

Tıkanma İkterine Yol Açan Dev Pankreas Psödokisti

A Giant Pancreatic Pseudocyst Causing Obstructive Jaundice
Genel Cerrahi

Başvuru: 13.02.2018
Kabul: 10.04.2018
Yayın: 02.05.2018

Sönmez Ocak¹, Ömer Faruk Bük², Kutay Sağlam³, Servet Karagül³

¹ Aksaray Devlet Hastanesi

² Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi

³ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet

Pankreatik psödokistler pankreatitin sık görülen bir komplikasyonudur. Yerleşim yeri ve boyutlarına göre klinik bulgu verirler. Pankreatik psödokistler nadir olarak tıkanma ikterine yol açarlar. Bu olgu sunumunda tıkanma ikterine yol açan dev bir psödokist olgusu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: *Pankreas psödokisti, akut pankreatit, tıkanma ikteri, kistogastrotomi, hepatikojejunostomi*

Abstract

Pancreatic pseudocysts are the most common complication of pancreatitis. Clinical findings depend on the size and location of pseudocysts. Obstructive jaundice is a rare complication of pancreatic pseudocysts. In this case report, a 38-year-old female patient with a giant pancreatic pseudocyst causing obstructive jaundice was presented.

Keywords: *Pancreas pseudocysts, acute pancreatitis, obstructive jaundice, cystogastrotomy, hepaticojejunostomy*

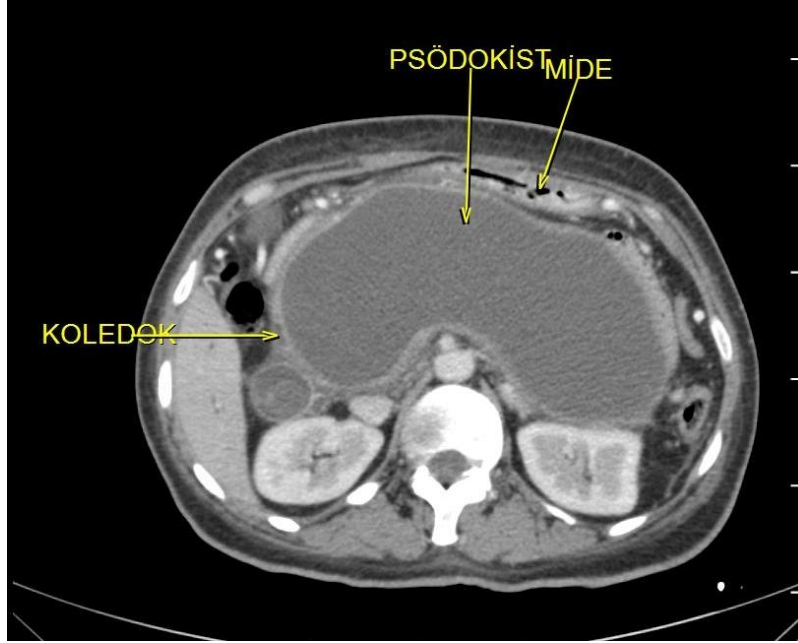
Giriş

Pankreatik psödokistler akut ve kronik pankreatitlerin en sık görülen komplikasyonu olup akut pankreatitte %10-26 kronik pankreatitte %20-40 oranında görülmektedirler¹. Pankreatik psödokistler çevre dokuların enflamasyona sekonder gelişen duvar yapısı ile çevrelenmiş pankreatik sıvı birikimleri olarak tanımlanabilirler². Pankreatik psödokistler persistan karın ağrısı, mide çıkış obstruksiyonu, kilo kaybı, persistan ateş ve tıkanma sarılığı gibi semptomlara neden olabilmektedir³. Bu makale ile akut pankreatit sonrası gelişen ve gastrik çıkış sendromu ve tıkanma ikterine neden olan dev pankreatik psödokist olgusu güncel bilgiler ışığında tartışılmıştır.

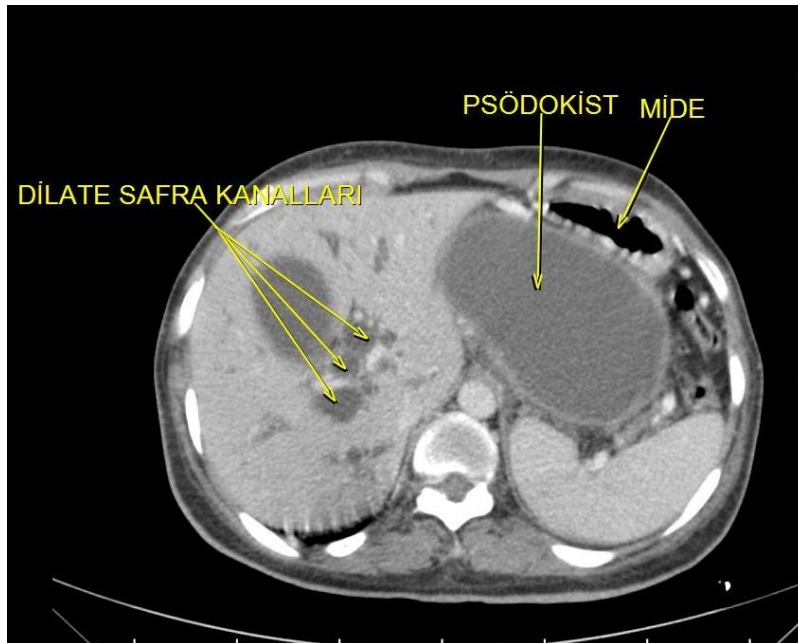
Olgu Sunumu

Otuz sekiz yaşında bayan hasta karın ağrısı, kusma, gözlerde ve vücutta sararma ve idrar renginde koyulaşma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Hastanın hikayesinde şikayetlerinin yaklaşık bir haftadır devam ettiği öğrenildi. Özgeçmişinde irdelendiğinde, yaklaşık 4 ay önce akut biliyer pankreatit nedeniyle dış merkezde tedavi edildiği öğrenildi. Bebeklik çağında geçirdiği febril konvülzyona bağlı orta derecede mental retardasyon dışında özgeçmişinde başka özellik yoktu. Hastanın fizik muayenesinde genel durumu orta idi. Skleralar ve deri ikterik görünümde idi. Batın muayenesinde batın üst kadrantlarda hassasiyet ve epigastrik bölgede dolgunluk mevcuttu. Rektal tuşede akolik gaytası vardı. Hastanın laboratuvar bulgularında ; Aspartat amino transferaz(AST):334 U/L (normal değer:0-35 U/L), Alanin aminotransferaz (ALT) :133 U/L (normal değer:0-35 U/L),total bilirubin :20,2 mg/dl (normal değer:0,3-1,2 mg/dl),direkt bilirubin: 11,1 mg/dl (normal değer:0-0,2 mg/dl), alkalen fosfataz (ALP):2143 U/L (normal değer:30-120 U/L), gamma glutamil transferaz (GGT): 746 U/L (normal değer:0-38 U/L) idi. Tam kan sayımında hafif normositer anemi dışında özellik yoktu. Hastanın intravenöz kontrastlı bilgisayarlı batın tomografisi (BT) çekildi. BT'de batın orta hatta pankreatik lojda en geniş çapı yaklaşık

182x84mm boyutlarında belirgin duvar formasyonuna sahip mideyi anteriora doğru yaylandıran geniş kistik lezyon izlendi. Görünüm özellikleri pankreatik psödokisti düşündürdü. Kistin distal koledoğa bası yaptığı görüldü. Ayrıca, safra kesesi hidropik görünümde ve lümeninde boyun kesiminde büyüğü yaklaşık 20 mm çaplı multiple hipodens taşlar izlendi. İntrahepatik safra yollarının her iki lobda da yaygın ve ileri derecede dilate olduğu izlendi (Şekil 1-2).



Şekil 1 : Olgunun preoperatif abdomen BT görüntüsünde mideye ve koledoğa kistin basısı izlenmektedir.



Şekil 2 : Kist basısının oluşturduğu biliyer stenoza bağlı olarak genişleyen intrahepatik safra kanalları

Hasta genel cerrahi servisine yatırıldı. Oral alımı yetersiz olan hastaya total parenteral nutrisyon başlandı. Kist

drenajı ve biliyer dekompresyon amacı ile endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP) planlandı. Ancak, psödokist basısı endoskopik müdahaleye izin vermeyecek boyutlarda olduğundan hastaya operasyon planlandı. Laparotomide mideyi anteriora eleve eden dev kistik oluşum gözlemlendi. Kolon mezosundaki enflamasyon nedeniyle kistogastrotomi yapılması uygun görüldü. Mide antrum-korpus bileşkesinden gastrotomi yapıldı. Mide içeriği aspire edildikten sonra arka duvara yapılan insizyon ile kist duvarına ulaşıldı. Kist duvarına insizyon yapıldı. Yaklaşık 2000 ml kist sıvısı aspire edildi. Daha sonra kist duvarı ile mide arasına 60mm'lik lineer stapler yardımı ile kistogastrotomi anastomozu yapıldı. Biliyer drenajı sağlamak amacı ile retrokolik Roux-n-Y kistojejunostomi ve kolesistektomi yapıldı. Hastanın postoperatif dönemde total bilirubin seviyesi 4 mg/dl'ye kadar geriledi. Kolestatik enzimleri tamamen normale döndü. Çekilen kontrol BT'de kistin oldukça küçüldüğü gözlemlendi (Şekil 3).



Şekil 3 : Postoperatif erken dönemde çekilen abdomen BT kesitlerinde kistin küçüldüğü ve safra kanalı obstrüksiyonunun düzeldiği izlenmektedir.

Melena ve hematemez gelişen hastada anastomoz hattında kanama düşünüldü. Eritrosit süspansiyonu ve taze donmuş plazma replasmanı yapıldı. Replasman sonrası hemoglobin değerleri stabil seyretti. Postoperatif 4. gün oral başlanan hasta 8. günde taburcu edildi. Postoperatif birinci ayda poliklinik kontrolüne çağırılan hastada herhangi bir olumsuzluk görülmedi.

Tartışma

2012 yılında akut pankreatit çalışma grubundan Banks ve arkadaşları, akut pankreatit sonrası pankreatik ve peripankreatik sıvı kolleksiyonlarını; akut peripankreatik sıvı kolleksiyonu, pankreatik psödokist, akut nekrotik kolleksiyon, walled-off nekroz ve enfekte nekroz olarak sınıflandırmışlardır ². Pankreatik psödokist hem akut hem de kronik pankreatitin en sık komplikasyonu olarak karşımıza çıkmaktadır. Akut pankreatitte %10-26 kronik pankreatitte %20-40 oranında görülmektedirler ¹. Pankreatik psödokistler; 4 haftadan uzun süreli, içerisinde solid materyal bulunmayan, çevre doku tarafından iyi sınırlanmış sıvı kolleksiyonları olarak tanımlanmaktadır ². Gastrik veya duodenum obstrüksiyonu, inatçı karın ağrısı, safra yolları obstrüksiyonu, pankreatik asit, takiplerde

kist boyutunda artış, plevral efüzyon, enfeksiyon ve kanama pankreatik psödokist drenajı endikasyonlarıdır. Kistik neoplazmlar, akut peripankreatik kolleksiyon ve akut nekrotik kolleksiyon durumlarında kist drenajı kontrendikedir⁴. Pankreatik psödokistlerin tedavi yöntemleri arasında perkütan drenaj, endoskopik girişimler ve cerrahi girişimler tek başına veya kombine kullanımı bulunmaktadır. Günümüzde psödokistlerin tedavisinde endoskopik drenaj ilk seçenek olarak kullanılmaktadır. Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda endoskopik girişimlerin cerrahi girişimler ile benzer etkinliğe sahip olduğu kanıtlanmıştır. Ayrıca minimal invaziv bir yöntem olması nedeniyle hastanede kalış süresinin daha az olduğu, hastalar tarafından daha iyi tolere edildiği ve maliyet açısından endoskopik girişimlerin daha avantajlı olduğu da gösterilmiştir^{5,6}. Biz de olgumuzda ilk tedavi seçeneği olarak endoskopik girişim düşündük ancak kistin mideye aşırı basısı nedeniyle teknik olarak endoskopik girişim mümkün olmadı. Bu nedenle hastamıza cerrahi operasyon uygulama kararı aldık. Cerrahi tedavi yöntemleri arasında kistogastrotomi, kistoduodenostomi veya kistojejunostomi gibi internal drenaj sağlayan kistoenterik anastomozların yanında psödokistin yerleşimine bağlı olarak pankreatektomi ile birlikte kist eksizyonu bulunmaktadır⁷. Tedavi yönteminin seçiminde kistin lokalizasyonu, çevre dokularla olan ilişkisi ve boyutu önemlidir. Biz bu olguda, kistin, midenin hemen posteriorunda yerleşimli olması nedeniyle teknik olarak daha kolay olduğundan transgastrik kistogastrotomi yöntemini tercih ettik. Daha kaudal yerleşimli büyük psödokistler için kistojejunostomi prosedürleri uygulanabilmektedir. Pankreas başı yerleşimli kistlerde kistoduodenostomi de nadiren de olsa uygulanabilir bir yöntemdir. Her üç yöntem de yüksek başarı ve düşük mortalite ve morbidite oranları ile yapılabilmektedir⁸. Psödokist basısına bağlı tıkanma sarılığı çok sık görülmeyen bir durumdur ve literatürde sınırlı sayıda vaka bildirilmiştir. Tıkanma sarılığının tedavisinde ERCP etkin bir çözüm olmakla birlikte ERCP'nin başarılı olmadığı durumlarda cerrahi tedavide koledokojunostomi, koledokoduodenostomi veya koledokokistostomi gibi yöntemler tanımlanmıştır^{9,10}. Bizim olgumuzda, ERCP başarısız olduğu için hastamıza biliyer dekompresyon amacı ile Roux-n-Y koledokojunostomi yapmayı uygun gördük.

Sonuç olarak; pankreas psödokistleri akut ve kronik pankreatitin sık görülen bir komplikasyonu olmakla birlikte nadiren de olsa büyük boyutlara ulaştığı zaman gastrik çıkış obstruksiyonu ve biliyer obstruksiyona neden olabilmektedir. Günümüzde endoskopik tedavi ile çoğu vakada başarı sağlanabilmekle birlikte cerrahi tedavi seçeneği de seçilmiş vakalarda düşük mortalite ve morbidite ile uygulanabilmektedir.

Referanslar

1. Samuelson AL, Shah RJ. Endoscopic management of pancreatic pseudocysts. *Gastroenterol Clin North Am.* 2012; 41(1): 47-62.
2. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut.* 2013; 62(1): 102-11.
3. Cannon JW, Callery M P, Vollmer C M. Diagnosis and management of pancreatic pseudocysts: what is the evidence?. *J Am Coll Surg.* 2009; 209(3): 385-93.
4. Phillip SG, Weizmann M, Watson R R. Pancreatic pseudocysts: advances in endoscopic management. *Gastroenterol Clin North Am.* 2016; 45(1): 9-27.
5. Varadarajulu S, Bang JY, Sutton BS, et al. Equal efficacy of endoscopic and surgical cystogastrotomy for pancreatic pseudocyst drainage in a randomized trial. *Gastroenterology.* 2013; 145(3):583-90.
6. Johnson M D, Walsh R M, Henderson J M, et al. Surgical versus nonsurgical management of pancreatic pseudocysts. *J Clin Gastroenterol.* 2009; 43(6): 586-90.
7. Bergman S, Melvin W S. Operative and nonoperative management of pancreatic pseudocysts. *Surg Clin North Am.* 2007;87(6); 1447-60.
8. Pitchumoni C S, Agarwal N. Pancreatic pseudocysts: when and how should drainage be performed? *Gastroenterol Clin North Am.* 1999;28(3): 615-39.
9. Okabe Y, Tsuruta O, Wada Y, et al. Endoscopic ultrasonography-guided cystogastrotomy for large pancreatic pseudocyst with obstructive jaundice-A case report. *The Kurume Medical Journal.* 2006; 53(3/4): 89-94.

10. Skellenger M E, Patterson D, Foley N T, et al. Cholestasis due to compression of the common bile duct by pancreatic pseudocysts. Am J Surg. 1983;145(3); 343-8.

Sunum

2018 Ulusal Cerrahi Kongresi'nde sunulmak üzere poster bildiri olarak gönderilmiştir. Bildiri halen değerlendirme aşamasındadır.