

بررسی ریسک فاکتورهای هیپر آمیلازمی و پانکراتیت بعد از آندوسکوپی رتروگراد کلانژیو پانکراتوگرافی (ERCP)

جواد شکری شیروانی (MD)^{۱*}، سیدمحمدتقی حمیدیان (MD)^۲، ندا مفتاح (MD)^۱، نوین نیک بخش (MD)^۲، رضا مدرس (MD)^۲، حسن طاهری (MD)^۱،
مهرداد کاشی فرد (MD)^۱، شهریار سوادکوهی (MD)^۱، علی اصغر درزی (MD)^۲

۱- گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی بابل

۲- گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: ۹۰/۱/۱۴، اصلاح ۹۰/۲/۷، پذیرش: ۹۰/۴/۸

خلاصه

سابقه و هدف: پانکراتیت حاد بعد از ERCP (PEP) هنوز شایعترین عارضه آندوسکوپی رتروگراد کلانژیو پانکراتوگرافی (ERCP) می باشد که میزان بروز آن بین ۲۰٪-۵٪ گزارش شده است این تفاوت بیانگر تنوع جمعیت بیماران، اندیکاسیون ها، تعریف پانکراتیت، تجربه آندوسکوپیست و متدهای جمع آوری داده ها در مطالعات مختلف می باشد. هدف از انجام این مطالعه، بررسی میزان بروز پانکراتیت حاد و هایپر آمیلازمی بعد از ERCP و ریسک فاکتورهای مربوطه در یک مرکز ریفارال آموزشی می باشد.

مواد و روشها: این مطالعه گذشته نگر بر روی کلیه بیمارانی که طی سالهای ۸۸-۱۳۸۴ در بیمارستان شهید بهشتی بابل تحت ERCP قرار گرفتند، انجام شد. بیماران با پانکراتیت حاد صفراوی و سابقه اسفنکترتومی از مطالعه خارج شدند. اطلاعات شامل سن، جنس، سابقه مصرف ایپوم، قطر مجاری صفراوی مشترک، میزان بیلیروبین سرم، انجام اسفنکترتومی، از پرونده بیماران استخراج و بروز پانکراتیت حاد پس از ERCP، هایپر آمیلازمی و ریسک فاکتورهای مؤثر در آن مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: در این مطالعه ۵۲۵ بیمار وارد مطالعه شدند. میزان بروز پانکراتیت بعد از ERCP ۸/۲٪ (۴۳ مورد از ۵۲۵ بیمار) و هایپر آمیلازمی بعد از ERCP ۳۴٪ بوده است. سن کمتر از ۴۰ سال ($p < 0.001$, $OR = 3.2$) و اسفنکترتومی با نیدل نایف ($p < 0.015$, $OR = 2.2$) به عنوان ریسک فاکتور مستقل در ایجاد PEP بودند. سن کمتر از ۴۰ سال ($p < 0.004$, $OR = 1.8$) و کیسه صفرا بدون سنگ ($p < 0.001$, $OR = 1.6$) ریسک فاکتور مستقل در ایجاد هایپر آمیلازمی بعد از ERCP بودند.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که سن پایین به طور مستقل در ایجاد پانکراتیت و هایپر آمیلازمی بعد از ERCP نقش دارد. اسفنکترتومی از طریق نیدل نایف باعث افزایش PEP و کیسه صفرا بدون سنگ از شاخص های پیشگویی کننده ایجاد هایپر آمیلازمی می باشد.

واژه های کلیدی: آندوسکوپی رتروگراد کلانژیو پانکراتوگرافی، پانکراتیت حاد پس از آندوسکوپی رتروگراد کلانژیو پانکراتوگرافی، هایپر آمیلازمی.

مقدمه

است و با ۲ تا ۳ روز بستری بهبود می یابد. متوسط، که به ۴ تا ۱۰ روز بستری نیازمند است و شدید، که به بیش از ۱۰ روز بستری نیاز دارد و با پانکراتیت خونریزی دهنده، فلگمون، سودوکیست و یا مداخله جراحی نیاز دارد (۳). چندین فاکتور به طور مستقل یا در ترکیب با هم می توانند در ایجاد پانکراتیت پس از ERCP مؤثر باشند (۴). یکی از این فاکتورها آسیب های مکانیکی به وسیله دستکاری های مکرر با ابرازهای ERCP است (۵). فاکتور دیگر، آسیب هیدروستاتیک متعاقب تزریق بیش از حد ماده حاجب به داخل مجرای پانکراتیت و همچنین مانومتری اسفنکتر اودی می باشد (۶). آسیب شیمیایی یا آلرژی ناشی از

پانکراتیت حاد هنوز شایعترین عارضه آندوسکوپی رتروگراد کلانژیو پانکراتوگرافی (ERCP: Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography) می باشد که میزان بروز آن طی سی سال گذشته علیرغم پیشرفت های قابل توجه در تکنولوژی آندوسکوپ، وسایل فرعی ERCP و آشنایی با نحوه به کارگیری آن تغییر ناچیزی پیدا کرده است (۱). پانکراتیت حاد در مطالعات مختلف از ۵ تا ۲۰ درصد موارد و هایپر آمیلازمی بدون علامت هم از ۲۵ تا ۷۵ درصد موارد دیده می شود (۲). پانکراتیت بعد از ERCP بر اساس شدت به سه دسته تقسیم می شود. خفیف، که با افزایش سه برابر آمیلاز همراه

این مقاله حاصل پایان نامه دانشجوی سیدمحمدتقی حمیدیان دستیار داخلی و طرح تحقیقاتی به شماره ۸۱۶۱۲۸۷ دانشگاه علوم پزشکی بابل می باشد.
* مسئول مقاله:

آدرس: بابل، بیمارستان شهید بهشتی، بخش آندوسکوپی، تلفن: ۰۱۱۱-۲۲۵۲۰۷۱

e-mail: javadshokry@gmail.com

سرپایی بوده و از مطالعه خارج شدند. تعداد ۵۹۸ مورد ERCP در ۵۲۵ بیمار بستری انجام شد که پس از حذف ۷۳ بیمار تکراری و بیماران با پانکراتیت حاد و بیماران با اطلاعات نامشخص، نهایتاً ۵۲۵ بیمار وارد مطالعه شدند.

۲۲۵ نفر (۴۲/۹٪) مرد و ۳۰۰ (۵۷/۱٪) زن بودند. میانگین سنی بیماران ۵۸±۱۸/۵ سال با طیف سنی ۹۵-۱۶ سال بود. ۳۵۶ مورد (۶۷/۸٪) ERCP درمانی و ۱۲۵ مورد (۲۳/۸٪) تشخیصی بود. در ۴۴ بیمار (۸/۴٪) انجام ERCP تشخیصی یا درمانی موفقیت‌آمیز نبوده است. شایعترین علائم در زمان مراجعه درد کولیکی ۴۵۲ (۸۶٪)، ایکتر ۲۳۶ (۴۵٪)، خارش ۹۷ (۱۸/۵٪) و تب ۷۳ (۱۳/۹٪) بود. سنگ CBD (۵۴/۷ درصد) و Suspected SOD (۱۳/۱٪) شایعترین تشخیص‌های نهایی بودند. ۴۳ نفر (۸/۲٪) به دنبال ERCP دچار پانکراتیت شدند که میانگین سنی بیماران فوق ۴۸/۵±۲۰ سال و میانگین سنی بیمارانی که دچار پانکراتیت نشدند ۵۸/۸±۱۸ سال بود ($p < 0.001$) شدت پانکراتیت حاد بدنال ERCP در ۲۱ نفر (۴۸/۸٪) خفیف، در ۱۹ نفر (۴۴/۲٪) متوسط و در ۳ نفر (۷٪) شدید بود. از ۳۸۱ بیماری که گزارش آمیلاز سریال پس از ERCP در پرونده آنها ثبت شده بود، ۱۲۸ نفر (۳۳/۹٪) دچار هیپرامیلازمی پس از ERCP شدند، که میانگین سنی گروه با هیپرامیلازمی ۵۳/۱±۲۰ سال و گروه بدون هیپرامیلازمی ۶۰/۴±۱۷/۸ سال بوده است ($p < 0.001$). ولی از نظر جنسی تفاوت معنی‌داری در این دو عارضه دیده نشد.

میزان آمیلاز ۸ ساعت پس از ERCP در بیماران مبتلا به پانکراتیت نسبت به بیماران بدون پانکراتیت اختلاف معنی‌داری داشت ($p < 0.001$) (جدول ۱). سطح AST و ALT در بیماران با پانکراتیت و هیپرامیلازمی نسبت به بیماران گروه کنترل بالاتر بود اما این تفاوت معنی دار نبوده است (جدول ۲).

جدول ۱. مقایسه میانگین متغیرها در دو گروه با و بدون پانکراتیت

| Pvalue | پس از ERCP | | متغیرها |
|--------|----------------|--------------|---------------------------------|
| | بدون پانکراتیت | با پانکراتیت | |
| ۰/۸۳ | ۱۰/۶±۴/۵ | ۹/۴±۳/۸ | قطر CBD (mm) |
| ۰/۳۲ | ۵/۱±۰/۶ | ۶±۰/۶ | بیلیروبین توتال (mg/dl) |
| ۰/۱۱ | ۶۶۷±۶۲۳ | ۴۸۸±۳۰۰ | ALP (IU/L) |
| ۰/۲۰ | ۹۸/۲±۱۱۱ | ۱۴۱±۱۷۱ | AST* (IU/L) |
| ۰/۹۶ | ۱۱۳±۱۳۴ | ۱۴۳±۱۴۵ | ALT* (IU/L) |
| <۰/۰۰۱ | ۲۳۳±۱۹۷ | ۱۲۹۷±۶۸۳ | آمیلاز ۸ ساعت پس از ERCP (IU/L) |

*Mann-Whitney U Test

جدول ۲. مقایسه میانگین متغیرها در دو گروه با و بدون هیپرامیلازمی

| P Value | پس از ERCP | | متغیرها |
|---------|-------------------|-----------------|-------------------------|
| | بدون هیپرامیلازمی | با هیپرامیلازمی | |
| ۰/۵۸ | ۱۰/۴±۴/۲ | ۱۰/۲±۴/۳ | قطر CBD (mm) |
| ۰/۸۶ | ۴/۹±۶/۴ | ۵±۴/۹ | بیلیروبین توتال (mg/dl) |
| ۰/۲۴ | ۶۷۸±۶۶۸ | ۵۹۳±۴۶۸ | ALP (IU/L) |
| ۰/۶۸ | ۱۱۲±۱۳۴ | ۱۳۶±۱۵۲ | ALT* (IU/L) |
| ۰/۱۰ | ۹۸±۱۱۱ | ۱۲۴±۱۴۸ | AST* (IU/L) |
| <۰/۰۰۱ | ۶۰±۱۷/۸ | ۵۳±۲۰/۲ | میانگین سنی |

*Mann-Whitney U Test

ماده حاجب، آسیب عفونی ناشی از وسایل ERCP و آسیب حرارتی ناشی از کوتر کردن دهانه مجرای پانکراس، از فاکتورهای دیگر می‌باشند (۷). ریسک فاکتورهای ایجادکننده پانکراتیت شامل سه عامل ۱- عوامل مرتبط با اپراتور: تعداد بیماران کم آندوسکوپیست (کمتر از ۴۰ مورد در سال)، ۲- عوامل مرتبط با بیمار: سن پایین، جنس مؤنث، پانکراس دو بخشی، اختلال عملکرد اسفنکتر اودی، پانکراتیت ناشی از ERCP قبلی، قطر مجرای صفاوی مشترک کمتر از ۵ سانتی‌متر، ۳- عوامل مرتبط با شیوه انجام کار: سختی در کانولاسیون، اسفنکترتومی precut، مانومتري اسفنکتر اودی و ناتوانی در پاکسازی سنگ‌های صفاوی می‌باشد (۱۳-۸).

با توجه به اینکه پانکراتیت شایع‌ترین عارضه ERCP است و می‌تواند به حدی شدید باشد که منجر به اقدامات جراحی یا حتی مرگ در بیماران شود و با توجه به اینکه مطالعات مختلفی در این ارتباط در نقاط مختلف جهان وجود دارد ولی در ایران به انجام نرسیده، هدف از انجام این مطالعه، تعیین ریسک فاکتورهای هایپرامیلازمی و پانکراتیت پس از ERCP می‌باشد تا با شناسایی افراد در خطر بالا، از انجام ERCP به عنوان قدم اول تشخیصی در آنها پرهیز نموده و از روش‌های تشخیصی دیگر مثل (Magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP) در آنها استفاده شود.

مواد و روشها

این مطالعه گذشته‌نگر بر روی تمامی بیمارانی که تحت ERCP تشخیصی و درمانی طی سالهای ۸۸-۱۳۸۴ در بیمارستان شهید بهشتی بابل قرار گرفتند، انجام شد. اطلاعات شامل بروز هایپرامیلازمی و پانکراتیت براساس اطلاعات ثبت شده این بیماران بدست آمده و ریسک فاکتورهای دخیل در بروز آن از قبیل سن، جنس، سابقه مصرف ایپوم، قطر مجاری صفاوی مشترک، میزان بیلیروبین سرم، انجام اسفنکترتومی استخراج و مورد بررسی قرار گرفت. پانکراتیت بعد از ERCP بر اساس شدت به سه دسته تقسیم می‌شود. خفیف، که با افزایش سه برابر آمیلاز همراه است و با ۲ تا ۳ روز بستری بهبود می‌یابد. متوسط، که به ۴ تا ۱۰ روز بستری نیازمند است و شدید، که به بیش از ۱۰ روز بستری نیاز دارد و با پانکراتیت خونریزی‌دهنده، فلگمون، سود و کیست و یا مداخله جراحی نیاز دارد (۳). داده‌های جمع‌آوری و کدگذاری شد و پس از ثبت در جداول طراحی شده، برای توصیف خصوصیات کیفی از فراوانی و درصد و برای خصوصیات کمی از میانگین و دامنه تغییرات استفاده شد. برای مقایسه متغیرهای کیفی (دو یا چند حالتی) در دو گروه از آزمون chi-square و در مقایسه متغیرهای کمی بین دو گروه، در صورت نرمال بودن توزیع از آزمون T, Test در غیر اینصورت از آزمون Mann-Whitney استفاده شد. برای تعیین ریسک فاکتورهای هایپرامیلازمی و پانکراتیت آنالیز چند متغیره (multivariate) انجام شد و $p < 0.05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از شروع سال ۱۳۸۴ لغایت پایان آبان ۱۳۸۸، ۸۴۶ مورد ERCP در بیمارستان شهید بهشتی بابل انجام شد. ۲۴۸ مورد از این ERCP ها به صورت

نتیجه حاصل از مطالعه حاضر می‌باشد. بر این اساس میزان بروز پانکراتیت پس از ERCP در بابل نسبت به مطالعات قبلی انجام شده توسط همین محققین، کاهش داشته است. در مطالعه ما فقط بیماران بستری در ارزیابی وارد مطالعه شدند. در صورتی که تمامی ۸۴۶ بیمار را مدنظر قرار دهیم، فقط ۵/۲٪ آنها دچار پانکراتیت شدند.

در این مطالعه ۱۲۸ بیمار (۳۳/۹٪) دچار هیپرامیلازمی پس از ERCP شدند. در مطالعه Khoshbaten در تبریز میزان هیپرامیلازمی ۲۶ درصد گزارش شد (۲۴) که کمتر از این مطالعه می‌باشد. در مطالعه ما سن کمتر از ۴۰، سن کمتر از ۶۰ و اسفنگتروتومی با NK به عنوان ریسک فاکتورهای بروز پانکراتیت پس از ERCP بودند اما پس از انجام آنالیز چند متغیره، سن کمتر از ۴۰ و اسفنگتروتومی با NK ریسک فاکتور بودند. همچنین سن کمتر از ۴۰ سال، سابقه و عدم وجود سنگ کیسه صفرا به عنوان ریسک فاکتورهای بروز هیپرامیلازمی پس از ERCP بودند اما پس از انجام آنالیز چند متغیره، سن کمتر از ۴۰ سال و عدم وجود سنگ کیسه صفرا ریسک فاکتور بودند.

برخی از ریسک فاکتورهای بروز پانکراتیت پس از ERCP از تعدادی از مطالعات بدست آمده است. ولی این مطالعات طراحی‌های متفاوت داشته، متغیرهای مختلفی را مورد آزمون قرار داده و در شرایط متفاوتی مورد استفاده قرار گرفته بودند. نتایج مطالعات در مورد ریسک فاکتورهای ایجاد کننده عوارض ERCP به خصوص پانکراتیت و هیپرامیلازمی بر اساس نوع مطالعه متفاوت بوده است. به طور کلی ریسک فاکتورهایی که به عنوان فاکتورهای مستقل در بیش از یک مطالعه گزارش شدند عبارت از: سن پایین، جنس مؤنث، پانکراس دو قسمتی، اختلال عملکرد اسفنگتر اودی، سابقه پانکراتیت ناشی از ERCP، دشواری در کاتولاسیون، تزریق مجرای پانکراتیک، و تجربه اپراتور بودند (۹-۱۲) و (۲۵-۲۰). در مطالعه ما سطح AST و ALT قبل از ERCP در گروه هیپرامیلازمی و پانکراتیت بیشتر بود ولی هیچکدام تفاوت معنی‌داری نداشتند. تا به حال مطالعه‌ای که رابطه AST و ALT و ایجاد پانکراتیت و هیپرامیلازمی را نشان دهد، منتشر نشده است. همچنین میزان آمیلاز ۸ ساعت پس از ERCP در گروه پانکراتیت به طور معنی‌داری بالاتر بوده است. برخلاف برخی از مطالعات (۲۲-۱۹)، در این مطالعه بین جنس زن و مرد در ایجاد پانکراتیت اختلاف معنی‌داری نبود.

مطالعات قبلی انجام شده به ما کمک کرد تا بتوانیم شدت عوارض در شرایط مختلف را تعریف کنیم و عوامل خطر مختلف را بشناسیم ولی همانگونه که اشاره شد، نتایج مطالعات در مورد ریسک فاکتورهای عوارض ERCP به خصوص پانکراتیت و هیپرامیلازمی در کشورهای مختلف متفاوت است. ریسک فاکتور بدست آمده در مطالعه ما یعنی عدم وجود سنگ کیسه صفرا در ایجاد هیپرامیلازمی از یافته‌های جدید و منتشر نشده در این زمینه می‌باشد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بابل به دلیل حمایت مالی از محققین و همچنین خانمها منصوره اصغرینا و آمنه قربانی پرسنل محترم بخش آندوسکوپی تقدیر و تشکر می‌گردد.

جدول ۳. فاکتورهای خطر برای ایجاد پانکراتیت پس از ERCP در بیماران

| مورد مطالعه | P Value | CI 95% | OR |
|------------------------|---------|----------|------|
| جنس زن | ۰/۱۵ | ۰/۳۲-۱/۲ | ۰/۶ |
| سن کمتر از ۴۰ سال | <۰/۰۰۱ | ۱/۷-۶/۳ | ۳/۲ |
| سن کمتر از ۶۰ سال | <۰/۰۰۱ | ۱/۰۷-۳/۸ | ۲ |
| اسفنگتروتومی با N.K | ۰/۰۱۵ | ۱/۱۷-۴/۲ | ۲/۲ |
| عدم وجود سنگ کیسه صفرا | ۰/۹ | ۰/۵۴-۱/۹ | ۱/۰۲ |
| قطر CBD کمتر از ۷ mm | ۰/۵ | ۰/۶-۲/۶ | ۱/۲۷ |
| دیورتیکول پری آمپولر | ۰/۲ | ۰/۹-۱/۶ | ۰/۳۹ |
| اعتیاد به اپیوم | ۰/۱ | ۰/۱۷-۱/۲ | ۰/۴۵ |
| اعتیاد به سیگار | ۰/۸ | ۰/۸-۱/۹ | ۱/۰۴ |
| Suspected SOD | ۰/۸۱ | ۰/۳-۲/۳ | ۰/۸۸ |
| ERCP تشخیصی | ۰/۸۶ | ۰/۴۹-۲/۳ | ۱/۰۶ |
| کالانژیوگرافی نرمال | ۰/۸ | ۰/۳۵-۳/۷ | ۱/۱ |

سن کمتر از ۴۰، سن کمتر از ۶۰ و اسفنگتروتومی با (Needle knife, NK) به عنوان ریسک فاکتورهای بروز پانکراتیت پس از ERCP بودند (جدول ۳) اما پس از انجام آنالیز چند متغیره، سن کمتر از ۴۰ ($p=۰/۰۰۵$) $OR=۳/۳$ CI $۱/۴-۷/۷$ ٪۹۵ و اسفنگتروتومی با NK ($p=۰/۰۰۶$) $OR=۲/۶$ CI $۱/۳-۵/۳$ ٪۹۵ (ریسک فاکتور مستقل در پانکراتیت پس از ERCP بودند. سن کمتر از ۴۰ سال، سابقه کله سیستکتومی و عدم وجود سنگ کیسه صفرا به عنوان ریسک فاکتورهای بروز هیپرامیلازمی پس از ERCP بودند (جدول ۴) اما سن کمتر از ۴۰ سال ($p=۰/۰۰۵$) $OR=۲/۰۹$ CI $۱/۲-۳/۵$ ٪۹۵ و عدم وجود سنگ کیسه صفرا ($p=۰/۰۰۲$) $OR=۱/۶$ CI $۱/۰۸-۲/۵$ ٪۹۵) به عنوان فاکتور خطر مستقل در ایجاد پانکراتیت پس از ERCP بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه ۴۳ بیمار (۸/۲٪) به دنبال ERCP دچار پانکراتیت شدند که در مقایسه، به جز معدودی از مطالعات از سایر مطالعات بیشتر بوده است. میزان بروز پانکراتیت به دنبال ERCP در مطالعه Freeman و همکاران (۱۳)٪۵/۴ و در مطالعه دیگر همین نویسنده ۶/۷٪ (۹)، در مطالعه Vandervoot ۷/۲٪ (۱۰)، مطالعه Christensen ۳/۸٪ (۱۱)، در مطالعه Cheon ۱/۶٪ (۱۴)، در مطالعه Ioperfido ۱/۳٪ (۱۵)، در مطالعه Rabenstein ۴/۷٪ (۱۶)، در مطالعه Masci ۱/۸٪ (۱۷)، در مطالعه Williams ۱/۶٪ (۱۸)، در مطالعه Wang ۴/۳٪ (۱۹)، در مطالعه Matsubayashi ۳/۹٪ (۲۰)، در مطالعه Testoni ۳/۸٪ (۲۱)، در مطالعه Cotton ۲/۶٪ (۲۲) و در مطالعه Ito ۳/۶٪ (۲۳) گزارش شد که از مطالعه ما کمتر بوده است. اما گزارش موارد بروز پانکراتیت پس از ERCP در مطالعه Cheng ۱۵/۱٪ (۱۲)، در مطالعه Khosh baten و در تبریز ۱۲٪ (۲۴) و در مطالعه Shokri در بابل ۱۱/۲٪ (۲۵) بود که بیشتر از

Risk Factors for Post Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography Pancreatitis and Hyperamylasemia

J. Shokry Shirvany (MD)^{1*}, M.T. Hamidian (MD)², N. Meftah (MD)¹, N. Nikbakhsh (MD)², R. Modarres (MD)², H. Taheri (MD)¹, M. Kashifard (MD)¹, Sh. Savadkouhi (MD)¹, A.A. Darzi (MD)²

1. Department of Internal Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

2. Department of Surgery, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

J Babol Univ Med Sci; 13(6); Nov 2011

Received: Apr 3rd 2011, Revised: Apr 27th 2011, Accepted: Jun 29th 2011.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Acute post ERCP pancreatitis (PEP) is still the most common complication of endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), and the reported incidence ranges between 5% and 20%. This difference reflects variety of patient populations, indications, definition of pancreatitis, endoscopic expertise and data collection methods. This study was designed to examine the incidents of post ERCP pancreatitis and hyperamylasemia and related risk factors from a tertiary academic medical center of North of Iran

METHODS: This retrospective study was performed on all patients who underwent ERCP in Shahid Beheshti hospital (Babol; Iran) during 2005-2009. Patients presented with acute pancreatitis and history of endoscopic sphincterotomy were excluded. Age, gender, CBD diameter, type of sphincterotomy, opium consumption and liver enzyme were the main variable for final analysis.

FINDINGS: The overall incidence of PEP was 8.2% (43 of 525 patients) and post ERCP hyperamylasemia developed in 34% of patients. In multivariate analysis, independent risk factors for PEP were: age less than 40 (OR=3/2, p<0.001) and needle knife Sphincterotomy (NKS) (OR=2/2 p<0.015). The independent risk factor of PERCP hyperamylasemia were age less than 40 (OR=1.8, p<0.04) and intact gallbladder without stone (OR=1.6, p<0.01).

CONCLUSION: The results of this study show that young age is independently associated with post ERCP pancreatitis and hyperamylasemia. NKS increase PEP and intact gallbellader is predictor of post ERCP hyperamylasemia.

KEY WORDS: *Endoscopic retrograde cholangiopancreatography, Acute pancreatitis, Hyperamylasemia.*

*Corresponding Author;

Address: Endoscopy Department, Shahid Beheshti Hospital, Babol, Iran

Tel: +98 111 2252071

E-mail: javadshokry@gmail.com

References

1. Woods KE, Willingham FF. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography associated pancreatitis: A 15 year review. *World J Gastrointest Endosc* 2010;2(5):165-78.
2. Testoni PA. Why the incidence of post-ERCP pancreatitis varies considerably? Factors affecting the diagnosis and the incidence of this complication. *JOP* 2002;3(6):195-201.
3. Cotton PB, Lehman G, Vennes J, et al. Endoscopic sphincterotomy complications and their management: an attempt at consensus. *Gastrointest Endosc* 1991;37(3):383-93.
4. Sherman S. ERCP and endoscopic sphincterotomy-induced pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 1994;89(3):303-5.
5. Johnson GK, Geenen JE, Johanson JF, Sherman S, Hogan WJ, Cass O. Evaluation of post-ERCP pancreatitis: potential causes noted during controlled study of differing contrast media. Midwest Pancreaticobiliary Study Group. *Gastrointest Endosc* 1997;46(3):217-22.
6. Sherman S, Hawes RH, Troiano FP, Lehman GA. Pancreatitis following bile duct sphincter of Oddi manometry: utility of the aspirating catheter. *Gastrointest Endosc* 1992;38(3):347-50.
7. Ratani RS, Mills TN, Ainley CC, Swain CP. Electrophysical factors influencing endoscopic sphincterotomy. *Gastrointest Endosc* 1999;49(1):43-52.
8. Freeman ML, Nelson DB, Sherman S, et al. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy. *N Engl J Med* 1996 ;335(13):909-18.
9. Freeman ML, DiSario JA, Nelson DB, et al. Risk factors for post-ERCP pancreatitis: a prospective, multicenter study. *Gastrointest Endosc* 2001;54(4):425-34.
10. Vandervoort J, Soetikno RM, Tham TC, et al. Risk factors for complications after performance of ERCP. *Gastrointest Endosc* 2002;56(5):652-6.
11. Christensen M, Matzen P, Schulze S, Rosenberg J. Complications of ERCP: a prospective study. *Gastrointest Endosc* 2004;60(5):721-31.
12. Cheng CL, Sherman S, Watkins JL, et al. Risk factors for post-ERCP pancreatitis: A prospective multicenter study. *Am J Gastroenterol* 2006;101(1):139-47.
13. Freeman ML, Nelson DB, Sherman S, et al. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy. *N Engl J Med* 1996;335(13):909-18.
14. Cheon YK, Cho KB, Watkins JL, et al. Frequency and severity of post-ERCP pancreatitis correlated with extent of pancreatic ductal opacification. *Gastrointest Endosc* 2007;65(3):385-93.
15. Loperfido S, Angelini G, Benedetti G, et al. Major early complications from diagnostic and therapeutic ERCP: a prospective multicenter study. *Gastrointest Endosc* 1998;48(1):1-10.
16. Rabenstein T, Framke B, Martus P. Patient-related risk factors for complications of endoscopic sphincterotomy: A prospective study (abstract). *Gastrointest Endosc* 1999; 49:AB74.
17. Masci E, Toti G, Mariani A, et al. Complications of diagnostic and therapeutic ERCP: A prospective multicenter study. *Am J Gastroenterol* 2001;96:417.
18. Williams EJ, Taylor S, Fairclough P, et al. Risk factors for complication following ERCP; results of a large-scale, prospective multicenter study. *Endoscopy* 2007;39(9):793-801.
19. Wang P, Li ZS, Liu F, et al. Risk factors for ERCP-related complications: A prospective multicenter study. *Am J Gastroenterol*. 2009 Jan;104(1):31-40.
20. Matsubayashi H, Fukutomi A, Kanemoto H, et al. Risk of pancreatitis after endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic biliary drainage. *HPB (Oxford)* 2009;11(3):222-8.
21. Testoni PA, Mariani A, Giussani A, et al. Risk factors for post-ERCP pancreatitis in high- and low-volume centers and among expert and non-expert operators: a prospective multicenter study. *Am J Gastroenterol* 2010;105(8):1753-61.

22. Cotton PB, Garrow DA, Gallagher J, Romagnuolo J. Risk factors for complications after ERCP: a multivariate analysis of 11,497 procedures over 12 years. *Gastrointest Endosc* 2009;70(1):80-8.
23. Ito K, Fujita N, Noda Y, et al. Relationship between post-ERCP pancreatitis and the change of serum amylase level after the procedure. *World J Gastroenterol* 2007;13(28):3855-60.
24. Khoshbaten M, Farzin H, Gavidel A, Satea H. The survey of post endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis in Tabriz Imam University hospital, 2004-2006. *Zahedan J Res Med Sci (Tabib-e-Shargh)* 2007;9(2):87-93. [in Persian]
25. Shokri Shirvani J, Taheri H, Ahmadi AA. Early complications of therapeutic ERCP: a single center study. GP Thesis, Babol University of Medical Sciences, 2006. [in Persian]