

PANKREAS PSEUDOKİSTLERİNDE CERRAHİ TEDAVİ

Ömer ALABAZ, Alper AKINOĞLU

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

ÖZET

Pankreas pseudokistlerinin cerrahi tedavisinde sık olarak internal drenaj yöntemleri uygulanmaktadır. Kistogastrostomi ve daha sonra kistojejunostomi ameliyatları uygulanan bir olgu nedeniyle cerrahi yöntemler karşılaştırıldı.

Anahtar kelimeler : Pankreas Pseudokisti, Cerrahi tedavi

SUMMARY

THE SURGICAL TREATMENT OF PANCREATIC PSEUDOCYST

Internal drainage methods have been frequently used in surgical treatment of the pancreatic pseudocysts. A case, that we performed cystogastrostomy and cystojejunostomy operations was presented and the surgical methods were discussed.

Key Words : Pancreas pseudocyst, surgical treatment

GİRİŞ

Pankreas pseudokistleri, son yıllarda pankreatit insidansının artışına bağlı olarak daha sık görülmektedir. Pseudokistlerin oluş mekanizması halen tartışmalıdır. Başlıca iki teori kabul edilmektedir. Bunlardan birincisi, akut pankreatitlerde pankreas sıvısının veya nekrotik maddenin fibröz bir kapsül içinde toplanmasıdır. Diğerisi ise, duktal obstrüksiyon sonucu retansiyon kistin oluşmasıdır (1-3). Akut pankreatit atağını takiben gelişen pseudokistlerin %20'si spontan olarak gelirler. Pankreatit pseudokistlerinin tedavi süresi 6-8 hafta olup, bu süre içinde düzelmeyen kistler kanamaya, apse ve rüptüre olmaya adaydırlar. Bu süre sonunda cerrahi tedavi gerekli olup, sıklıkla 4 cm'den büyük pseudokistlere uygulanır (4). Kliniğimizde, pankreatik pseudokist olgularının tedavisi için, kistin anatomik lokalizasyonuna en uygun olan cerrahi yöntemler seçilmektedir.

OLGU SUNUMU

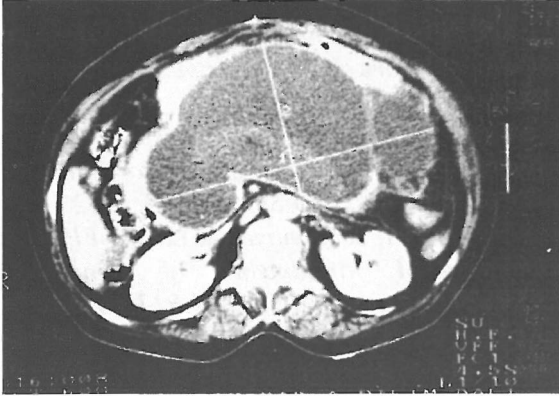
Daha önce hiç yakınması olmayan 62 yaşındaki kadın hastanın, son 1.5 aydır şiddetli karın ağrısı, kusma ve ishal yakınmaları oluyormuş. Acil servise şiddetli karın ağrısı yakınması ile başvuran hasta genel cerrahi servisine yatırıldı.

Fizik muayenesinde, özellikle epigastriumda olmak üzere batında hassasiyet, rebound bulgusu mevcuttu. Genel durumu orta, T. A.: 110/60 mmHg, nabız: 100/dk, ateş: 37.2 °C idi. Kan amilazı: 280 SÜ, idrar amilazı: 600 SÜ, lökosit: 9200/mm³, hematokrit: %41 olup, diğer tetkikleri normal sınırlarda idi. Servisimize yatırıldığı gün yapılan ultrasonografik tetkikte, pankreas gövdesine uyan bölgede 6x7 cm. boyutlarında pankreas pseudokisti mevcuttu. Hasta yatışından 3 gün sonra operasyona alındı. Operasyonda pankreasın gövdesinde

TARTIŞMA

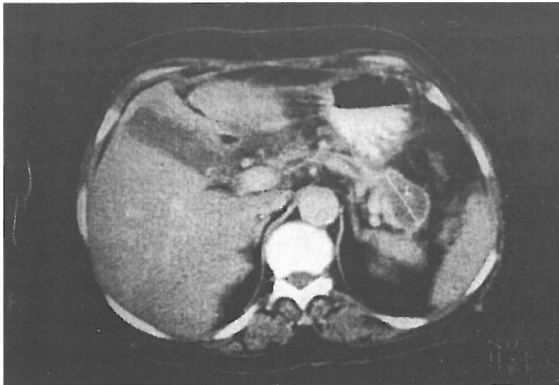
lokalize, aynı zamanda mide arka duvarında komşu 7-8 cm çapında bir pseudokistin mevcut olduğu görüldü ve kistogastrotomi uygulandı. Operasyondan sonraki günlerde hastanın hiçbir şikayeti olmadı.

Operasyondan 4 hafta sonra karın ağrısı ve kusma yakınmaları tekrar başlayan hastanın epigastrium bölgesinde palpabl bir kitle oluştu. Üst gastrointestinal sistemin endoskopik ve baryumlu grafik tetkiklerinde kistogastrotominin tıkalı olduğu görüldü. Kontrol tomografide 20x20 cm. boyutlarında dev pankreas kisti'nin geliştiği rapor edildi. (Resim 1).



Resim 1: Tedavi öncesi pankreas kistin tomografik görünümü.

Kistogastrotominin tıkalı olduğuna karar verilerek kistogastrotomi uygulanan bölge kontrol edildi. Tamamen tıkanmış ve yeniden bir pseudokistin oluştuğu görüldü. Kistin en alt bölgesine yeniden bir pseudokistin oluştuğu görüldü. Kistin en alt bölgesine yeniden Roux-en-Y şeklinde kistojejunostomi uygulandı. Operasyon sonrası yakınması olmayan ve komplikasyon çıkmayan hasta, 9. gün şifa ile taburcu oldu (Resim-2).



Resim 2: Tedavi sonrası pankreasın tomografik görünümü.

Pankreasın kistik lezyonlarının %75'inden fazlası pseudokistlerdir. Hastalığın etyolojisinde alkol, safra kesesi taşı, safra yolları taşı, travma ve operatif komplikasyonlar rol oynamaktadır. En önemli yakınmalar karın ağrısı, bel ağrısı, bulantı, kusma ve iştahsızlıktır (3,4). Literatürde de bahsedildiği gibi, pankreatik pseudokistlerin 6-8 haftalık konservatif tedavi süresince kanama, intraperitoneal rüptür, enfeksiyon, ileus ve sarılık gibi komplikasyonlar gelişebilir (5,6,7). Pankreatik pseudokistlerde tanı yöntemleri ultrasonografi, tomografi ve baryumlu gastrointestinal sistem incelemeleridir. Ultrasonografi en kolay ve en yaygın uygulanabilen tanı yöntemidir (1, 5, 8). Olgumuzun tanısında bu tetkikler ile konmuştur. Mevcut enfeksiyonu artırma riski nedeniyle, endoskopik retrograt kolanjiyo pankretikografik tanı yöntemi az tercih edilmektedir (5). Konservatif tedavi süresince fibröz kist duvarı, sütür konulabilecek kalınlığa erişmektedir. Şayet bu süre içerisinde kist boyutlarında spontan gerileme gözlenmiyorsa ameliyata karar verilir. Bizim olgumuzda birinci operasyon, yakınmaların başlangıcından 6 hafta sonra yapılmıştır. Pankreatik pseudokistlerin tedavisinde, cerrahi girişimlerden ayrı olarak son yıllarda, mide yolu ile endoskopik drenaj ve perkütan drenaj yöntemleri uygulanmaktadır (1, 3, 8, 9).

Pankreas pseudokistlerin cerrahi tedavi yöntemleri çeşitlidir. Uygulanan bütün yöntemlerin birbirlerine göre üstünlükleri ve dezavantajları mevcuttur.

Eksternal drenaj veya marsupializasyon, genel durumu bozuk acilen operasyonu gereken, henüz maturasyonunu tamamlamamış, kistlerde uygulanır. Komplikasyonları ise, fistül gelişmesi (4-5 ay), kistin yeniden oluşması (%25-40), pankreas sıvı kaybına bağlı cilt lezyonları ve metabolik bozukluklar olup, az uygulanan bir yöntemdir (3).

Rezeksiyon ya da ekstirpasyon teorik olarak en ideal cerrahi yöntemdir. Ancak komşu organlara yapışık olmayan ve pankreas kuruğunda lokalize kistlerin tedavisinde uygulanabilir.

Maturasyonunu tamamlamış, komplikasyon gelişmiş pseudokistlerin cerrahi tedavisinde en sık uygulanan kistogastrotomi, kistojejunostomi ve kistoduodenostomi şeklindeki internal

drenajlardır. Literatür incelendiğinde en tercih edilen ve tedavi sonuçları en iyi olan drenaj yöntemlerinin kistogastrotomi ve kistojejunos-tomi olduğu görülmektedir (1,2,4). Bu iki yöntem birbirlerinden endikasyon, komplikasyon ve uygulama yöntemleri açısından farklıdır.

Kistogastrotomi midenin arka duvarına yakın veya yapışık küçük omentuma lokalize pseudokistlerin tedavisinde uygulanmaktadır. Bu anastomoz yapılırken, dokudan elips şeklinde bir eksizyon yapılması nedeniyle kist boşluğuna doğru regürjitasyon olur. Bu durum kist boşluğunun tamamen boşalmamasına ve mide içeriğinin kist boşluğuna dolmasına yol açar. Kistogastrotomi uygulanan olgularda mide ülseri ve pankreatik apse oluşma riski yüksektir. Ayrıca operasyon sonrasında kist boşluğu içinde Eescherichia coli, Klebsiella, Proteus mirabilis gibi mikroorganizmaların üreme riskinin olduğu literatürde belirtilmektedir (1, 2, 4, 7). Kistojejunos-tomi ise maturasyonunu tamamlamış, mezenter köküne doğru uzanan, özellikle pankreasın gövde ve kuyruğunda lokalize pseudokistlerin drenajında tercih edilmektedir. Kistojejunos-tomi yönteminde, gastrointestinal içerik kist boşluğundan uzaklaştırarak kistin tekrar oluşma riski azaltılmaktadır. Aynı zamanda yakınmaların erken dönemde kaybolmasında etken, anatomik açıdan kist içeriğinin hızlı drenajıdır. Olgumuz birinci operasyonunda uygulanan kistogastrotomi erken dönemde yakınmaların geçmesini sağladı, fakat 4 hafta sonra anastomozda tıkanma olması nedeniyle ikinci operasyonda anatomik açıdan drenajın daha hızlı olması için Roux-en-Y şeklinde kistojejunos-tomi ameliyatı uygulandı. Bu uygulamadan sonra herhangi bir komplikasyon görülmedi.

Sonuç olarak, kistogastrotomi ve kistojejunos-tomi ameliyatlarının seçimi, kistin lokalizasyonuna bağlı olup, cerrahin operasyon sırasındaki gözlemi ön plandadır. Fakat bunun yanısıra

kistogastrotomilerde drene edilen kistin yeniden oluşması, enfeksiyon riskinin daha yüksek olması, kist boşluğundan drenajın yavaş olması ve yakınmaların daha geç dönemde kaybolması gibi nedenlerden dolayı mümkün olduğu kadar kistojejunos-tomi tercih edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. *Aranha GV, Prinz RA, Freeark RJ, et al: Evaluation of therapeutic options for pancreatic pseudocysts. Arch Surg 117:717, 1982*
2. *Ohlsson AL: Pancreatic cyst, pseudocyst, fistulas. In Maingot's Abdominal Operations. Norwalk, CT . Appleton – Century - Crofts, p 2083, 1985*
3. *Schattenkerk ME, De Vries JE, Bruining HA, et al: Surgical treatment of pancreatic pseudocysts. Br J Surg, 69:593, 1982*
4. *Kohler H, Schafmayer A, Ludtke FE, et al: Surgical treatment of pancreatic pseudocysts. Br J Surg 74:813, 1987*
5. *Lye JD, Stark RH, Cullen GM: Ruptured pancreatic pseudocyst, Extension into the thigh. AJR 149:937, 1987*
6. *Moosa AR, Bell R: Pancreatic cyst, pseudocyst, fistulas. In Maingot's Abdominal Operations. Norwalk, CT . Appleton – Century -Crofts, p 2083, 1985*
7. *Witman GJR, Pearce WH, Ernest EM: Free intraperitoneal rupture of a pancreatic pseudocyst: A presentation of acute abdominal trauma. The Journal of Trauma. 28: 555, 1988*
8. *Sonnenberg E, Wittich G, Casola G: Percutaneous drainage of infected and non-infected pancreatic pseudocysts, experience in 101 cases. Radiology, 170:757, 1989*
9. *Sacks D, Robinson M: Transgastric percutaneous drainage of pancreatic pseudocysts. AJR 151:303, 1988*