

İKİ VAKA NEDENİ İLE PANKREAS PSÖDOKİSTLERİ

Op. Dr. Olcay DERMAN (*)

Op. Dr. Zehra ÇAĞIL (**)

Op. Dr. Kamuran ARER (***)

Pankreasda görülen psödokistler kistik lezyonların en genel tipidir. Pankreasdan ekstravaze olan kan ve pankreatik mayinin pankreas etrafındaki selüler dokuda veya bursa omentalisde ankapsülasyon sonucu meydana gelir. Bununla beraber karın, göğüs ve boyunda da bulunabilir.

Pankreatik psödokistlerin insidansında, oluşumunda ve tedavisinde karışıklık mevcuttur. Kullanılan teşhis metodları ve diğer kistlere dayanarak pankreatitislerde görülme oranının yüksek olduğu saptanmıştır. Birçok psödokistler akut pankreatitislerden sonra inkişaf ederler, daha azı da kronik pankreatitiden sonra görülür. İntrapankreatik veya extrapancreatik olarak teşekkül ederler. Sonucusu daha sık görülür. Çünkü intrapancreatik psödokist pankreatik kanal yolu ile direne ve dekomprese olur. Pankreatitisle birlikte olan her amil psödokistle beraber bulunmamasına rağmen, % 26 oranında predispozan faktör görülmez. Birçok operasyonu takiben müşahede edilebilir. Akut pankreas nekrozu olan vakalarda bursa omentalisin direnaji, lokalize pankreas apsesinin direnaji, pankreolitotomi, kaudal pankreatektomi ve splenektomi, pankreatiko-duodenektomi (periampular saha kanserlerinde, pankreas başı kanserlerinde ve gastrik ve duodenal ülser ile malign gastrik lezyonlarda nükseden pankreatitiste) yapılan gastro-duodenal rezeksiyonlardan sonra görülebilir.

Çocukluktaki psödokistlerin en genel sebebi künt travma veya akut hemorajik pankreatitlerdir.

(*) Şişli Etfal Hastanesi 3. Cerrahi Kliniği Şef Yardımcısı.

(**) Şişli Etfal Hastanesi 3. Cerrahi Kliniği Başasistanı.

(***) Şişli Etfal Hastanesi 3. Cerrahi Kliniği Şefi.

Değişik bildirilere göre insidans şöyle sıralanabilir.

Hastaneye kabul edilen hasta sayısı	Pankreas kisti	%
Howard ve Jovdan	2 142 631	151 % 0.007
Henry Ford Hospital	1 150 000	44 % 0.0038

Piper ve arkadaşları Mayo kliniğinde 50 yıl içinde 298 vakaya rastlamışlardır.

Scharplatz ve White 554 akut pankreatitis vakasının 21'inde kistik lezyon bulmuşlardır. Kronik pankreatitisli 179 vakanın 42'sinde pankreas kistinin geliştiği tesbit edilmiştir.

Rosenberg 2371 vakanın 53'ünde psödokist bulmuştur.

Henri Ford Hospitalde 797 vakanın 23'ünde.

Lahey klinikte 190 vakanın 72'sinde kistik lezyon tesbit etmişlerdir.

Warren ve arkadaşları pankreas kisti nedeni ile ameliyat olan 148 hastanın yaklaşık olarak % 50'sinde psödokist tesbit etmişlerdir. Burada erkek kadın oranı 2/1'dir. Hastaların çoğu 30-70 yaş arasındadır.

Beltex ve arkadaşları literatürde çocuklara ait 44 vaka buldular. Kendileri iki vaka ilave ettiler. Bu iki vaka hariç Zürih ve Bern hastanelerinde 16 sene zarfında psödokist tesbit edilmemiştir.

Psödokistler hakiki basit kistlerle mukayese edilirse, çapları daha büyüktür. Çapları 5-15 cm. volümleri 100 ml-birkaç litre arasındadır. Ünülokülerdir. Nadiren mültiloküler olabilirler. Muhtevaları temiz, seröz kıvamlı veya kalın ve bulanıktır. Rengi kırmızı-kahverengi olabilir. Mayi içinde bir veya birkaç ferment bulunabilir. Uzun süre bekleyenlerde ferment olmayabilir. Hakiki retansiyon kistler küçüktür ve pankreatik kanal sistemi ile bağlantılıdır. Etrafında kanalın silindirik veya küboid epiteli vardır. Psödokistler ise pankreatik parankima ile çevrilidir. Neoplastik kistlerin (kistadenoma, kistadenokarsinoma) kendilerine has bir görünümüleri vardır. Asiner yapıda ve mültilokülerdirler. Primer neoplazmin pankreas dokusu içinde husule getirdiği pankreatit ve nekrozlarla ilgilidirler.

Psödokistler en çok glandın gövdesinde ve kuyruğunda bulunurlar. Bu kistler mide ile karaciğer arasında, transvers kolon ile mide arasında, sol subfrenik sahaların birinde veya sol kolik bölgede yerleşebilirler.

Teşhiste dikkatli bir anemnezin büyük rolü vardır. % 30 vakada travma hikayesi bulunur. Araştırıldığı zaman rekuran pankreatitleri düşündüren şiddetli epigastrik ağrı hecmeleri veya tekrarlayan biliyer kolik ortaya çıkarılabilir. Pankreas üzerine yapılmış aşikar bir ameliyat hikayesi bulunabilir. Bazan akut üst abdomen belirtileri ile bir exploratris laparotomi geçirmiş olabilir. Kist yavaş olarak genişliyorsa semptomlar belli belirsiz olabilir. Yemeklerden sonra dolgunluk hissi veya göbeğin üzerinde künt bir ağrı hissedilebilir. İştahsızlık, hazımsızlık, kusma da olabilir. Epigastrik ağrı pankreatik psödokistlerin en belirgin semptomudur. Ağrı sağ subkostal bölgeden ziyade sol hipokondriuma veya üst dorsal bölgeye vurur. Nadiren karın alt kadranında görülür. Daha sonra genişlemiş kist safra yolları üzerine tazyik ederek sarılığa sebep olabilir. Diabetes mellitus ve ağırlık kaybı da sık görülen semptomlardandır. Yalancı kist bulunan vakaların % 10-15'inde diabet görülür. Sonunda epigastriumda hassas olmayan yuvarlak veya oval bir şişlik hissedilebilir. Bu şişlik orta hattan bazan sol tarafa doğru uzanabilir. Bazan palpasyon ile lateral veya vertikal bir hareket olmasına rağmen vakaların çoğunda teneffüsle hareket etmez. Teşhis ekseriya mide, kolon, safra kesesi ve böbreklerin incelenmesinden sonra konulabilir. Direkt grafide pankreatik kistler yumuşak doku gölgeleri halinde görülür. Gaz ihtiva eden organların yer değiştirmesi veya itilmesi kisti düşündürülebilir. Baryumla yapılan radyolojik incelemede duodenal ansın C tarzında genişlemesi veya dolma defekti göstermesi, mide duodenum veya transvers kolonun çentiklenmesi, pankreatik kistlerin ihtimali teşhisinde yardımcıdır. Pyelogram üreter ve böbreklerin deplasmanını gösterir. Bazan direkt karın filminde kist duvarında kalsifikasyonlar görülebilir. Pankreasın kistadenomalı vakalarında kalsifikasyon sıklıkla görülmektedir.

I.V. ve retrograd kolangiografi pankreas başından menşe alan kistlerin kanalın obstrüksiyonunu göstermesi bakımından yardımcı olabilir. Endoskobik retrograd pankreatografi, büyük ve küçük kanalların pankreatitise bağlı bozukluklarını, kistin pankreatik kanal sistemi ile ilgisi olup olmadığını gösterebilir. Selektif çöliak angiografi vaskülarite değişikliklerini göstermede yardımcı olabilir. Exter-

nal sintilasyon scanning (seleno-methionin ile) teşhiste yardımcı tetkiklerden biridir.

Ultrason ekografi intra-abdominal kistlerin teşhisine yeni boyutlar getirmiştir. Basitliği, kolay ve emin oluşu, spesifik ve hassas oluşu pankreas kisti ile komplike olan hastalarda aranılan test haline gelmiştir. Bununla beraber ekografi psödokistleri, inflamatuvar olarak komplike olmayan hakiki kistlerden ayırır bir portre çizemez. En büyük avantajlardan biri ekogramın tekrar edilebilmesi ve hastaya büyük bir rahatsızlık vermemesidir. Bu şekilde kist gelişimi yakından takip edilebilir. Son zamanlarda elektrokomputer ile aksial tomografi pankreatik tümör ve kistlerin teşekkülünü anlamada faydalı olmuştur.

Şiddetli bir akut pankreatit hecmesi geçirdikten sonra yapılan ultrasonografilerde, hastaların % 50-90'ında psödokist gösterilmiştir. Eşit sayıdaki vakada spontan olarak kaybolur.

Bursa omentalisteki koleksiyonlar, psödokistler, apseler, extremiteler mayi olabilir, veya yanlış yorumlara sebep olabilir. Bu ihtimallerin birbirinden ayrılması güçlük arzedebilir.

Birçok neşriyatlar palpasyon ile lokalize edilen ve ultrason ile bulunan koleksiyonlar arasında ayırım yapmaz. Acaba oluş hikayesi aynı mıdır? Bu faktörler bir yana, hiç olmazsa palpe edilemeyen kistik lezyonların % 20'si spontan olarak kaybolur.

Laboratuar tetkiklerinde anemi tesbit edilir. Lökositoz vardır. Bazı vakalarda glikozüri ve hiperglisemi görülebilir. Serum amilaz ve lipaz seviyesinde artma vardır. Eğer bunlar tedaviye rağmen sabit kalıyorsa pankreatitisin kiste dönüştüğüne dair bir fikir verebilir. Gaitada fazla yağ bulunması pankreatitisle komplike kisti düşündürür.

Eğer bir hastada çok yakın bir zamanda akut abdominal bir hastalık, bir travma, dispepsi, gittikçe artan karın ağrısı ve yavaş büyüyen, epigastriumu işgal eden sertçe bir kitle varsa pankreas kisti düşünülmelidir.

Pankreas psödokistleri, karaciğerin parazitik ve nonparazitik kistleri ile, safra kesesi mükoseli, hidronefrozis, mezanterik kist, omental kist, dalak kistleri, pankreasın kistadenomu, kistadenosarkoma, retroperitoneal kist ve sarkomlar, hatta ovarian kistlerle karışabilirler.

Prognoz erken teşhis ve tedaviye bağlıdır. Klinik seyir düzenli bir şekilde ilerleyicidir. En önemli komplikasyon; perforasyon, hemoraji (arteriel, venöz, splenik) ve süpürasyondur. Ayrıca komşu dokuları ilgilendiren sekonder komplikasyonlar da olabilir. Duodenuma, mideye, barsağa açılma, duodenal veya intestinal obstrüksiyon, extrahepatik safra yolları obstrüksiyonu, splenik ven trombozu, peritoneal pankreatik asit husulü, plevral veya bronşial fistüller olabilir. Bunların sayıları çok farklılık gösterdiği gibi çoğu da tek vaka raporlarıdır.

Transenterik rüptür ve safra yolları obstrüksiyonu % 5-16 oranında iki geniş seride görülmüştür. Bunlar kistin tabii drenajı gibi görünürse de sepsis ve karında diğer süpüratif koleksiyonlara sebep olması bakımından tehlike arzeder.

Observasyon için (emniyetli periyod) tavsiye edilen altı hafta kabul edilebilir gibi görünüyorsa da bu periyod kesin değildir. Çünkü komplikasyonlar bu süreden önce veya sonra görülebilir. Bu beklenen süre sütür için daha güvenilir bir kist duvarının gelişmesine yardım eder.

Farzedilen rezolüsyon vuku bulmazsa, psödokist palpabl ve semptomatik kalırsa cerrahi tedavi gerekir. Neşriyatlarda hangi ameliyatın yapılacağına dair kesin çözüm ve kıyaslamalar olmamasına rağmen, opere kistlerin birkaç serideki durumları şöyle özetlenebilir.

1) Birçok raporlarda psödokist, enfekte psödokist ve apseler ayrılmamıştır.

2) Rekuran psödokistler genel olarak progresyonun mevcudiyetini veya reküran pankreatitis ve yeni bir kist formasyonunu veya yerleşmiş psödokisti gösterir.

3) İnternal direnaj, eksternal direnaj ve eksizyonu mukayese eden kontrol çalışmaları mevcut değildir. Fakat genel olarak düşün hastalar eksternal direnaj ile tedavi edilebilir.

4) Bireysel tercihler ve lokal faktörler yapılan internal direnaj tipini belirler ve bir teknik doğal olarak diğerinden daha iyi değildir.

Avram M. Cooperman ameliyat edilmiş psödokistleri inceledikten sonra tek bir ameliyat şeklinin üstünlüğü hakkında ikna olmadığını ifade etmiştir.

Tedavide 7 tip kabul edilmiştir.

- 1) Basit eksternal direnaj,
- 2) Marsupializasyon,
- 3) İnternal direnaj (kistogastrostomi, kistojejunostomi, kistoduodenostomi),
- 4) Kistin eksizyonu,
- 5) Kist tamamen çıkacak şekilde pankreasın kuyruk veya gövdesinin eksizyonu ve splenektomi,
- 6) Pankreato duodenal rezeksiyon,
- 7) Transduodenal sfinkterotomi ve kist kavitesinin pankreatik kanal yolu ile polietilen tüb veya kateter vasıtası ile pasajın temini.

Kist içine kateter yerleştirilerek karın dışına alınması ve aspirasyonu : Basit direnaj; bilhassa künt travmalar, ameliyat travmalarından, akut pankreatik hecmelerden sonra husule gelen psödokistlerin tedavisinde etkili bir metoddur. Ayrıca kısa sürede oluşan zayıf duvarlı enflamatuvar kistlerde, apselerinde, genel durumun bozuk olduğu hallerde tavsiye edilmiştir. Müdahaleden sonra düşük nisbette de olsa pankreatik fistül teşekkül edebilir. Bu fistül % 60 bir ay, % 15 bir sene sonra kapanır. % 25 vakada ise ikinci bir ameliyat gerekir.

Psödokistin marsupializasyonu nadiren yapılır.

Psödokistin üst gastrointestinal traktüse (mide, duodenum ve proximal jejunuma) direnaji uzun zamandan beri yaygın olarak kullanılmaktadır. Transgastrik kistogastrostomi ise çok tutulmaktadır. Bilhassa büyük kalın duvarlı ve hafif pankreatitisle beraber olan kistlerde endikedir. Erken ve geç sonuçlar % 80 çok iyidir.

Mortalite % 3 ile düşük, iyileşme 10 gün gibi kısa bir süredir. Kistin yiyecek ile dolması ve boşalmasında güçlük olduğu düşünülebilirse de, büyük bir sıklıkla kist birkaç hafta içinde kapanır. İnternal direnaj sırasında psödokist içine yerleştirilen bir kateter vasıtası ile radyoopak madde verilerek yapılan çalışmalar veya kistogastrostomi, kistoduoenostomilerin endoskopik tetkikleri veya baryum röntgenogramları ile çalışıldığı zaman psödokistlerin hacminin nasıl çabuk küçüldüğü ve sütür hattının daraldığı hakkında fikir edinilebilir. Bu epitelle çevrili olmayan psödokistin epitelial sınırlı intestine sü-

türe edilmesinin bu kısımda sonradan daralma ve kapanma sağlıya-
cağının umulmasındandır.

Pankreatit kistin eksizyonu teoriye göre ideal bir ameliyat ise de
mortalite oranının yüksek oluşu ve teknik güçlükler pratik olarak uy-
gulanmasını sınırlar.

Warren ve Baker'a göre pankreatitis ve peripankreatitis ile be-
raber olmayan kistler enükleasyona müsaittirler.

Kuyruk veya kuyruk ile birlikte gövdenin rezeksiyonu burada-
ki lokalizasyonlarda kistin tedavisi için etkili radikal bir metoddur.

Pankreato-duodenal rezeksiyon büyük bir ameliyat şeklidir ve
primer olarak kullanılmamalıdır. Pankreatitis ile birlikte ancak kro-
nik nüks eden komplike olan vakalarda başvurulacak olan sekonder
bir ameliyattır. Tümöral hadiseye bağlı multipl kistlerde seçilecek
bir ameliyat şeklidir.

Transduodenal sfinkterotomi bazı vakalarda endike olabilir. Ana
pankreatik kanal boyunca bir kateter geçirilerek kist direne edilebi-
lir.

Komplike psödokistlerde tedaviye gelince; psödokistin en ciddi
komplikasyonu hemorajidir. Genellikle splenik arterden olur. Multipl
kanama odaklarından olabilir. Angiografi ile kanayan damar lokali-
ze edilerek enfekte olmayan psödokistin eksizyonu, splenektomi ve
splenik damarların ligasyonu ile hemoraji kontrol altına alınır.

Yaygın olmayan bir komplikasyon olan intestinal obstrüksiyon
direnajdan sonra düzelir.

Ekstrahepatik biliyer obstrüksiyon;

Pankreas başındaki bir psödokistin distal safra yollarına komp-
resyonu ile veya kronik nükseden pankreatitis ile husule gelen fibro-
zisin distal kanalı daraltması ile meydana gelen kolestazis safra ke-
sesi ve koledak taşlarına neden olabilir. Bir seride 131 psödokistin
20'si koledok kanalına baskı yaparak sarılığa sebep olmuştur. Co-
operman'ın tecrübelerine göre safra yolları obstrüksiyonu psödokist-
ten çok pankreas başındaki fibrozis nedeni ile hatta ikisi birlikte ol-
duğundan meydana gelmektedir.

Psödokistin direnajdan sonra intraoperatif kolangiografi, fib-
rozisin distal safra yolunu kompresyona uğratmadığını isbat eder.

Bu nedenle bir biliyer bypass (genellikle koledok veya safra kesesi) safra direnajını temin eder.

Pankreatik asitler ve plevral efüzyonlar;

Hadise yakında Cameron tarafından gözden geçirilmiş ve 1965'e kadar 13 vaka bildirilmiştir. O zamandan beri 122 vaka ilave olmuştur. Pankreatik asitler pankreas kanalının açılması ile ortaya çıkan sekresyonların peritoneal kaviteyi irrite etmesi ile kendini gösterir. Peritoneal irritasyon nedeni ile asit mayiinde albümin seviyesi yüksektir. Çünkü albümin pankreastan ifraz edilmez. Eğer sızıntı pankreas arkasına olursa, asit mayii mediastinum veya plevraya erişerek masif efüzyona sebep olur.

Retrograd endoskopik çalışmalarla bu gösterilmiştir ve % 80 alkolizm ile beraber olur. Fakat bu hastaların yarısı pankreatitis hecmelerini hatırlamazlar. Tedavi nonoperatif metodlardır, i.v. hiperlimantasyon ve pankreatik sekresyonların inhibisyonu gibi tedavi metodları uygulanır. Yaklaşık olarak hastaların yarısı tıbbi tedavi ile iyi olur. Eğer bu tedavi başarısız olur ve sızıntı lokalize olursa ana pankreatik kanala Roux en Y şeklinde pankreatiko-jejunostomi veya distal rezeksiyon ve anastamoz veya intestinal direnaj tavsiye edilir. Başarı sızıntının doğru lokalizasyonuna bağlıdır. Sankaran ve Walt 19 hastada % 53 oranında nüks neşretmişlerdir. Fakat onların pankreatogramı yoktu. Endoskopik lokalizasyonu olan 7 hastada ise nüks olmadığı tesbit edilmiştir .

Pankreatik psödokistleri takiben husule gelen fistüller % 50 spontan olarak kapanır. Böyle kapanma fistül tarihinden 2 sene veya daha fazla uzayabilir. Kapanmayan vakalarda fistül mesirinin eksizyonu ile ana pankreatik kanalı mide veya jejunuma anastomozu yapılabilir. Gövde ve kuyruğu ilgilendiren inatçı fistüllerde distal pankreotektomi ve splenektomi yapılır.

Vaka I : K.Ö. 3 yaşında kız çocuğu. 20 gün kadar önce geçirdiği trafik kazası sonucu kliniğimizde 3 gün kadar observe edilerek taburcu edilmiş. Bir hafta önce karnında bir şişlik farkedilmiş ve son günlerde kusmaları olmuş. Tekrar müracaatla yatırılmış. Yapılan klinik muayenesinde sol hipokondriumu işgal eden yumruk cesametinde, solunuma iştirak etmeyen, hareketsiz orta sertlikte, sınırları pek iyi alınamayan ağırlı bir kitle tesbit edildi. Rutin laboratuvar bulgularında özellik yok. Post-travmatik pankreatik psödokist düşünülerek ya-

pılan laparotomide karında takriben 100 cc. kadar kirli kahverenkli bir mayi aspire edildi. Gastrokolik ligaman açılarak eksplere edildiğinde pankreasa ait portakal cesametinde kistik bir oluşum tesbit edilerek önce ponksiyon edildi. İçinden kirli kahverenginde mayi geldi. Askı sütürleri arasından açıldı. Takriben 200 cc. kadar kahverenginde mayi aspire edildi. Midenin arka yüzü ile kist arasına kistogastrostomi yapılarak hasta 11. gün şifa ile taburcu edildi.

Vaka II : R.Ş. 11 yaşında kız çocuğu. Hikayesinde 21 gün önce geçirilmiş bir travma mevcut. Şikayetleri ağaçtan düştükten sonra başlamış. Önceleri karında yaygın ağrıları varmış. Bir haftadan beri epigastriumda bir şişlik farketmişler, şiddetli ağrı ve kusma şikayetleri ile yatırılan hastanın yapılan mide-duodenum tetkikinde küçük kruvaturada midenin dikey ve yatay kısımlarında harici baskı belirtisi tesbit edilmiştir. Klinikte de çok şiddetli epigastrik ağrısı olan hastanın yapılan muayenesinde epigastriumu tamamen dolduran büyük çocuk başı cesametinde, yuvarlak, muntazam, hareketsiz, teneffüse iştirak etmeyen çok ağırlı bir tümoral teşekkül bulunmuştur. Rutin laboratuvar tetkiklerinde bir özellik yok. Yapılan laparotomide : Mideyi öne ve aşağıya doğru iten, mide ile karaciğer arasından tebarüz eden, büyük çocuk başı cesametinde pankreasa ait kistik bir teşekkül tesbit edildi. Gastro kolik ligaman açılarak pankreasla ilgisi iyice görüldü. Daha sonra mide arka yüzü ile kiste sıkıca yapışık olduğundan transgastrokisto-gastrostomiye karar verilerek mide açıldı. Kist ponksiyone edilerek mayi alındı ve tetkike gönderildi. Kist mayii trokar ile boşaltıldı ve transgastrik kistogastrostomi yapıldı. Kist mayi sarımsak renkte idi. Ameliyat esnasında ponksiyon ile alınan mayide lipaz 9.6ü/ml. amilaz 8196 W.Ü. bulunmuştur.

Kist cidarının pat. anat. tetkikinde granülasyon dokusu gelmiştir. Hasta ameliyatının 8. günü şifa ile taburcu edilmiştir.

Özet

Kliniğimizde tedavi edilen 2 vaka nedeni ile pankreatik psodokistler gözden geçirildi.

Palpabl pankreatik kistlerde tedavi değişikdir. Çeşitli cerrahi alternatifler aynı derecede etkilidir.

Summary

Pancreatic pseudocysts was reviewed because of two patient who was treated in our clinic.

Treatment of palpabl pseudocysts is varied and the multiple surgical alternatives are equally effective.

LITERATUR

1. Shackelford, Rt : Surgery of The Alimentary Tract W.B. Saunders company. vol. 2 P : 918-928, 1955.
2. Maingot, R : Abdominal operations, 6th, ed, Newyork Appleton-century crofts 1974 chap 37 P : 779-789.
3. Cooperman, A.M. : Chronic Pancreatitis, Surg. Clin. North America 61 : 1, 1981.