

**OBSTRUKTİF SARILIĞA NEDEN OLAN PANKREAS BAŞINDA
KİST HİDATİK VAKASI***HYDATID CYST IN THE PANCREATIC HEAD
CAUSING OBSTRUCTIVE JAUNDICE*Dr. Adil KOYUNCU, Dr. Deniz ÇULCU, Dr. Muzaffer AKINCI, Dr. Haldun SUNAR,
Dr. Soykan ARIKAN, Dr. Onat ARINÇ

ÖZET: 61 yaşında 69 kg. ağırlığında erkek hasta obstruktif sarılık düşünülerek 1. Cerrahi Kliniği'ne sevk edilmiş. Sırt ağrısı, iştahsızlık ve sarılık şikayeti nedeniyle bir hafta dahiliye kliniğinde tetkik edilen hastada alkol kullanma öyküsü bulunmuyor. Fizik muayenede batın sağ üst kadran palpasyonla ağrılı, safra kesesi hidropik olarak palpe ediliyor. Üst batın tomografide pankreas başında 22 mm. çapında düzgün kontürlü kist mevcut. Hastaya exploratris laparotomi planlandı. Peroperatif yapılan kist aspirasyonunda kist hidatik'in laminar membranı ile karşılaşınca pankreas başındaki lezyonun kist hidatik olduğuna karar verildi. Kolesistektomi, koledokoduodenostomi, parsiyel kistektomi ve kapitonaj uygulandı. Hasta postoperatif dönem sonrası 800 mg / gün Albendazol başlanılarak taburcu edildi.

SUMMARY: The patient (male; age = 69) was referred to the Department of 1st Surgery upon suspicion of obstructive jaundice. He was admitted to the Department of Internal Medicine with back pain, loss of appetite, and jaundice and some laboratory tests were performed. He has no history of alcohol use. During his physical examination, pain was noted in the upper right quadrant and the gall bladder was palpable and hydropic. A 22 mm. cystic structure with smooth contours was detected in the abdominal CT scan. An exploratory laparotomy was planned. During the perioperative cyst aspiration, the laminar membrane of hydatid cyst led to the probable diagnosis of hydatid cyst. Cholecystectomy, choledocoduodenostomy, partial cystectomy and capitonage was performed. The patient was started on 800 mg / day albendazole during postoperative period and then was discharged.

VAKA TAKDİMİ

61 yaşında 69 kg. ağırlığında erkek hasta obstruktif sarılık düşünülerek 1. Cerrahi Kliniği'ne sevk edilmiş. Sırt ağrısı, iştahsızlık ve sarılık şikayeti nedeniyle bir hafta dahiliye kliniğinde tetkik edilen hastada alkol kullanma öyküsü bulunmuyor. Skleralar ikterik, akolik gayta mevcut. Fizik muayenede batın sağ üst kadran palpasyonla ağrılı, safra kesesi hidropik olarak ele geliyor. Hct: 32 %, Lök: 12200/mm³, Sed.: 23 mm/h, T.Bil.: 21.56 mg/dl, D.Bil.: 15.27 mg/dl, ALT: 602 IU/L, AST: 276 IU/L, ALP: 1302 IU/L, gGTP: 518 IU/L, Amilaz: 1501 IU/L, INR: 1.06, İdrar bil.: (+ + +). Batın USG: İntrahepatik safra yolları dilate olarak izlendi. Safra kesesi boyutları artmış, içerisinde tüm lümeni kaplayan safra çamuru izlenmektedir. Koledok 14 mm. çapında ve içinde safra çamuru mevcut. Pankreas başı lokalizasyonunda 23 mm. çapında düzgün kontürlü kistik yapı izlenmektedir. Üst batın tomografide pankreas başında 22 mm. çapında kistik lezyon ve dilate koledok gözlemlendi. Normalden geniş koledok kist lokalizasyonunda gözlenmemektedir (Resim 1).

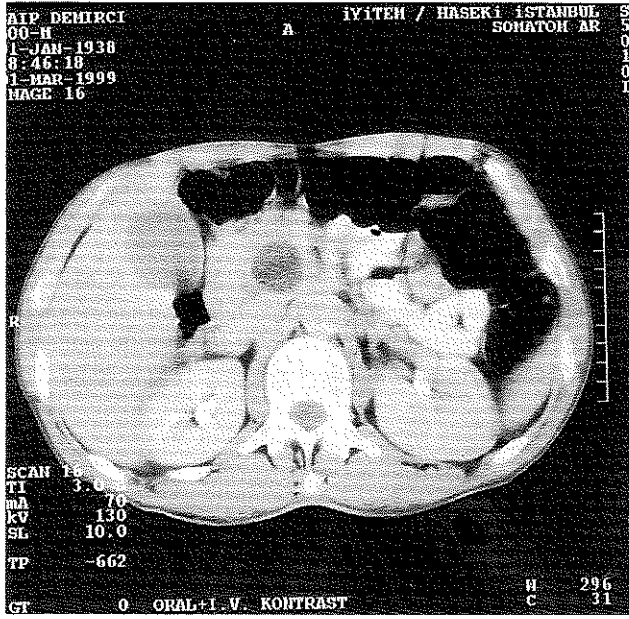
Pankreas başındaki kistin koledok ve pankreatik duktusla ilişkisini gösterebilmesi amacıyla hastaya MR kolanjiyografi yapıldı. MR kolanjiyografi görüntülerinde (Resim 2); safra kesesi hidropik, koledok 14 mm. çapında, safra kesesi ve dilate olmuş koledokta yoğunlaşmış safra çamuruna ait diffuz hipointens görünüm mevcut. Pankreas baş kısmı yerleşimli 30*28 mm. çaplı kistik oluşum nedeniyle koledok alt ucun 2 cm. proksimal düzeyinde dıştan bası tespit edildi (distal koledok 1.5 2 cm. lik segmentte normal genişlikte saptanmış). Pankreas duktusu normal genişlikte gözlemlendi. Kistin pankreatik duktusla ilişkisi saptanmamıştır.

Durumu stabilize olan hasta ameliyata alındı. Explorasyonda; karaciğer safra stazı nedeniyle normalden büyüktü. İntraparankimal patolojik lezyon saptanmadı. Safra kesesi hidropik, koledok normalden genişti. Palpasyonla pankreas başında yaklaşık 3 cm. çapında, fluktuasyon veren kitle saptandı. Pankreas başındaki a. mesenterica superior'un sağında bulunan lezyona ulaşıldı. İnce iğne aspirasyonunda 10 cc. renksiz visköz olmayan sıvı aspire edildi. Aspirasyon mayii sitoloji laboratuvarına gönderildi. Kist boşluğuna girildiğinde hidatik kistin laminar membranının dışarıya protrüze olduğu görüldü. Pankreas başındaki lezyonun kist hidatik olduğuna karar verildi. Kolesistektomi yapıldı. Per-op.

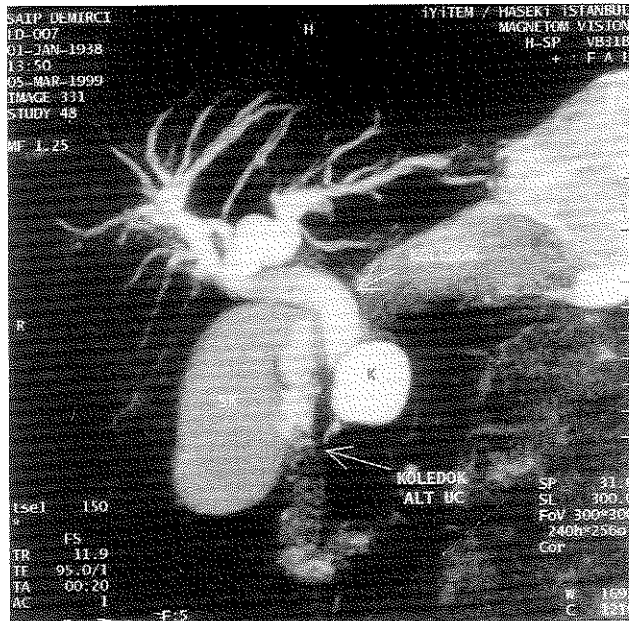
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği

Yazışma Adresi: Op. Dr. Deniz Çulcu
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği, Aksaray
İSTANBUL-TÜRKİYE

Resim 1. Pankreas Kist hidatığının BT görüntüsü



Resim 2. Pankreas Kist hidatığının MR görüntüsü



kolanjiografide koledok normalden geniş ve intrahepatik safra yolları dilate saptandı. Koledokotomi yapıldı, patoloji gözlenmedi. Duodenuma geçiş mevcuttu. Kist içi povidon iodor % 10 ve serum sale % 20 ile irriye edildi. Kiste parsiyel kistektomi ve kapitonaj uygulandıktan sonra koledokoduodenostomi yapıldı. Batın drenler konularak anatomisine uygun kapatıldı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmedi. 4. günde drenler alındı. Aspirasyon mayiinde CEA, CA 19-9, amilaz düzeyleri normal olarak saptandı. Operasyon materyalinin patoloji sonucu kronik pankreatit, fibrotik cidar, hyalen yapıda

laminar membran, kist hidatik kutiküler membran ile uyumlu olarak geldi. Hasta 800 mg/gün albendazol başlanarak şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Pankreas kist hidatik için çok nadir bir lokalizasyon yeridir (1). Serhal ve ark. Hastalığın endemik olduğu ülkelerde pankreas kist hidatığının % 1'in altında olduğunu bildirmişlerdir. Cosme ve ark. ise primer pankreas kist hidatığının hidatosisi vakaların % 0.25 kadarında bulunduğunu belirtmişlerdir (2). Hidatosi, bazı ülkelerde endemik olarak bulunmaktadır. Parazit birçok dokuyu enfekte etmekle birlikte en çok karaciğer (%70), akciğerler (%10), kaslar (%4.7), dalak (%2.1) ve beyin (%1.4) lokalizasyonunda yer alır. Nadiren kemik, tiroid, meme ve pankreas tutulumu olabilir (3).

Karaciğer round ligamanında yerleşmiş bir vaka bildirilmiştir (3). Pankreatik yerleşimli kist hidatığının yerleşim yerine göre klinik belirtileri değişkendir. Hastalığın pankreasta değişik ve nadir yerleşimli olması nedeniyle tanısı zordur (4). Bu nedenle operasyon öncesi tanıda zorluklar mevcuttur. Pankreas kuruğuna yerleşenler kronik rekürren pankreatite (1) neden olurken bazıları epigastrik mass, gastrointestinal sistem obstruksiyonu ya da obstruktif sarılık semptomları verebilirler (4).

Bazı otörler kist yavaş büyüdüğü için pankreatit ve duktal kompresyonun alışılmamış olduğunu söylerken (1,5) bazıları da common bilier duktusa baskıyla akut pankreatite neden olduğunu söylerler. Pankreasta lokalize olan lezyonların, pankreas pseudokisti ve diğer kistik lezyonlardan ayırıcı tanısının yapılması gerekir. Bu ayırıcı tanı klinik, laboratuvar, histolojik, serolojik ve radyolojik yöntemlerle yapılabilir. Ancak Chiari ve ark. (4) pankreas kist hidatığı olan 7 olgudan 3'ünde USG, BT ve serolojik testler ile tanı koyabilmişlerdir. Serhal ve ark. ise (1) biri peritoneal kaviteye rüptüre olmuş olan olgu ile birlikte 3 olguda USG ve CAT ile tanı koyduklarını bildirmişlerdir.

SONUÇ

Pankreas kistlerinde tanıda USG, BT, ERCP ve MR kolanjiografi kullanılabilir. Ayrıca perkütan veya intraoperatif kist aspirasyonunda aspire edilen mayide CEA, CA 19-9, amilaz ve total protein bakılarak pseudokist veya pankreasın kistik tümörlerinin ayırıcı tanısının yapılabileceğini savunan yayımlar mevcuttur (5). MR kolanjiografi biliopankreatik sistemin araştırılmasında yeni gelişen bir noninvazif tekniktir (6). MRCP normal pankreatik duktus ile pankreas dukt anomalilerini ve konjenital bilier ve pankreatik dukt anomalilerini gösterir. ERCP' de ise müsin salgılayan tümör ve kistik lezyonlarda obstruksiyonun distalini gösterememe dezavantajı mevcuttur.

Bizim vakamızda da Şekil 2' de görüldüğü gibi MRCP, noninvazif bir teknik olması ve distal sınırları koledoktan net olarak ayrılabilen pankreas kistini görüntüleyebilmesi nedeniyle önemli bir yer tutmuş olmasına karşın pankreas

kist hidatiği lehine bir bulgu vermemiştir.

Sonuç olarak nadir de olsa pankreasın kistik lezyonları içinde kist hidatiğin de olabileceği akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Serhal S, Sebai F, Mestiri S. Hydatid cyst of the pancreas. *Apropos of 3 cases. J. Chir. Paris.* 1987 Oct.;124 (10):542-4

2. Cosme A, Orive V, Ojeda E, Aramburu V, Irazusta M, Arenas JJ. Hydatid cyst of the head of the pancreas with spontaneous fistula to the duodenum. *Am. J. Gastroenterol.* 1987 Dec.;82 (12):1311-3

3. Vadala G, Buffone A, Giarlotta R, Vadala V, Patti P, Falanga R. A case of echinococcal cyst in the round ligament of the liver. *Minerva Med.* 1985 Mar. 31;76 (13):647-9

4. Khiari A, Mzali R, Ouali M, Kharrat M, Kechaou MS, Beyrouti MI. Hydatid cyst of the pancreas. *Apropos of 7 cases. Ann. Gastroenterol. Hepatol. Paris.* 1994 May-Jun.;30 (3):87-91

5. Colin B. Hydatid cyst of the pancreas presenting as obstructive jaundice. *Brit. J. Cl. Prac.* 1974 Dec.;28 (12):418-419

6. Yamaguchi K, Chijiwa K, Shimizu S, Yokohata K, Morisaki T, Tanaka M. Comparison of endoscopic retrograd and magnetic resonance cholangiopancreatography in the surgical diagnosis of pancreatic diseases. *Am. J. Surg.* 1998 Mar.;175 (3):203-8