

Groove pankreatit; farklı klinik seyir gösteren iki olgu

Groove pancreatitis; two cases with different clinical course

Mustafa YALÇIN¹, Ömer TOPALAK¹, Özgül SAĞOL², Funda OBUZ³

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi ¹Gastroenteroloji Bilim Dalı, ²Patoloji Anabilim Dalı, ³Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Groove pankreatit, groove alan olarak adlandırılan pankreas başı, duodenum ve koledok arasındaki anatomik bölgeyi etkileyen kronik segmental pankreatittir. Alkol ve sigara kullanım öyküsü olan genç erkek hastalarda sıklıkla görülmektedir. Bu yazıda kliniğimizde tanı koyarak izlediğimiz farklı klinik tablo ile seyreden iki groove pankreatitli olgu sunmaktayız. Birinci olgu; öyküsünde pankreatit atakları tanımlayan, karın ağrısı, bulantı, kusma şikayetleri olan ve üst gastrointestinal sistem endokopisinde duodenum 2. segmente geçişte darlık saptanan hastamızdı. Bu olguda pankreatiko-duodenektomi sonrası semptomlarda belirgin iyileşme oldu. İkinci olgumuzda ise karın ağrısı, kilo kaybı ve iktar şikayetleri mevcuttu. Radyolojik görüntülemelerde koledokta dilatasyon saptanması üzerine koledoka biliyer stent konularak hasta alkolsüz olarak 3 ay izlendi. 3 aylık takip sonucunda hem semptomatik iyileşme, hem de bilirübin seviyelerinde normalizasyon elde edildi. Daha sonrasında biliyer stent çıkarılarak izleme alındığında 3 aylık periyotta klinik ve laboratuvar olarak nüks saptanmadı. Bu iki olguda olduğu gibi groove pankreatit tedavisi hastanın klinik ve tutulum yerinin farklılığına göre değişmektedir. Alkol ve sigara kullanım öyküsü olan 40-50 yaş erkek hastalarda kronik pankreatitin bir formu olan groove pankreatit akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Pankreatit, groove, tedavi

GİRİŞ

Groove pankreatit, groove alan olarak adlandırılan pankreas başı, duodenum ve koledok arasındaki anatomik bölgeyi etkileyen kronik segmental pankreatittir. 1973'te Becker groove alanın segmental pankreatitini rinnen-pankreatitis olarak tanımladı (1). Bu daha sonra 1982'de Stolte ve arkadaşlarının groove pankreatit olarak adlandırıldığı (2). Stolte ve arkadaşları kronik pankreatit nedeniyle pankreatiko-duodenektomi uygulanan 123 hastayı retrospektif olarak değerlendirmişler ve %8.8 hastada sadece groove alanda skarlaşma olan bu gruba pure form groove pankreatit, %15.5 hastada ise pankreas başı dorsokranial bölüme uzanan skarlaşma tespit ederek segmental form groove pankreatit olarak adlandırmışlardır (1). Adsay ve Zamboni son zamanlarda groove pankreatit, heterotropik pankreasın kistik distrofisi, periampüller duodenal duvar kisti, duodenal duvarın pankreatik ha-

Groove pancreatitis is a rare chronic segmental pancreatitis affecting the groove area of the pancreas (anatomical region between the head of the pancreas, duodenum, and common bile duct). It's often seen in middle-aged males with histories of heavy alcohol and nicotine use. In this report, we present two cases of groove pancreatitis that were diagnosed and followed in our clinic, each with a different clinical course. In the first case, a patient presented with episodic pancreatitis, abdominal pain, nausea and vomiting. A diagnosis of stenosis in the transition from the first to second segment of the duodenum was made using upper gastrointestinal endoscopy. A significant improvement in symptoms occurred after the patient underwent a Whipple procedure (pancreaticoduodenectomy). In the second case, a patient complained of abdominal pain, weight loss and jaundice. Radiologic imaging showed dilatation of the common bile duct. A biliary stent was placed in the common bile duct and the patient was followed for three months; during this time, the patient refrained from alcohol use, bilirubin levels returned to normal and the patient remained asymptomatic. The biliary stent was then removed and no further clinical or laboratory recurrence was observed after the three-month period. These cases demonstrate that groove pancreatitis treatment varies according to a patient's clinical indications and the location of involvement. Groove pancreatitis, a rare form of chronic pancreatitis, should be considered in male patients between the ages of 30 to 50 years old, who present with a history of heavy alcohol and cigarette use.

Key words: Pancreatitis, groove, treatment

martomu ve myoadenomatozis diye adlandırılan tabloları klinik ve laboratuvar bulguları örtüştüğü için daha yaygın bir terim olan paraduodenal pankreatit adıyla tanımlamayı önermektedirler (3).

İnsidans bilinmemektedir. Ancak kronik pankreatit nedeniyle pankreatiko-duodenektomi uygulanan hastaların %19.5-24.4'ünde groove pankreatit tespit edilmiştir. Erkek, alkol, sigara kullanan 40-50 yaş grubu bireylerde sıklık artmaktadır (2,4,5).

OLGU

İlk olgu 50 yaşında kronik alkol kullanım öyküsü bulunan erkek hastadır. Daha öncesinde alkole bağlı pankreatit atakları nedeniyle dış merkezlerde yatış öyküsü olan hastada bir süredir karın ağrılarında sıklaşma ve kilo kaybı

İletişim: Mustafa YALÇIN

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İzmir
E-mail: dr.yalcinm@hotmail.com

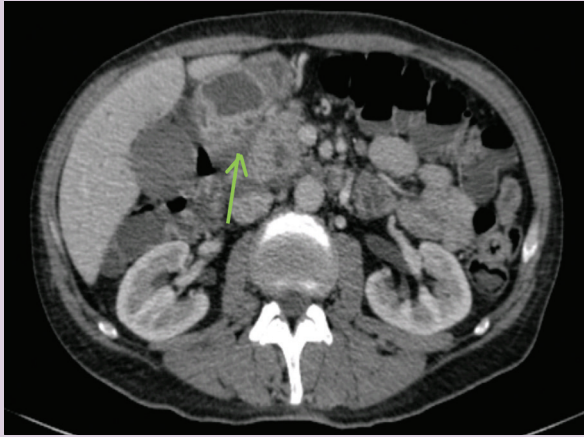
Geliş Tarihi: 29.11.2013 • **Kabul Tarihi:** 23.12.2013

yakınması mevcuttu. İki haftadır karın ağrısı yakınmasına bulantı ve kusma şikayetleri eklenmişti. Kısa sürede yaklaşık 20 kg kilo kaybı olan hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde lökosit: 6.200/mm³, hemoglobin (Hb): 12.3 gr/dl, trombosit: 280.000/mm³, açlık kan şekeri: 129 mg/dl, üre: 16 mg/dl, kreatin: 0.7 mg/dl, serum amilaz düzeyi: 156 U/L, transaminaz düzeyleri aspartat aminotransferaz (AST): 29 U/L, alanin aminotransferaz (ALT): 42 U/L, alkalin fosfataz: 328 U/L, gama glutamil transpeptidaz (GGT): 568 U/L, laktik dehidrogenaz (LDH): 186 U/L, total bilirubin: 0.5 mg/dl, kalsiyum: 9 mg/dl saptandı.

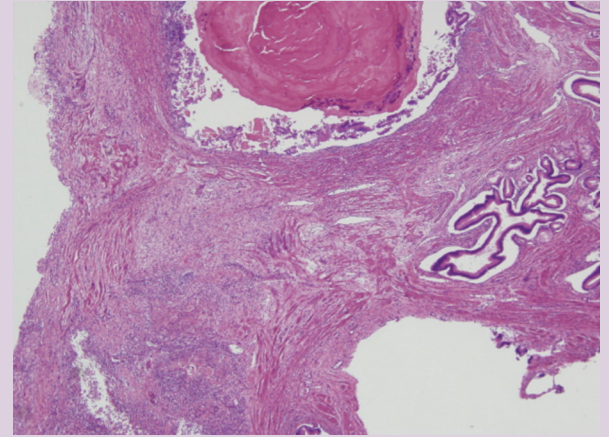
Hastaya çekilen batın bilgisayarlı tomografi (BT)'de pankreas başı volümatöz ve kalsifikasyonlar içermekte, bu düzeyde duodenum duvarında kalınlık artışı ve heterojenite izlenmekteydi. Pankreatik kanal ve koledok kanalı dilate olarak saptanan olguda bulguların groove pankreatitle uyumlu olabileceği düşünüldü (Resim 1).

Hastaya üst gastrointestinal endoskopi yapıldı. Bulbus hiperemik ve ödemliydi, duodenum 2. segmente geçerken lümenin belirgin daraldığı ve bulguların 2. segmentte de devam ettiği izlendi (Resim 2). Tipik malign bulgular saptanmayan hastada duodenumdan biyopsiler alındı. Biyopsi patoloji tarafından aktif duodenitis olarak değerlendirildi.

Hasta genel cerrahi bölümüyle konsülte edilerek pankreatikoduodenektomi operasyonu kararı alındı. Spesmenin patolojik incelemesinde, koledok boyunca materyalin açılması ile kanalın dilate olduğu ve distalde daraldığı görüldü. Koledoğa ve ampullaya komşu duodenumda lümen de darlık ve duvarda bu alanın proksimalinde de devam eden kalınlaşma dikkati çekti. Ayrıca 5,5x4x3,4 cm boyutlarında yer yer kanama alanları içeren lobüle görünümde, kirli sarı renkli, sert kıvamlı pankreas dokusu izlendi. Duodenum duvarında ve koledok komşuluğundaki alanlardan



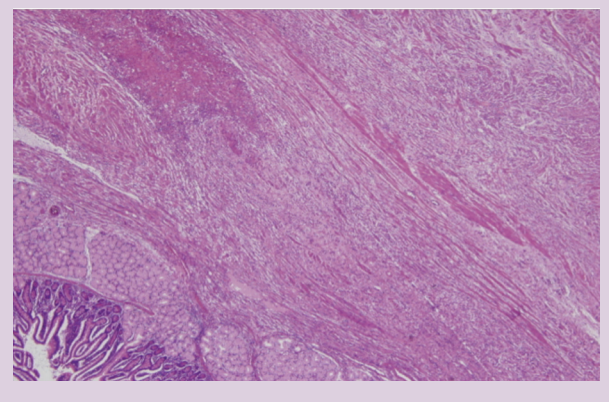
Resim 1. Pankreas başı volümatöz ve kalsifikasyonlar içermekte, bu düzeyde duodenum duvarında kalınlık artışı ve heterojenite izlenmektedir.



Resim 3-A. Groove alanında dilate, sekret içeren duktuslar ve kronik inflamasyon (40X, H&E).



Resim 2. Bulbusta hiperemik, ödemli mukoza ve duodenum 2. segmente geçişte darlık.



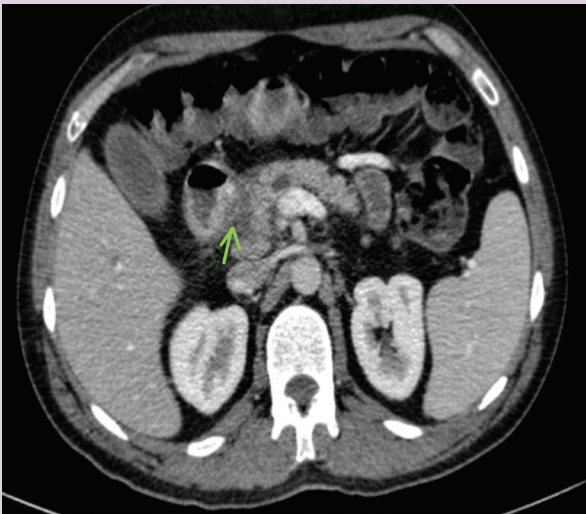
Resim 3-B. İnce barsak duvarında yoğun fibrozis ve sekret birikimi (40X, H&E).

alınan örneklerde, mikroskopik incelemede, ince barsak mukozası ve hiperplastik görünümdeki brunner glandlarının hemen altında bir kısmı dilate ve lümeninde sekret içeren, minör papillanın duktal yapılarını düşündüren, duktus yapıları ve çevrede yoğun fibroblastik reaksiyon, mikst inflamatuvar hücre infiltrasyonu ve ince barsak duvarı içinde eozinofilik amorf sekret niteliğinde materyal izlendi. Bu alanlara yakın pankreas parankiminden alınan örneklerde fibrozis, atrofi ve inflamasyon saptandı. Bulgular groove pankreatitle uyumlu olarak değerlendirildi (Resim 3A ve 3B).

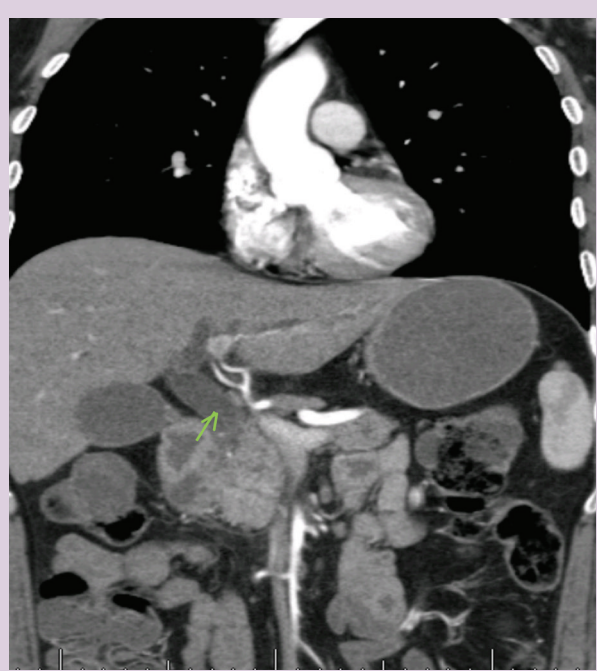
Hastada pankreatiko-duodenektomi sonrası klinik olarak belirgin iyileşme sağlandı. Kilo alımı gözlemlendi.

İkinci olgu 34 yaşında kronik alkol kullanım öyküsü bulunan erkek hastadır. Yaklaşık 2 haftadır karın ağrısı, idrar renginde koyulaşma ve sarılık şikayeti mevcuttu. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde lökosit: 6.200/mm³, Hb: 16.7gr/dl, trombosit: 321.000/mm³, açlık kan şekeri: 135 mg/dl, kreatin: 0.9 mg/dl, serum amilaz düzeyi: 156 U/L, AST: 78 İU/L, ALT: 25 İU/L, alkalin fosfat: 375 İU/L, GGT: 618 İU/L, LDH: 163 İU/L, total bilirubin: 12.8 mg/dl, direkt bilirubin: 10 mg/dl, kalsiyum: 10.7 mg/dl saptandı.

Çekilen batin BT'de pankreas baş kısmında groove pankreatit ile uyumlu olabilecek pankreas çevresinde heterojenite, komşuluğundaki duodenum II. kısımda duvar kalınlık artışı ve duodenum duvarı içerisinde kistik nekrotik alanlar dikkati çekmekteydi. Koledokta pankreatik düzeyde daralma izlenmekte olup, bunun proksimalinde koledok 16 mm kalibrasyondaydı. Wirsung kanalı da hafif dilate olarak izlenmekteydi (Resim 4,5).



Resim 4. Pankreas başında, groove pankreatit ile uyumlu görünüm dikkati çekmektedir. Pankreatit komşuluğunda, duodenum II. kısımda, duvar kalınlık artışı vardır.



Resim 5. Koledokta, pankreatik düzeyde, daralma izlenmekte olup, bunun proksimalinde, koledok genişlemiş ve 16 mm kalibrasyondadır.

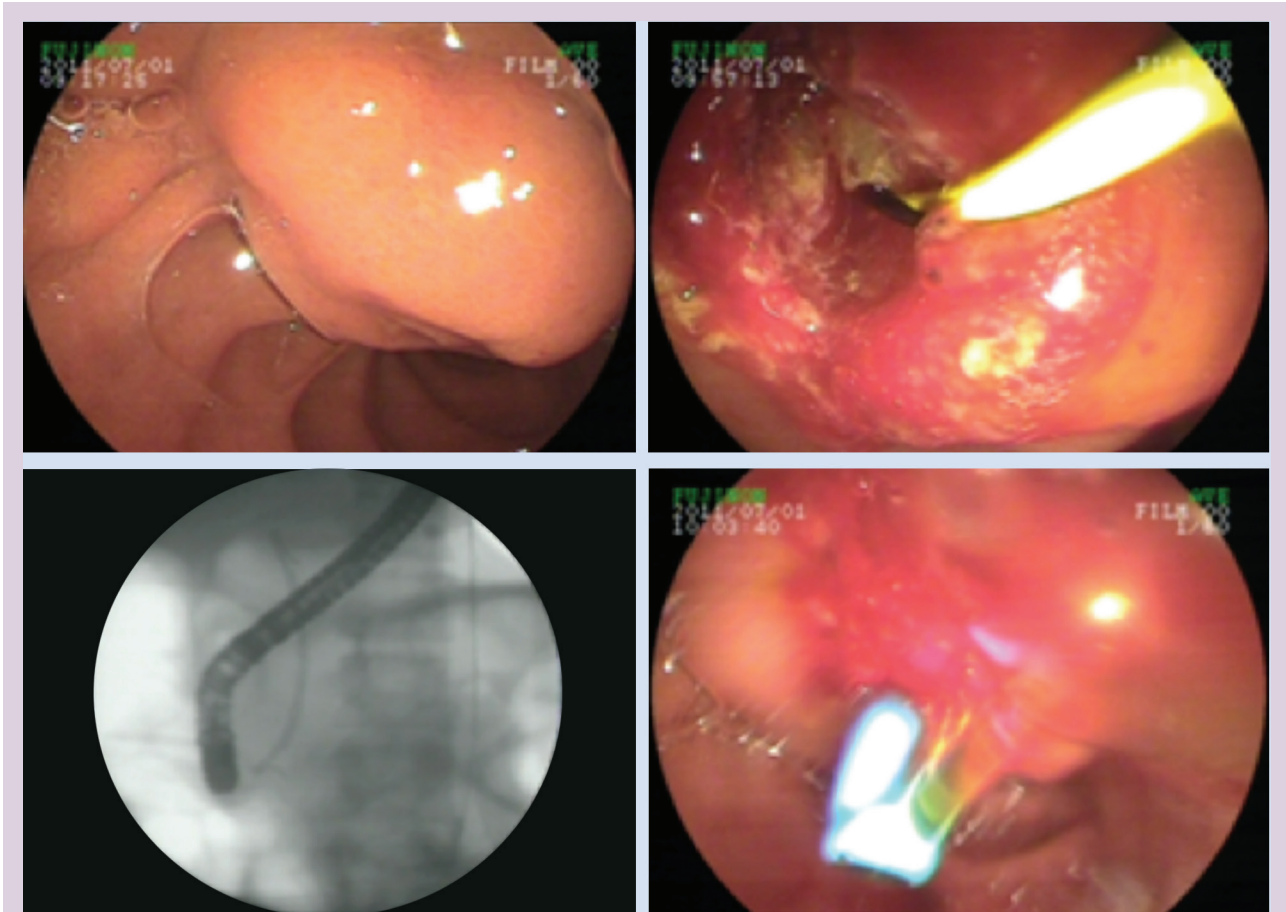
Hastaya yapılan endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP)'de endoskopik olarak papilla irileşmiş ve ödemli izlendi, tipik malignite saptanmayan hastada koledok selektif kanüle edilerek sfinkterotomi yapıldı ve biyopsi alındı. 7 cm, 10 Fr plastik biliyer stent koledoka yerleştirildi (Resim 6).

Papilladan alınan biyopside maligniteyle uyumlu bulgu saptanmadı. Biliyer stent sonrası hasta alkol kullanımını kesti ve 3. ayda değerlendirildiğinde klinik ve laboratuvar olarak düzeldiği ve batin BT'de peripankreatik bulgularda belirgin regresyon olduğu görüldü (Resim 7). Biliyer stent endoskopik olarak çıkarıldı. Stent çekildikten sonraki 3 aylık takibinde hastada klinik ve laboratuvar olarak nüks izlenmedi.

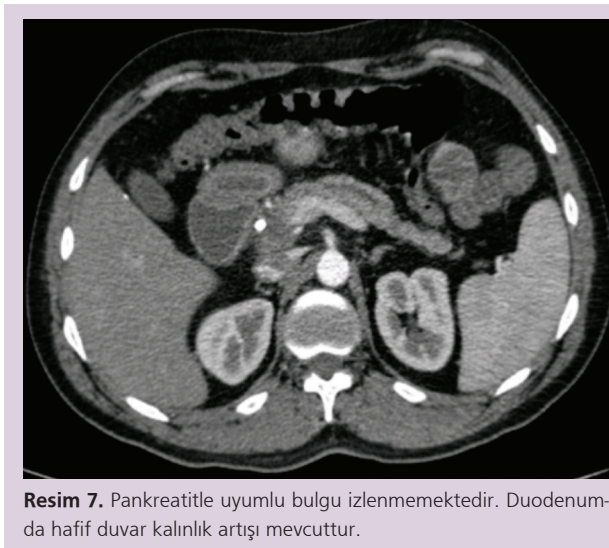
TARTIŞMA

Groove pankreatit, groove alan olarak adlandırılan pankreas başı, duodenum ve koledok arasındaki anatomik bölgeyi etkileyen kronik segmental pankreatittir. Kronik pankreatit nedeniyle pankreatiko-duodenektomi uygulanan hastaların %19.5-24.4'ünde groove pankreatit tespit edilmiştir. Erkek, alkol kullanan 40-50 yaş grubu bireylerde sıklık artmaktadır (2,4,5).

Patogenez tam olarak bilinmemektedir. Minör papillanın anatomik ve fonksiyonel obstrüksiyonu, sigara ve alkol



Resim 6. ERCP'de endoskopik olarak papilla irilemiş ve ödemli. Koledok selektif kanüle edilerek 7 cm, 10 Fr plastik biliyer stent koledoğa yerleştirildi.



Resim 7. Pankreatitle uyumlu bulgu izlenmemektedir. Duodenumda hafif duvar kalınlık artışı mevcuttur.

kullanımı nedeniyle pankreatik sıvının viskozitesindeki artışlar, kolesistokinin ve gastrin seviyelerindeki artışa bağlı brunner bezi hiperplazisi patogeneizde rol oynamaktadır (2). Dorsal pankreasın embriyolojik olarak duodenal lüme-

ne projeksiyonu, minör papilla disfonksiyonuna yol açan anatomik varyasyonlar (duodenal tomurcuk ve ektopik pankreas gibi) yine etken olabilir (6,7).

Hastalarda kilo kaybı, üst karın ağrısı, bulantı, kusma sıklığı. Koledaktaki stenoza bağlı olarak nadiren ikter görülür. Kilo kaybı pankreas kanseri ile kliniğin karışmasına neden olur. Akut mide çıkışı obstrüksiyonu oldukça nadirdir (3,8).

Serum pankreatik amilaz, lipaz, elastaz 1 ve karaciğer enzimlerinde bazen ılımlı yükseklikler görülür. Karsino embriyonik antijen ve CA 19-9 genellikle normaldir (9-11).

Endoskopide desendan duodenumda erozyon, ödeme bağlı stenoz ve polipoid görünüm olabilir (8). Transduodenal biyopsi peripankreatik malignitelerden groove pankreatiti ayırmada önemlidir (8,12).

Dinamik BT'de erken fazda fibrozisten dolayı düşük dansiteli bir alan görülür. Kistik lezyonlar ve duodenal duvar kalınlaşması görülebilir (13). Manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde T1'de pankreas parankimine göre rölatif olarak hipointens, T2'de izo-hafif hipointens, ince tabaka şeklinde kitle imajı görülür (14,15). MR görüntüleme

duodenal duvardaki kistleri tespit etmede yararlıdır (13). Manyetik rezonans kolanjiopankreatografi (MRCP) kanallarla ilgili daha detay bilgiler verebilir (16).

Endoskopik retrograd kolanjiografi koledoku ve santorini kanalını görüntüleme yararlıdır. Buralardaki taş, düzensizlikler, protein tıkaçları tespit edilebilir (8,10,12).

Groove pankreatitli hastaların çoğu peripankreatik malignite şüphesiyle opere edilmişlerdir. Son zamanlarda şiddetli karın ağrısı gibi semptomları olan hastalarda cerrahi tedavi önerilmektedir (10,17). Konservatif olarak sigara, alkol ve analjezik kullanımı yasaklanmalıdır (18). Pankreas kanseri ayırımı yapılamayan, semptomlarında düzelme olmayan hastalarda cerrahi tedavi düşünülmelidir. Genellikle pilor koruyucu, duodenumdaki ödem ve stenozdan dolayı pankreatiko-duodenektomi uygulanmaktadır. Bu hastaların %76'sında semptomatik yanıt alınmıştır (17).

Biz farklı klinik tablo ile seyreden iki groove pankreatitli olguda farklı tedavi modellerini seçtik. Birinci olguda du-

denumda obstrüksiyon ve ağrı bulguları ön planda olduğu için pankreatiko-duodenektomi seçeneğini uyguladık. Cerrahi tedavi sonrası hastanın semptomlarında belirgin iyileşme izlendi. İkinci olgumuzda ise biliyer obstrüksiyon bulgusu ön planda olduğu için ERCP ile koledoka geçici biliyer stent koyma metodunu uyguladık. Bu tür hastalarda alkol bırakmanın 3 ay gibi kısa bir sürede klinik ve laboratuvar bulgularında belirgin düzelme sağlayabileceğini göstermiş olduk. Takipte stent çıkarılarak izlendiğinde hasta alkol almadığında kısa dönemde nüks olmadığını tesbit ettik. Ancak hastada uzun dönem nüks olabileceği için izleme devam edilmelidir.

Sonuç olarak, alkol ve sigara kullanım öyküsü olan 40-50 yaş erkek hastalarda kronik pankreatitin bir formu olan groove pankreatit akılda tutulmalıdır. Groove pankreatit ile pankreas kanseri ayırımı iyi yapılmalı ve takipte mutlaka akılda tutulmalıdır. Tedavi seçenekleri hastanın yakınma ve laboratuvar bulgularına göre seçilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Becker V, Bauchspeichel D. Spezielle Pathologische Anatomic Bd. VI. In: Doerr W, Seifert G, Uhlinger E, Eds. Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1973.
2. Stolte M, Weiss W, Volkholz H, Rosch W. A special form of segmental pancreatitis: groove pancreatitis. Hepatogastroenterology 1982;29:198-208.
3. Adsay NV, Zamboni G. Paraduodenal pancreatitis: a clinicopathologically distinct entity unifying 'cystic dystrophy of heterotopic pancreas', 'para-duodenal wall cyst', and 'groove pancreatitis'. Semin Diagn Pathol 2004;21:247-54.
4. Becker V, Mischke U. Groove pancreatitis. Int J Pancreatol 1991;10:173-82.
5. Yamaguchi K, Tanaka M. Groove pancreatitis masquerading as pancreatic carcinoma. Am J Surg 1992;163:312-6.
6. Ohta T, Nagakawa T, Kobayashi H, et al. Histomorphological study on the minor duodenal papilla. Gastroenterol Jpn 1991;26:356-62.
7. Zamboni G, Capelli P, Scarpa A, et al. Nonneoplastic mimickers of pancreatic neoplasms. Arch Pathol Lab Med 2009;133:439-53.
8. Balakrishnan V, Chatni S, Radhakrishnan L et al. Groove pancreatitis: a case report and review of the literature. JOP 2007;8:592-7.
9. Shudo R, Obara T, Tanno S, et al. Segmental groove pancreatitis accompanied by protein plugs in Santorini's duct. J Gastroenterol 1998;33:289-94.
10. Yamaguchi K, Tanaka M. Groove pancreatitis masquerading as pancreatic carcinoma. Am J Surg 1992;163:317-8.
11. Shudo R, Yazaki Y, Sakurai S, et al. Groove pancreatitis: report of a case and review of the clinical and radiologic features of groove pancreatitis reported in Japan. Intern Med 2002;41:537-42.
12. Mohl W, Hero-Gross R, Feifel G, et al. Groove pancreatitis: an important differential diagnosis to malignant stenosis of the duodenum. Dig Dis Sci 2001;46:1034-8.
13. Itoh S, Yamakawa K, Shimamoto K, et al. CT findings in groove pancreatitis: correlation with histopathological findings. J Comput Assist Tomogr 1994;18:911-5.
14. Irie H, Honda H, Kuroiwa T, et al. MRI of groove pancreatitis. J Comput Assist Tomogr 1998;22:651-5.
15. Rahman SH, Verbeke CS, Gomez D, et al. Pancreatico-duodenectomy for complicated groove pancreatitis. HPB (Oxford) 2007;9:229-34.
16. Gabata T, Kadoya M, Terayama N, et al. Groove pancreatic carcinomas: radiological and pathological findings. Eur Radiol 2003;13:1679-84.
17. Casetti L, Bassi C, Salvia R, et al. 'Paraduodenal' pancreatitis: results of surgery on 58 consecutive patients from a single institution. World J Surg 2009;33:2664-9.
18. Levenick JM, Gordon SR, Sutton JE, et al. A comprehensive, case based review of groove pancreatitis. Pancreas 2009; 38:e169-75.