

Pankreas Psödokistleri

PANCREA TIC PSEUDOC YS TS

Doç.Dr.Zeki YILMAZ, Dr.Mehmet N. OĞAN, Dr.Mustafa ŞAHİN,
Dr.Recep HARMANDA, Dr.Engin OK, Doç.Dr.Erdoğan M. SÖZÜER, Dr.Oktay BANLI

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD. KAYSERİ

ÖZET

Pankreas psödokistleri sıklıkla Akut pankreatit komplikasyonu olarak gelişir. Gelişmesinde pankreas kanal devamlılığının bozulması sorumlu tutulmaktadır. Küçük çaplı kistlerde spontan gerileme olabilmektedir. Ancak hemoraji ve abse gibi komplikasyonlar nedeniyle cerrahi tedavi önerilmektedir. Günümüzde kistlerin perkütan drenajı, giderek değer kazanmaktadır.

Kliniğimizde tedavi edilen dört vaka tartışıldı ve literatürle karşılaştırıldı.

Anahtar Kelimeler: Pankreas, Psödokist

T Klin Gastroenterohepatoloji 1994, 1:76-78

Akut ve kronik pankreatitin en yaygın komplikasyonlarından birisi pankreasta psödokist gelişmesidir.

Pankreatik psödokist teşekkülünün tam mekanizması bilinmemekte, ancak genellikle akut pankreatit atağı sırasında veya travma sonucu pankreatik kanal devamlılığının bozulmasına bağlı olarak oluştuğu kabul edilmektedir. Bu makalede kliniğimizde 1985-1992 yılları arasında cerrahi olarak tedavi edilen 4 psödokist vakasının literatür ışığında tekrar gözden geçireceğiz.

VAKA 1. M.O., 43 yaşında, erkek hasta kliniğimize sağ skapular bölgede ağrı yakınması ile geldi. Hikayesinden 15 yıldır düzenli olarak alkol aldığı öğrenildi. Fizik muayenede, karın sağ üst kadranda 6x8x5 cm ebadında mobil olmayan kitle tesbit edildi. Mide duodenum grafisinde duodenumun medial kısmında itilme, ultrasonografide pankreas başında 57x83 mm çapında kistik oluşum tesbit edildi.

Geliş Tarihi: 26.06.1992

Kabul Tarihi: 15.01.1994

Yazışma Adresi; Doç.Dr.Zeki YILMAZ
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi ABD
38039 KAYSERİ

SUMMARY

Pankreatic pseudocysts develop frequently as a complication of Acute pancreatitis. Ductal rupture seemed to be responsible in the development of pseudocysts. Small cysts may disappear spontaneously, but hemoragic and abces formation are common so that, surgical treatment may be chosen. Percutaneous drainage of pseudocysts is accepted as a better methods currently.

Four cases treated in General Surgery department of Erciyes University, Medical School are discussed and compared with literature.

Key Words: Panceras, Pseudocysts

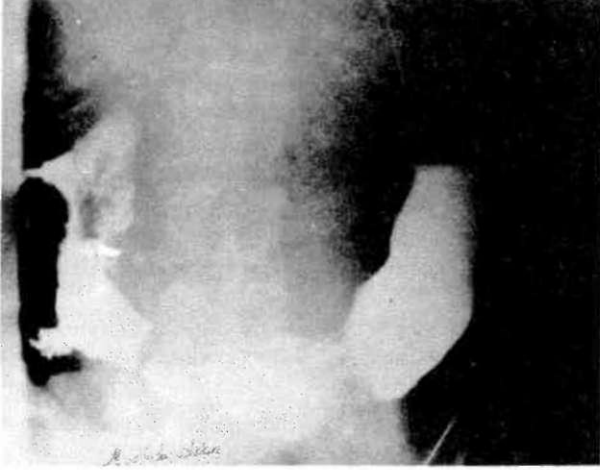
Turk J Gastroenterohepatol 1994, 1:76-78

Ağustos 1986 da operasyona alındı. Laparatomide. duodenum 2. ve 3. kısmında ve bu kısımlara yapışık, 7 cm çapında kistik oluşum bulundu. Kist içinde seröz sıvı vardı. Duodenotomi yapılarak internal drenaj uygulandı (kistoduodenostomi). Kist sıvısında amilaz miktarı 750 somogy ünitesi idi. Histolojik incelemede kist duvarında epitel olmadığı tespit edildi. Ameliyat sonrası komplikasyonsuz seyreden hasta halen takibimizde olup şikayeti yoktur.

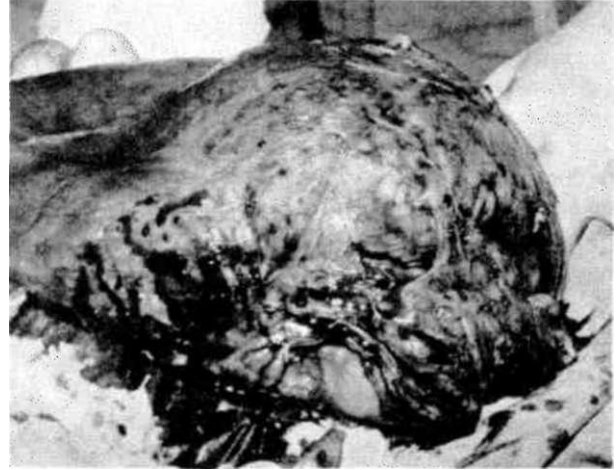
VAKA 2. Ş.A., 60 yaşında, bayan hasta kliniğimize karında şişlik yakınması ile müracaat etti. Altı ay kadar önce karnı üzerine düşmüş ve ardından 10 gün kadar şiddetli karın ağrısı olmuş. Daha sonra 3 ay hiçbir şikayeti olmayan hasta, giderek karında müphem ağrı ve şişkinlik hissetmeye başlamış. Alkol alışkanlığı olmayan hasta son 6 ay içinde 5 kg kadar kilo kaybetmiş.

Fizik muayenede epigastriumda 20 cm çapında, mobil, yumuşak kıvamda, hassas olmayan kitle mevcuttu. Ultrasonografide epigastriumu dolduran 15 cm çapında kistik lezyon ve kolelitiazis tespit edildi. Serum amilaz seviyesi normal idi.

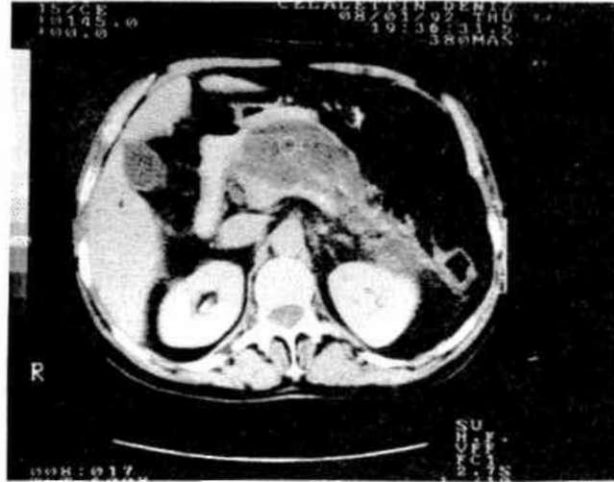
Temmuz 1990'da operasyona alındı. Laparatomide safra kesesinde multipl taş tespit edildi ve kolesistektomi yapıldı.



Şekil 1. Mide duodenum grafisinde midenin sola doğru itildiği görülmektedir.



Şekil 2. Pankreas gövdesinde gelişen kistik oluşumun makroskopik görünümü.



Şekil 3. Bilgisayarlı tomografide psödokistin görünümü.

mi yapıldı. Pankreas gövdesinde 20 cm çapında kist mevcuttu. Koledok eksplorasyonu normal idi. Kist çerve organlara yapışık göstermiyordu. Kist duvarı ince ve içerisinde seröz sıvı vardı. Kist açıldığında tek kavite olduğu görüldü. Histolojik incelemede kist duvarının epitelle döşeli olmadığı tespit edildi. Roux-en-Y kistojejunostomi yapıldı. Ameliyat sonrası iyi seyreden hasta 10'uncu gün taburcu edildi ve halen takibimizde olup hiçbir şikayeti yoktur.

VAKA 3. M.A., 56 yaşında, erkek hasta kliniğimize yaklaşık 1 yıldır karın ağrısı ve göbek çevresinde sertlik yakınmaları ile başvurdu. Alkol veya travma hikayesi yoktu.

Fizik muayenede tüm karını dolduran yaklaşık 40 cm çapında, mobil, ağrısız kitle mevcuttu. Ultrasonografide ksifoitden pelvise kadar tüm karını dolduran kistik oluşum bulundu. Mide duodenum grafisinde midenin sola doğru itildiği gözlemlendi (Şekil 1).

Mayıs 1991'de operasyona alındı. Laparatomide tüm karını dolduran ve pankreas gövdesinden gelişen kistik oluşum tespit edildi (Şekil 2). Kist içinde seröz sıvı vardı ve kist tek boşluktan oluşuyordu. Kist içindeki seröz sıvı boşaltılarak. Roux-en-Y kistojejunostomi yapıldı. Kist duvarının histolojik incelenmesinde epitel tespit edilmedi. Halen kontrolümüzde olan hastanın şikayeti yoktur.

VAKA 4. C.D., 58 yaşında, erkek hasta kliniğimize 4 günlük ani başlayan karın ağrısı, bulantı, kusma ve sarılık yakınmaları ile müracaat etti. Anamnezinde, hastanın 1 ay önce akut pankreatit tedavisi gördüğü öğrenildi, alkol ve travma hikayesi yoktu.

Fizik muayenede sağ üst kadranda hassasiyet mevcuttu. 39 °C'ye varan ateşleri olmaktaydı. Yapılan ultrasonografide pankreas baş ve gövde kısmında 36x40 mm'lik psödokist görüldü. CT incelemede aynı kistik oluşum tespit edildi (Şekil 3). Hastanın serum amilazı 354 somogy ünitesi idi. Yapılan mide duodenum grafisinde mide öne doğru itilmişti.

Ocak 1992'de operasyona alındı. Laparatomide safra kesesi normaldi. Midenin öne doğru itildiği ve karın duvarına yaklaştığı görüldü. Mideyi öne doğru iten kitlenin pankreas baş ve gövdesinden kaynaklanan kistik oluşum olduğu tespit edildi. Kistogastrostomi yapıldı. Kist duvarının histolojik incelenmesinde epitel bulunamadı. Ameliyat sonrası iyi seyreden hasta 16. gün taburcu edildi. Halen kontrolümüzde olan hastanın şikayeti yoktur.

TARTIŞMA

Akut pankreatit sonrası en sık görülen komplikasyonlardan birisi pankreasın psödokistidir. Görülme sıklığı %10-27 arasında değişmektedir (1,2). Psödokistlerin fizyopatolojisi tam olarak bilinmemekte, ancak akut ve kronik pankreatit sonrası oluşma mekanizmalarının farklı olduğu bildirilmektedir. Akut pankreatit sonrası gelişen psödokistler pankreatik kanal devamlılığının

bozulması ve pankreatik sıvının peripankreatik sahaya sızıntısı sonucu oluşmaktadır (3). Kronik pankreatitte ise pankreatik kanal boşalımıdaki bozuluktan dolayı, intraduktal basınç artımı sonucu pankreatik sıvının kanalı dilate etmesi ile gelişmektedir (3). Bu bakımdan kronik pankreatik sonrası gelişen kistler genellikle pankreasın içinde gelişirler.

Psödokistlerde hemoraji, abse formasyonu ve rüptür gibi komplikasyonlar geliştiğinde, 3 haftadan eski ve 5 cm'den büyük olduklarında spontan gerileme güç olacağından cerrahi tedavi gerekir (4). Tedavide çeşitli cerrahi girişimler tarif edilmiştir. Bunun yanında ultrasonografi ve CT ile takip edildiğinde spontan gerilemeler de rapor edilmektedir (5). %8-89 arası bildirilen spontan gerileme, çapı 4-5 cm'den küçük psödokistlerde söz konusudur (2,4,6-9). Warshaw ve Rattner (3) kronik pankreatit belirtileri olduğunda, pankreatik kanal anormalliği olan hastalarda, ultrasonografide ince kist duvarı tesbit edilen hastalarda ve 6 haftadan daha uzun süre sebat eden kistlerde spontan gerilemenin olmayacağını bildirmişlerdir.

Pankreatik psödokistlerde bir diğer yeni tedavi yöntemi ultrasonografi veya CT eşliğinde perkutan drenajdır. Perkutan drenaj sonucu %89-93.3 arası kür tebliğ edilmektedir (4,6). Ancak psödokistin perkutan drenajı sırasında kistokolik fistül gibi ciddi karın içi organ yaralanmaları da olabilmektedir (10). Nonoperatif kist drenajı yapıldığında da kistogastrostomi yapılması gereği savunulmaktadır (4).

Pankreatik psödokistlerin tedavisinde eksternal drenaj, internal drenaj (mide, duodenum, jéjunum, gibi), perkutan kateter drenajı ve gastroskop ile endoskopik drenaj denenmiştir (4,6,11). En düşük nüks internal drenajlardan sonra bildirilmektedir (5). Cerrahi sonrası en düşük mortalite oranı kistojejunostomiden sonra görülmektedir (11).

Pankreatik psödokistlerin tedavisinde cerrahi girişimin tipi yanında, cerrahinin yapılacağı zamanın da önemi vardır. Bazı yazarlar hastanın cerrahi girişim için müsait olduğu zaman ameliyat olmasını tavsiye ederlerken, diğerleri genellikle pankreatit atağı sonrası 6 hafta beklenilmesini uygun bulmaktadırlar (6,12,13). Bu 6 haftalık süre kist duvarının olgunlaşması için gereklidir

(3). Biz opere ettiğimiz 4 pankreas psödokist vakasında herhangi bir mortalite ve morbidite ile karşılaşmadık. Bu nedenle pankreas psödokistlerinin tedavisinde operatif internal drenajı en düşük nüks oranlarını sağladığı için tavsiye ediyoruz.

KAYNAKLAR

1. Agha FB. Spontaneous resolution of acute pancreatic pseudocyst. Surg Gynecol Obstet 1984; 58:22-6.
2. Arahna GV, Prinz RA, Anunsacion CE, et al. The nature and course of cysts pancreatic lesions diagnosed by ultrasound. Arch Surg 1983; 118:486-9.
3. Warshaw AL, Rattner DW. Timing of surgical drainage for pancreatic pseudocyst. Ann Surg 1985; 202:720-4.
4. Maurizio G, Giovanni G, Maria CC, et al. Percutaneous treatment (including pseudocystogastrostomy) of 74 pancreatic pseudocysts. Radiology 1989; 173:493-7.
5. Yeo C J, Bastidas A, Nyhan AL, et al. The natural history of pancreatic pseudocysts documented by computed tomography. Surg Gynecol Obstet 1990; 170:411-7.
6. Anderson R, Janzon M, Sundberg I, et al. Management of pancreatic pseudocysts. Br J Surg 1989; 76:550-2.
7. Bradley EL, Gonzales AC, Clements JL. Acute pancreatic pseudocysts, incidence and implications. Ann Surg 1976; 184:734-73.
8. Czaja AJ, Discher M, Marin GA. Spontaneous resolution of pancreatic masses (pseudocyst) appearing after acute alcoholic pancreatitis. Arch Intern Med 1975; 135:558-62.
9. Sankaran S, Walt A J. The natural and unnatural history of pancreatic pseudocysts. Br J Surg 1975; 62:37-44.
10. Gupta A. Cystocolic fistula. A complication in percutaneous drainage of a pseudopancreatic cyst. AJR 1989; 153:192.
11. Aranha GV, Prinz RA, Freeark RJ, et al. Evaluation of therapeutic options for pancreatic pseudocysts. Arch Surg 1982; 117:717-21.
12. Bradley EL, Clements JL, Gonzales AC. The natural history of pancreatic pseudocysts. A unified concept of management. Am J Surg 1979; 137:1114-0.
13. Frey CF. Pancreatic pseudocyst. Operative strategy. Ann Surg 1978; 188:652-62.