

Pankreas Psödokisti ve Pankreatik Plevral Effüzyonlu Bir Olguda Endoskopik Tedavi

Dr. Fatih HİLMİOĞLU, Dr. Murat ALADAĞ, Dr. Nedim KIZILKAYA,
Dr. Melih KARINCAOĞLU, Dr. Alper SANCAK, Dr. Ramazan ÖZDEMİR, Dr. Mehmet YÜCESOY

Özet: 21 gün önce trafik kazası sonucu travmatik pankreatik psödokist ve pankreatik plevral effüzyon gelişen 18 yaşındaki bayan hasta endoskopik olarak tedavi edildi.

Summary: ENDOSCOPIC TREATMENT OF PANCREATIC PSEUDOCYST AND PANCREATIC PLEURAL EFFUSION

Anahtar Kelimeler: Pankreatik psödokist, plevral effüzyon

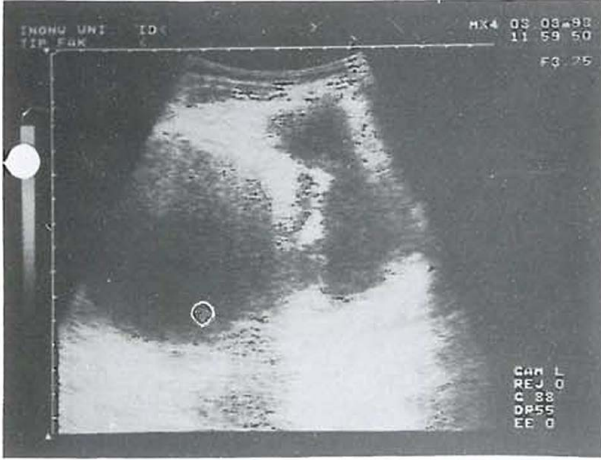
Key Words: Pancreatic pseudocyst, pleural effusion

Kliniğimize başvurmadan 21 gün önce trafik kazası geçiren hastada başka bir hastanede dalak rüptürü saptanarak, splenektomi yapılmış ve 11 gün yataklı tedaviden sonra taburcu olan hasta karın ağrısı, karında dolgunluk, bulantı, kusma, nefes darlığı ve sol yan ağrısı ile kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenede sol hemitoraksın solunuma iştiraki azalmış, sol akciğer 2/3 alt zonda akciğer sesleri alınamıyor ve perküsyonla matite alınıyordu. Epigastriumda hassasiyet vardı ve epigastriumdan sol hipokondrium ve göbeğe doğru uzanan kitle palpe edildi. Organomegali saptanmadı. Vital bulgular stabildi ve diğer sistemlerin muayeneleri normaldi.

Laboratuvar incelemede lökosit: 17200/mm³, Hb: 11.4gr/dl, Kırmızı küre: 4400000/mm³, Tromb: 131000/mm³, Hct: %37, Sedim: 7mm/saat idi. BUN, kreatinin, AKŞ, elektrolitler, bilirubin, total protein, albumin, AST ve ALT normaldi. Serum amilazı: 223.4 CU/dl (N:60-180), CPK: 7 U/ml (N:6.8-18), LDH: 160 IU (N:80-190), lipaz: 0.4 sigma-tietz U/ml (N: 0.8'in altı) bulundu. Alınan plevral mayii seröz hemorajik görünümde, dansite: 1027, PH:8, Rivalta (+), protein: 3.7 gr/dl, amilaz: 609.9 CU/dl (N:60-180), LDH: 92

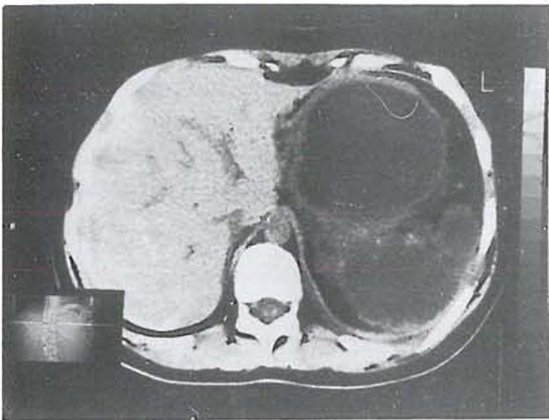
IU (N: 80-190) bulundu. Yapılan abdominal ultrasonografide epigastriumdan göbeğe ve sol hipokondriuma doğru uzanan ve en büyüğü 120x90 mm ebadında birbiriyle iştirakli multipl kistler görüldü. (Resim 1) Abdominal CT'de pankreas seviyesinde orta hattın soluna doğru uzanan belirgin konturlu en büyüğü 127x92 mm boyutlarında multipl kistler görüldü. (Resim 2A) Kistin belirgin olarak mide büyük kurvaturuna alttan basısı vardı. Ayrıca solda plevral effüzyon görüldü. Akciğer grafisinde solda yaygın plevral mayii saptandı. (Resim 3A).

Yapılan fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri sonucu hastada travmatik pankreas psödokisti ve pankreatik plevral effüzyon tanısı kondu. Pankreatik sekresyonu azaltmak için hasta total paranteral beslenmeye alındı ve somatostatatin subkutan 0.1 mg 2x1/gün başlandı. İleri derecede plevral effüzyon sebebi ile solunum sıkıntısı olan hastaya torasentez yapılarak 1200 cc mayii boşaltıldı. Gastroskopide korpus proksimali arka duvarında psödokistin basısına bağlı belirgin bir bombelik vardı. Bu bombeliğin tepesinden iğne uçlu sfinkterotom ile 12-13 mm genişliğinde kesi yapıldı. Hızla kist sıvısının mideye drene olduğu görüldü. Ve aynı seansta kist ile mide duvarı arasına pigtail kateter kondu.



Resim 1: Ultrasonografide birbiri ile iştirakli psödokistler görülmekte.

(Resim 4) Yapılan ultrasonografik kontrollerde kistlerin gittikçe küçüldüğü saptandı. Bir hafta sonraki akciğer grafisinde plevral effüzyonun kaybolduğu (Resim 3B) ve yapılan CT kontrolünde 50x25,4 mm çaplarında tek bir psödokistin kaldığı görüldü. (Resim 2b) Buna ilaveten hastaya verilen uygun antibiyotikle hastanın lökositozu normale döndü. 22 gün sonra total parenteral beslenmeye ve somatostatin uygulanmasına son verildi. 25 gün sonra pigtail kateter çıkarıldı. Hastanın daha sonraki ultrasonografik takiplerinde kistin tamamen kaybolduğu görülerek hasta taburcu edildi.



Resim 2A: CT'de birbiri ile iştirakli psödokistler görülmekte.

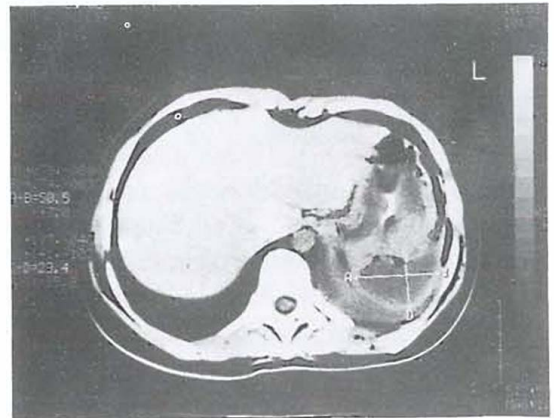
TARTIŞMA

Son zamanlara kadar pankreas psödokistlerinde tek noncerrahi tedavi olarak perkütan drenaj yöntemleri uygulanırdı. 1980'lerin ortalarından itibaren endoskopik tedaviler de pankreas psödokistlerinde uygulanmaya başlanmıştır. Pankreas psödokistlerinde uygulanan endoskopik tedaviler başlıca;

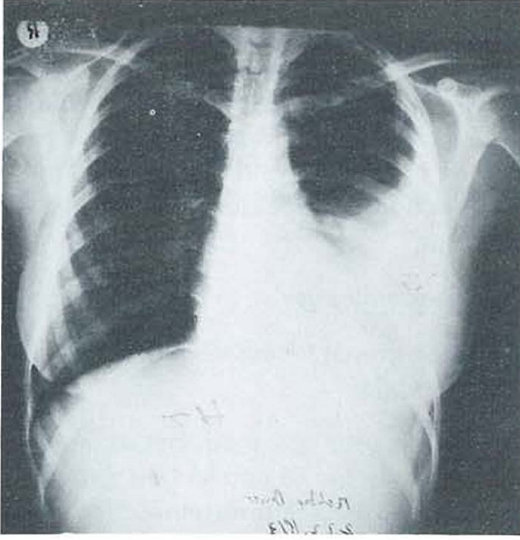
- Kisto-enterostomiler ve

- Transpapiller drenaj (Stent veya dren) şeklinde olmaktadır (1-7).

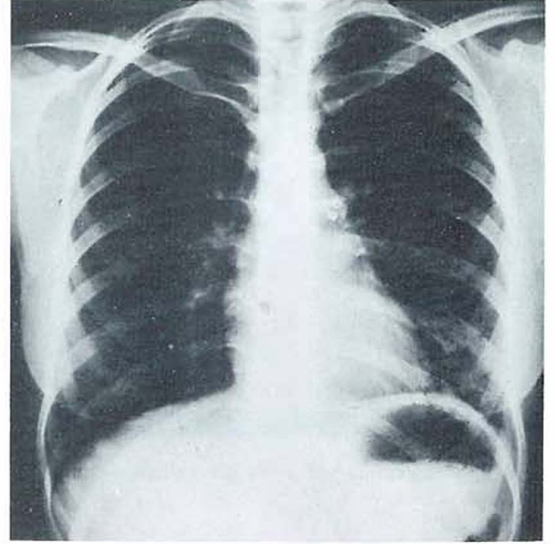
Bunlardan sonuncusu eğer psödokist ile pankreas kanalı arasında bir komunikasyon varsa geçerli olabilmekte, kisto-enterostomiler ise böyle bir komunikasyon olup olmamasından bağımsız olarak uygulanabilmektedir. Ancak kisto-enterostomilerde endikasyonda en önemli nokta psödokist ile açılacak mide veya duodenum duvarı arasında serbest peritoneal veya retroperitoneal boşluğun olmamasıdır. Bu ultrasonografik, CT ve baryumlu grafilerle tespit edilebilir. Buna ilaveten psödokistin açılacak mide veya duodenum duvarını endoskopik olarak yeterince bombeleştirilmiş olması bu tedavinin uygulanabilmesi için şarttır. Endoskopik kisto-enterostomiler, psödokistin baskı yapmış olduğu anatomik bölgeye göre; kisto-enterostomi veya kisto-duodenostomi şeklinde olur. Kesi



Resim 2B: Tedaviden 7gün sonra CT kontrolü; 28,5x50,5 mm ebatlı tek bir psödokist görülmekte.



Resim 3A: Olgumuzda 1000 cc torasentezden sonra kalan pankreatik plevral effüzyon.



Resim 3B: Endoskopik tedaviden 25 gün sonra plevral effüzyonun tamamen kaybolduğu görülüyor.



Resim 4: Endoskopik kistogastrotomiye takiben yerleştirilen pigtail kateter görülmekte.

psödokistin bombeleştiirdiği yerin en tepe kısmından yapılır (8). Endoskopik kistoenterostoiniden sonra açılan yerin kısa zamanda kapanmasını önlemek ve drenajın uzun süreli olmasını sağlamak için nazo-kistik dren yerleştirilebilir veya kist ile lümen arasına stent veya pigtail kateter konulabilir (8). Sadece kesi yapılarak bırakılan olgular da vardır. Yapılan bir çalışmada 1991 yılına kadar endoskopik kistoenterostomi uygulanan toplam 103 olgu ince-

lenmiştir (1). Bu çalışmaya göre bu tarihe kadar toplam 28 olguda endoskopik kistogastrotomi, 75 olguda ise endoskopik kistoduedonostomi yapılmıştır. Bunların değerlendirilmesinde (1) hemen tüm olgularda (%98) işlemin teknik olarak başarılı olduğu, kistin %50-90 civarında tam veya tama yakın kaybolduğu ve bunu takiben ağrıların ortadan kalktığı belirtilmektedir. Bu olguların 2-84 aylık takiplerinde %14 kist rekürrensi görülmüştür. Kanama, perforasyon, kolanjit ve kist enfeksiyonu önemli komplikasyonlar olup %12 sıklıkla görülmüştür. Bu olguların sadece bir tanesi kanama sonucu ex olmuştur.

Literatürde somatostatinle tedavi edilen pankreatik asitli (9) ve pankreatik psödokistli (10) olgular rapor edilmektedir. Bu nedenle hastaya endoskopik tedavinin yanında adjuvan tedavi olarak somatostatin verildi.

Bizim olgumuzda psödokistin mide arka ve alt duvarına basısı ultrasonografik, CT ve endoskopik olarak net bir şekilde görüldü. Bu nedenle kesi korpus proksimali arka duvarında yapıldı ve kesiden sonra pigtail kateter takıldı. Komplikasyon olmadı. Ultrasonografik takiplerde psödokistin gittikçe küçüldüğü ve 1,5 ay sonra tamamen kaybolduğu gözlemlendi. Bizim

olgumuzdaki sol taraflı pankreatik plevral effüzyon da bu tedavi esnasında tamamen kayboldu. Yaptığımız literatür taramasında pankreatik plevral effüzyonu olan bir psödokistin bu şekilde

tedavi edildiğine rastlamadık. Seçilmiş olgular-da, pankreas psödokist tedavisinde endoskopik tedavi başarı ile uygulanabilecek bir yöntem gibi gözükmektedir.

KAYNAKLAR

1. Geenen JE, Rolny P: Endoscopic management of pancreatic disease: Bailliere's clinical gastroenterology. Vol. 5. No. 1. March 1991: 151-182.
2. Sahel J: Endoscopic drainage of pancreatic cysts. Endoscopy 23 (1991) 181-184.
3. Malfertheiner P, Buchler M: indications for endoscopic or surgical therapy in chronic pancreatitis. Endoscopy 23 (1991) 185-190.
4. Grimm H, Meyer WH, Nam V. Ch, Soehendra N: New modalities for treating chronic pancreatitis. Endoscopy 1989; 21: 70.
5. Huighregtse K, Schneider B, Vrij AA, Tytgat GNJ: Endoscopic pancreatic drainage in chronic pancreatitis. Gastrointest. Endoscopy 1989; 34:9.
6. Kozarek RA, Brayko CM, Harlan J, Sanowski RA, Cintora I, Kovac A: Endoscopic drainage of pancreatic pseudocysts. Gastrointest. Endoscopy 1985; 31: 322.
7. Cremer M, Deviere J, Engelholm L: Endoscopic management of cysts and pseudocysts in chronic pancreatitis. Long term results after seven years of experience. Gastrointest. Endoscopy 1989; 35: 1
8. Joseph E, Greenen MD, Peter Rolny MD, PhD: Endoscopic therapy of acute and chronic pancreatitis. Gastrointestinal Endoscopy Vol 37, No: 3 : 1991.
9. Hjortur Gislason MD, Jon Erik Grønbech MD, Ph. D, and odd sareide MD Ph. D: Pancreatic ascites: Treatment by continuous somatostatin infusion: The American Journal of Gastroenterology Vol 86 No: 4 :1991.
10. Gilles A, Morali MD, Braverman Dan. Z. MD, David Shemesh MD, Zvi Abramovitz MD and Warenz, Jacobsohn MD: Successfull Treatment of pancreatic pseudocyst with a somatostatin analogue and catater drainage: The American Journal of Gastroenterology. Vol 86 No: 4: 1991.