

Pankreatik psödokistin mideye spontan drenajının endosonografik değerlendirme esnasında saptanması

Spontaneous drainage of pancreatic pseudocyst into the stomach: Diagnosis made simultaneously with the endosonographic examination

Erkin ÖZTAŞ, Yasemin Özderin ÖZİN, Diğdem ÖZER ETİK, Dilek OĞUZ, Erkan PARLAK, Nurgül ŞAŞMAZ

Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Ankara Türkiye

Pankreatik psödokistlerin gastrointestinal sisteme spontan drenajı veya rüptürü sıklıkla kanama ile kendini gösterir. Klinik bulgular genellikle ciddi olup eğer uygun şekilde idare edilmezse yaşamı tehdit edici boyutlara ulaşabilir. Burada endosonografik inceleme esnasında, kanama olmaksızın mideye spontan drene olmaya başlayan ve endoskopik tedaviyle rezolüsyonu sağlanan psödokistli olguyu sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Pankreatik psödokist, endosonografi, spontan drenaj

The spontaneous drainage or rupture of a pancreatic pseudocyst into the gastrointestinal tract is often associated with hemorrhage. The clinical presentation of such a case is generally severe and if not managed properly, it can be life-threatening. Herein, we report a case with pancreatic pseudocyst, which was spontaneously drained into the stomach during endosonographic evaluation without any signs of bleeding and which resolved completely with endoscopic management.

Key words: Pancreatic pseudocyst, endosonography, spontaneous drainage

GİRİŞ

Pankreatik psödokistler, akut pankreatitli olguların %5-15'inde gelişir ve psödokist gelişen olguların yaklaşık %22'sinde psödokiste komşu organlarda bası ve erezyonlar görülmektedir (1). Psödokistin gastrointestinal sisteme spontan drenajı veya rüptürü sıklıkla kanama ile kendini gösterir (2). Bu tür olgularda klinik bulgular genellikle ciddi olup eğer uygun şekilde idare edilmezse yaşamı tehdit edici boyutlara ulaşabilir (1, 2). Burada biz, endosonografik inceleme esnasında mideye spontan drene olduğu gözlenen psödokistli olguyu sunuyoruz.

OLGU

59 yaşındaki erkek hasta kliniğimize karın ağrısı ve ateş (38.2 C) şikayeti ile kabul edildi. Anormal laboratuvar bulguları; beyaz küre sayısı 13.200 /mm³(4.100-10.200 mm³) C-reaktif protein; 105 mg/dl (0-5 mg/dl) ve sedimantasyon oranı 75 mm/saat (0-20 mm/saat) şeklindeydi. Anemi ve trombositopeni saptanmadı ve biyokimyasal testler normal sınırlar içerindeydi. Hastanın öyküsünde 3 ay önce akut pankreatit nedeniyle hospitalize edildiği ve bu dönemde çekilen abdomen bilgisayarlı tomografisi (BT)'nde 6x7 cm boyutunda psödokist saptandığı öğrenildi. Yatışı süresince herhangi bir problemi olmayan hasta psödokist açısından takip önerisiyle taburcu edilmişti. İlk yatışından 2 ay sonra yapılan kontrolünde aktif şikayeti olmayan hastanın abdomen BT'sinde psödokist boyutu 4x5,5 cm boyutlarına gerilemiş ve takibe devam kararı alınmıştı. Şimdiki başvurusunda çekilen abdomen BT'sinde psödokist boyutu belirgin artmıştı (6x10 cm) ve santral

kısımında nekrotik materyal içermekteydi. İlave olarak psödokist ile mide antrum duvarı arasındaki sınır net olarak ayırt edilemiyordu (Resim-1). Abdomen BT bulgularıyla birlikte psödokistin endoskopik drenaja uygun olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlı endosonografik değerlendirme yapıldı.



Resim 1. Nekrotik materyal içeren psödokist(sağ ok) ile mide duvarı(sol ok) yakın komşulukta idi ve mide duvarı ile psödokist arasındaki sınır net olarak izlenememekteydi.

İletişim: Erkin ÖZTAŞ

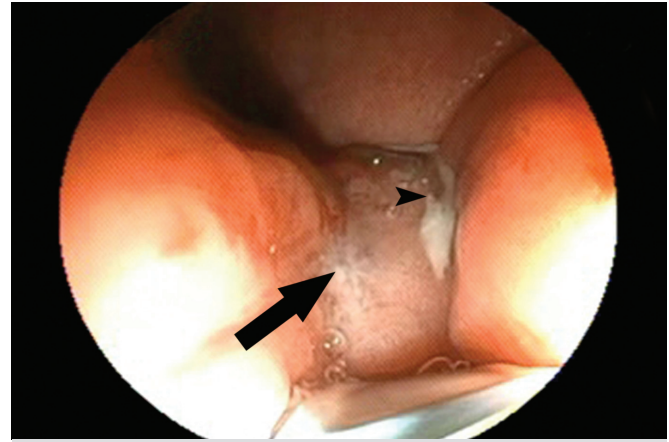
Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği,
Kızılay Sokak. No:2 06100 Ankara, Türkiye • Tel: + 90 312 306 13 34
Faks: + 90 0 312 312 41 20 • E-mail: erkinous@yahoo.com

Endosonografide prepiloric antrum bölgesinin belirgin ödemli olduğu ve midenin havayla şişirilmesi ve endosonografi probunun hareketi esnasında psödokistin spontan drene olmaya başladığı görüldü (Resim-2). Yine endosonografik incelemede psödokistin nekrotik materyal içerdiği de doğrulandı. Endosonografik incelemeyi takiben iki adet "double pigtail" stent endoskopik yolla spontan drenaj bölgesinden psödokist içersine yerleştirildi. Hastaya yatışı süresince intravenöz antibiyotik tedavisi de verildi. Takibi süresince klinik bulguları, C-reaktif protein düzeyi ve sedimentasyon oranı normale döndü. Altı hafta sonra stentler çıkartıldı. İki ay sonra yapılan ultrasonografik incelemede psödokist hemen tamamen kaybolmuştu.

TARTIŞMA

Pankreatik psödokistin drenaj endikasyonları başlıca psödokistin semptomatik (ağrı, ateş, gastrointestinal pasaja veya biliyer sisteme bası nedeniyle oluşan kusma veya sarılık gelişimi) olması veya regrese olmaması/büyümeye devam etmesi olarak sayılabilir (2, 3). Eğer psödokist belirgin nekroz içeriyorsa, endoskopik ya da perkütan drenaj yöntemlerinin oldukça dikkatli uygulanması önerilmektedir (3). Çünkü bahsi geçen yöntemlerle nekrotik materyalin yeterince drene edilmesi mümkün olmayabilir. Bu tür olgularda cerrahi drenaj daha uygun olabilir. Ancak olgumuzda, nekrotik materyal

içeren psödokistin endoskopik yöntemle drenajı ve rezolüsyonu mümkün olmuş ve hastada majör cerrahi girişim olasılığı ortadan kalkmıştır. Diğer taraftan spontan drenaj esnasında ciddi vasküler hasar ve kanama meydana gelmemesi de hasta adına büyük şanstır. Tomografik incelemeden hemen sonra yapılan endosonografik inceleme, psödokistin spontan drenajını kolaylaştırmış olabilir.



Resim 2. Psödokist basısı nedeniyle oluşan ödemli prepiloric antrum (büyük ok) ve endosonografik inceleme esnasında başlayan spontan drenaj (küçük ok) görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Baillie J. Pancreatic pseudocyst (Part I). *Gastrointest Endosc* 2004;59: 873-9.
2. Feldman M, Friedman L, Sleisenger M, Sleisenger & Fordtran's *Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis and Management*. 8th Edition. Philadelphia: saunders, 2006: 1262-4.
3. Tringali A, Boskoski I, Costamagna G. The role of endoscopy in the therapy of chronic pancreatitis. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2008;22: 145-65.