsesine neden olması ve literatürde az sayıda olgu ve uzun dönem sonuçlarının bilinmemesinden dolayı sınırlıdır (9). Genellikle splenik patolojiler için kabul edilen görüş mümkün olduğunca konservatif yaklaşımdır. Pankreatite bağlı splenik komplikasyonların kendiliğinden regrese olduğu, iyileşme sürecinin 1 hafta ile 4 ay arasında değişmekte olduğu bildirilmiştir (7). Patel ve ark. (3) pankreatit sonrası gelişmiş 11,1x9,5 cm ebatlarındaki dev subkapsüler splenik hematoma konservatif olarak tedavi etmişler ve 4 ay sonra yapılan abdominal tomografide hematoma belirgin olarak rezolüsyon gösterdiğini bildirmiş ve hemodinamik olarak stabil, klinik düzelme gösteren olguların konservatif olarak tedavisini önermişlerdir. Benzer subkapsüler splenik hematoma (10x10 cm) 6 hafta izlendiği başka bir olguda ise hematoma çapında değişiklik olmadığı, pankreatitin tekrarlamasının ardından hematoma rüptüre olduğu ve pankreatit sonrası oluşan 5

cm'den büyük splenik hematomların, kliniğin düzelmediği olgularda perkütan drenaj veya laparotomi ile basıncın azaltılması için müdahale edilmesi ve izlemin 6 haftayı geçmemesi önerilmiştir (10). Önceki tetkiklerinde dalak patolojisi olmayan olguda 4 aylık takip ve tedavisiz bir süre sonrası karşılaşılan splenik hematomun, pankreasın sık bilinen diğer komplikasyonlarından farklı olarak muhtemel oluş zamanı ve izlenmesi gereken algoritma belli değildir. Olgumuzda da gördüğümüz gibi pankreatit sonrası meydana gelen splenik subkapsüler hematomun etiyojisini ortadan kaldırmadan, travmatik veya diğer splenik hematomlar ile aynı parametreler ile izlenmesinin ve olası pankreatit atağını beklemenin uygun olmadığı, splenik rüptür riskinin göz ardı edilmemesi gerektiği kanısındayız. Literatürde kronik pankreatitli hastalarda büyük splenik hematomun perkütan drenajının başarı ile yapılmış olduğu ve splenektominin önüne geçtiği olgu sunumları da mevcuttur (2, 6, 11). Splenik subkapsüler koleksiyon için perkütan drenaj uygulanabilir bir tedavi olabilir, ancak olgu seçimlerinde hemodinamik stabiliteye ve enfeksiyon parametrelerine dikkat edilmelidir. Splenik hematomun tedavisinde kan kaybı ve potansiyel splenik rüptürü önlemek için agresif davranılarak erken splenektomi de savunulmaktadır (1, 8, 10). Ayrıca kronik pankreatit seyri sırasında mevcut segmental portal hipertansiyon nedeni ile splenik hematomun rezolüsyonunun beklenmesinin riskli olduğu vurgulanmıştır (4).

SONUÇ

Akut ve kronik pankreatite bağlı splenik komplikasyonlar acil pratiğinde akılda tutulmalı, erken tanısı konulup yakın takip edilmelidir. Splenik komplikasyonların takip ve tedavisinde travmatik subkapsüler hematom takip ve tedavisindeki gibi hareket edilmemeli, izlem kriterleri belirlenmeli ve gelişebilecek olan bir sonraki pankreatit atağı da düşünülerek kısa sürede radikal tedavisinin planlanması gerektiği kanaatindeyiz.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması - F.C., S.Y., E.İ.; Verilerin elde edilmesi - F.C., S.Y.; Verilerin analizi ve yorumlanması - F.C., S.Y., E.İ.; Yazının kaleme alınması - F.C.

Conflict of Interest

No conflict of interest was declared by the authors.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions

Study concept and design - F.C., S.Y., E.İ.; Acquisition of data - F.C., S.Y.; Analysis and interpretation of data - F.C., S.Y., E.İ.; Preparation of the manuscript - F.C.

KAYNAKLAR

1. Malka D, Hammel P, Lévy P, Sauvanet A, Ruszniewski P, Belghiti J, et al. Splenic complications in chronic pancreatitis: prevalence and risk factors in a medical-surgical series of 500 patients. *Br J Surg* 1998; 85: 1645-1649. [\[CrossRef\]](#)
2. Kim YI, Park SY, Lee JH, Kee WJ, Park CH, Kim HS, et al. A case of pancreatic pseudocyst with a large subcapsular splenic hematoma treated successfully by ultrasonography-guided percutaneous drainage. *Korean J Gastroenterol* 2011; 57: 258-261. [\[CrossRef\]](#)
3. Patel VG, Eltayeb OM, Zakaria M, Fortson JK, Weaver WL. Spontaneous subcapsular splenic hematoma: a rare complication of pancreatitis. *Am Surg* 2005; 71: 1066-1069.
4. Habib E, Elhadad A, Slama JL. [Diagnosis and treatment of splenic rupture during pancreatitis]. *Gastroenterol Clin Biol* 2000; 24: 1229-1232.
5. Gandhi V, Philip S, Maydeo A, Doctor N. Ruptured subcapsular giant haematoma of the spleen--a rare complication of acute pancreatitis. *Trop Gastroenterol* 2010; 31: 123-124.
6. Tseng CW, Chen CC, Chiang JH, Chang FY, Lin HC, Lee SD. Percutaneous drainage of large subcapsular hematoma of the spleen complicating acute pancreatitis. *J Chin Med Assoc* 2008; 71: 92-95. [\[CrossRef\]](#)
7. Rypens F, Devière J, Zalcmann M, Braudé P, Van de Stadt J, Struyven J, et al. Splenic parenchymal complications of pancreatitis: CT findings and natural history. *J Comput Assist Tomogr* 1997; 21: 89-93. [\[CrossRef\]](#)
8. Thompson JE Jr, Ashley SW. Subcapsular hematoma of the spleen associated with acute pancreatitis. *Surgery* 1997; 121: 231-233. [\[CrossRef\]](#)
9. Weber SM, Rikkers LF. Splenic vein thrombosis and gastrointestinal bleeding in chronic pancreatitis. *World J Surg* 2003; 27: 1271-1274. [\[CrossRef\]](#)
10. Kuramitsu T, Komatsu M, Ono T, Nakajima K, Funaoka M, Kato J, et al. Ruptured subcapsular giant hematoma of the spleen as a complication of chronic pancreatitis. *Intern Med* 1995; 34: 564-568. [\[CrossRef\]](#)
11. Siu TL. Percutaneous drainage of spontaneous subcapsular haematoma of the spleen complicating chronic pancreatitis. *Surgeon* 2004; 2: 52-55. [\[CrossRef\]](#)