

Periampuller duodenal divertiküle bağlı pankreatik psödokist: Olgu sunumu

Pancreatic pseudocyst due to periampullary duodenal diverticula: A case report

Mehmet Fatih Ekici¹, Faik Yaylak², Yalçın Sönmez¹, Sezgin Zeren², Zülfü Bayhan², Bekir Şanal³, Sertaç Eraslan⁴

¹Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kütahya, Türkiye

²Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kütahya, Türkiye

³Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Kütahya, Türkiye

⁴Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi, Dahiliye Kliniği, Kütahya, Türkiye

ÖZET

Akut pankreatitin en önemli sebeplerinden biri mekanik biliyer tıkanıklardır. Duodenal divertiküller de nadiren bu mekanik tıkanıklıklara sebep olabilir. Duodenal divertiküller genelde asemptomatiktir, fakat birçok komplikasyona da yol açabilir. Bunun yanında pankreatit gelişen bir çok vaka bildirilmiştir. Pankreatitin en çok görülen komplikasyonlarından biri pankreatik psödokisttir. Kliniğimizde görülen bir pankreatik psödokist gelişen periampuller duodenal divertikül olgusu sunulmuştur

Anahtar kelimeler : duodenal, divertikül, pseudokist, biliyer tıkanıklık

ABSTRACT

One of the most important cause of acute pancreatitis is mechanical biliary obstruction. Duodenal diverticulas rarely may cause this mechanical obstruction. Duodenal diverticulas are usually asymptomatic, but can lead to many complications. A growing number of cases of pancreatitis have been reported. One of the most common complications of pancreatitis is a pancreatic pseudocyst. Here we present a case report; pancreatic pseudocyst developing from periampullary duodenal diverticulum causing mechanical obstruction.

Keywords : duodenal, diverticula, pseudocyst, biliary obstruction

Giriş

Duodenal divertiküller üst gastrointestinal baryum çalışmalarında %0,16-6, otopsi çalışmalarında %23 oranında görülür. Divertikül 40 yaş altında nadirdir. İleri yaş ile görülme sıklığı artar. Sık tespit edilmesine rağmen genellikle asemptomatiktir. Duodenal divertiküllerin % 70-75'i periampuller bölgede görülür (1). Divertikül duodenum duvarını, koledok, pankreatik kanal veya vaskülerin yapıların barsak duvarı ile birleştiği noktalardaki zayıf alanlarda gelişebilir (2). Duodenal divertiküller, perforasyon, hemoraji, biliyer obstrüksiyon ve pankreatit tablosu ile semptomatik hale gelebilir veya sessiz bir şekilde de kalabilir (1).

Olgu Sunumu

Yetmişbeş yaşında kadın hasta acil servise bir haftadır devam eden karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı, kusma yakınmaları ile başvurdu. Özgeçmişte tip 2 diabetes, hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanımlandı. 10 yıl önce konvansiyonel kolesistektomi öyküsü vardı. Acil serviste çalışılan biyokimyasal analizlerde; Aspartat amino transferaz: 443U/L, alanin amino transferaz: 84 U/L, total ve direkt bilirubin değerleri normal, LDH: 528 U/L, amilaz: 558 U/L, GGT: 329 U/L, lipaz 2132 U/L, CRP: 521 mg/dl ölçüldü. Hastanın oral ve intravenöz kontrastlı batin tomografisinde ampulla Vateri düzeyinde içi muhtemel gıda artıkları ile dolu geniş bir divertikül formasyonu ve pankreasta hafif ödematöz enflamasyon bulguları izlendi (Resim 1).

Medikal tedavi başlanan, oral alımı kesilen hastanın MR kolanjiografi incelemesinde koledok 15 mm ölçüldü. Koledok içerisinde belirgin dolma defekti tespit edilmedi. Üst gastrointestinal endoskopik değerlendirmede periampuller divertikül ve içerisinde gıda artıkları tespit edildi (Resim2). Serum fizyolojik enjeksiyonu ile divertikül içerisinde bulunan gıda artıkları temizlendi.

İlk yatışından 15 gün sonra hastada karın sol kadrantlarda dolgunluk hissi ve ağrı şikayeti gelişti ve batin tomografisi planlandı. Hastanın batin tomografisinde koledok dilatasyonu azalmış, intrahepatik safra yollarındaki genişleme tamamen gerilemiş ve divertikül lümeni boştu. Ancak pankreas gövde-kuyruk düzeyinden itibaren sol parakolik alanda inferiora uzanan 25x11x10 cm boyutlarında yeni gelişmiş geniş bir sıvı kolleksiyonu olan psödokist olarak değerlendirildi. Psödokisti ultrasonografi eşliğinde perkütan yolla drene edilen hastanın 1 ay sonraki kontrolünde kistin ¼ oranına dek küçüldüğü görüldü. Hastamız postoperatif 4 ay boyunca takip edildi. Hasta taburculuğu sonrası 30. gün kontrolinde pankreas kuyruğunda 3 cm kistik görünümün sebat ettiği görüldü. Ancak hastanın klinik ve laboratuvar parametrelerinde herhangi bir patoloji izlenmedi. Hastanın halen rutin takipleri 3 ay aralıklarla devam etmektedir.

Tartışma

Duodenal divertiküller, primer (gerçek) ve sekonder (psödo) divertikül olarak ikiye ayrılır. Primer divertiküller periampuller bölgede gestasyonel dönemde oluşan anormal duodenal gelişim sonucu olabileceği gibi, duodenal peristaltizm sonucu duodenum duvarının zayıf bölgelerinde de ileri yaşlarda oluşabilir. Sekonder divertikül kronik ülser zemininde bulbusta ve post bulber bölgede görülebilir (3). Sık bulunmasına rağmen asemptomatiktir, komplikasyonları ile semptomatik hale gelir. Komplikasyon olarak koledok taşı, kolanjit, hemoraji, perforasyon, divertikülit ve pankreatit yapabilir (4). Olgumuz akut pankreatit tablosu ile karşımıza gelmiş olup, detaylı olarak irdelendiğinde tablonun duodenal divertikülün sebep olduğu mekanik tıkanıklığa sekonder geliştiğini gördük.

Semptomatik divertikül hastalarında rekürren pankreatit atakları olabilir. Çoklu olgu serilerini içeren çalışmalarda pankreatit oluşumunda periampuller divertikül sonucu gelişen biliyer taş çamur varlığı söz konusudur. Biliyer taş oluşumunda divertikül sonucu oluşan ampuller disfonksiyon rol oynar. Divertikül içine dolan gıda artıkları sonucu divertikülde oluşan distansiyon sonucu pankreas kanalına bası ile pankreatit gelişebilir (5). Olgumuzda divertikül içinde gıda artıkları endoskopide net olarak izlenmiştir. Bu durum literatürle uyumlu olacak şekilde bizim olgumuzda da pankreas kanalında mekanik tıkanıklığa sebep olmuştur.

En sık tespit edilen komplikasyon divertikülitdir. Tomografi, MR kolanjiografi, üst gastrointestinal sistem endoskopi, endoskopik ultrason, ERCP (endoskopik retrograde kolanjiyo pankreatografi) tanıya yardımcıdır (3,4). Sunduğumuzolguda da tanıya öncelikle klinik muayene, laboratuvar parametreler, batin tomografisi ve endoskopi ile ulaşılmıştır.

Semptomatik periampuller divertikülde gelişen komplikasyonlar konservatif veya cerrahi yolla tedavi edilebilir. Akut batin tablosu gelişmemiş perforasyonlarda, pankreatitlerde nazogastrik dekompresyon ve geniş spektrum antibiyotik tedavisi yeterli olabilir. Genellikle komorbid sebepler nedeni ile cerrahi seçeneklerde komplikasyon-mortalite oranı yüksek bulunmuş, endoskopik tedavi yöntemleri koledok kanülasyonu ve sfinterotominin değerlendirilmesi önerilmektedir (3). Cerrahi tedavi seçeneği ciddi komplikasyon ve sepsis durumunda tercih edilmelidir. Divertikülektomi, pilor koruyucu Whipple prosedürü cerrahi başlıca seçeneklerdir.(3).

Pankreatik psödokistler, pankreatit sonrası sık görülen komplikasyonlardır, ayırıcı tanıda pankreasın kistik neoplazmları ile karıştırılır. Pankreas psödokistleri akut pankreatitlerin %10-20'sinde, kronik pankreatitlerin %20-60'ında görülmektedir (6). Pankreas psödokistlerinin tedavisi günümüzde halen tartışmalıdır. Ama genel kanı olarak 6 cm'den küçük asemptomatik kistlerin takip edilebileceği, 6 cm'den büyük veya semptomatik kistlerin takip süresinde kist duvarının matürasyonu ile konvansiyonel, laparoskopik veya endoskopik yöntemleri ile tedavi edilebileceği belirtilmiştir (7). Literatürde perkütan yolla yapılan girişimleri cerrahi mortalite

ve morbidite riski yüksek olan hastalarda uygulama kolaylığı ile tercih edilebileceği ve enfekte kistlerde bile güvenli olduğu belirten çalışmalar mevcuttur (8). Bizde bu olgumuzda girimsel olarak ultrason rehberliğinde drenaj uyguladık. Minimal invaziv yöntem kabul edilen görüntüleme eşliğinde drenaj psödokistlerin tedavisinde uygulanmakla beraber %70 nüks görülebileceği ve en az vakaların yarısında ikinci bir müdahale gerekebileceği belirtilmiştir(9). Olgumuzda literatürle uyumlu olarak 1 ay sonraki takibinde psödokistin hacmi %75 oranında küçülmüş olduğu ve yandaş hastalıklar göz önüne alındığında hastanın şikayetlerinin kaybolduğu ve laboratuvar bulgularının normale döndüğü tespit edildi. Dört aydır devam eden takibinde ek problem tespit edilmedi.

Sonuç

Gelişen komplikasyonlar göz önüne alınarak biliyer akut pankreatit nedeni ile tedavi edilen bir hastada çok nadir bir komplikasyonun istenmeyen ağır tablolara sebep olabileceğini aklımızdan çıkarmamalıyız. Belkide medikal tedaviye rağmen semptomatik olarak seyreden pankreatitli hastalara rutin olarak tecrübeli ellerde üst gastrointestinal endoskopisini uygulamaktan kaçınmamalıyız.

Hastaya uygulanacak tedavi yöntemlerinin uygun ve doğru zamanda seçimi, mortalite ve morbiditeyi azaltacaktır.

Kaynaklar

1. Echenique-Elizondo M. Juxta-ampullary intraluminal diverticulum and acute pancreatitis. JOP. J Pancreas (Online) 2004;5(3): 148-150.
2. Gross SA, Katz S. Small bowel diverticulosis: An overlooked entity. Curr Treat Options Gastroenterol 2003;6:3-10.
3. Perdikakis E., Chryssou EG., Karantas A. Diagnosis of periampullary duodenal diverticula: the value of new imaging techniques. Annals of Gastroenterology (2011) 24, 192-199.
4. Bergman S., Koumanis J., Stein LA., Barkun JS., Paraskevas S. Duodenal diverticulum with retroperitoneal perforation.. J Can Chir 2005. 48(4): 332
5. Reichert MC., Bittenbring JT., Fries P., Zimmer V., Lammert F., Dauer M. Recurrent pancreatitis caused by a Huge intraluminal duodenal diverticulum. J Gastrointestin Liver Dis. (2012) 21(2):126.
6. Usatoff V., Brancatisano R., Williamson RCN., Operative treatment of pseudocysts in patients with chronic pancreatitis.Br J Surg 2000; 87:1494.
7. Kapan M., Kapan S., Durgun AV., Göksoy E., Perek S. Pankreas psödokistlerine güncel yaklaşım: 39 olguluk serinin retrospektif analizi ve güncel literatür bilgilerinin gözden geçirilmesi. Ege Tıp Dergisi 2004; 43(3): 175-180.
8. Uzun Y., Beyler AR., Bozkaya H., Örmeci N., Bahar K., Karayalçın S., Gören A., Dökmeci A. Pankreas psödokistlerinin medikal drenajı. Turk J Gastroenterol 1998(3)259-263.
9. Heider R., Meyer AA., Galanko JA., Behms KE. Percutaneous drainage of pancreatic pseu-

docystis associated with a higher failure rate than surgical treatment in unselected patients. Ann Surg 1999; 229-781.