

Pankreatik Pseudokist ile Karşan Pankreas Kist Hidatiği: Olgu Sunumu

Hydatid Cyst of Pancreas Resembling to Pancreatic Pseudocyst: Report of a Case

Ali Harlak¹, Taner Yiğit¹, Orhan Kozak¹

¹Gülhane Askeri Tıp akademisi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Yazışma Adresi: Dr. Ali Harlak, GATA Genel Cerrahi AD., 06018, Etlik, Ankara.
Tel: 0.312.3045020, faks: 0.312.3045000, e-posta: aharlak@yahoo.com

Özet

Hidatik kist hastalığının izole pankreas yerleşimi nadir görülür. Gerginlik ve bası nedeniyle semptomatik olabilirler. Kistin yerleşimine göre kistotomi drenaj, perikistektomi ve omentoplasti, distal pankreatektomi gibi farklı tedavi yaklaşımları kullanılabilir. Bu yazımızda 21 yaşında erkek hastada izole pankreas yerleşimli kist hidatik olgusu sunulmuştur. Hasta distal pankreatektomi ile tedavi edilmiştir.

Abstract

Isolated hydatid cyst of pancreas is a rare clinical condition. It may be symptomatic due to tightness and compression to adjacent structures. According to localization of the cyst different treatment options as cystotomy and drainage, pericystectomy and omentoplasty or distal pancreatectomy may be used. Herein we present a 21 years old male patient with isolated pancreatic hydatid cyst. He has been treated with distal pancreatectomy.

Anahtar Kelimeler: Hidatik kist, Kist adenokanser, Pankreas, Psödokist

Keywords: Cystadenocancer, Hydatid disease, Pancreas, Pseudocyst

Giriş

Kist hidatiğin endemik olarak görüldüğü ülkelerde bile pankreas yerleşimli hidatik kist olguları nadir görülür [1-3]. Bu nedenle literatürde az sayıda olgu sunumu ve 3-5 hastalık seriler yayınlanmıştır. Hastalığın az görülmesi nedeniyle tanıda pankreasın kistik lezyonlarıyla sıkça karıştırılır ve kesin tanı genellikle ameliyat sırasında konulur. Pankreasın çeşitli kistik lezyonlarından en sık görüleni pankreatik pseudokistlerdir. Kistik neoplazmların % 35 oranında pankreatik pseudokist olarak değerlendirildiği dikkate alındığında pankreas kist hidatiğinin diğer kistik lezyonlarla kolaylıkla karıştırılabileceği ortaya çıkar [4]. Pankreas yerleşimli kistik kitlelerin perkütan biyopsi ile kesin tanısı her zaman mümkün olmaz. Bu tür kistik kitlelerde pseudokistler, kist adenom ve kist adenokanserler yanı sıra kist hidatik olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Baş ve gövde yerleşimli kistlerde kistotomi drenaj, perikistektomi ve omentoplasti uygulanırken sunulan vakada olduğu gibi kuyruk yerleşimli kistler distal pankreatektomi ile başarılı bir şekilde tedavi edilebilmektedir. Bu olgu pankreasta nadirde olsa kist hidatikle karşılaşılabileceğini ve ayrıca tanıda özellikle pseudokist ile karıştırılabileceğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Hastadan tedavisi için ve hastalığına ait bilgilerin bilimsel amaçlı kullanımı için onam alındı. 21 yaşında erkek hasta iki aydır devam eden karın ağrısı, sırtta vuran ağrı, yakınmasıyla başvurdu. Muayenede epigastriumda hassasiyet tespit edildi. Yapılan batin ultrasonografisi ve CT de karaciğer sol lob ve mide küçük kurvatur komşuluğundan başlayıp distale uzanan, pankreas korpusu ile arasındaki plan ayırt edilemeyen, pankreas kuyruk kısmına yerleşmiş ve kısmen gövdeye doğru uzanmış, mezenterik yağlı dokuya uzanan yaklaşık 8x8x7 cm boyutunda düzgün sınırlı, kalın



Resim 1 — Pankreastaki kistin tomografik görünümü



Resim 2 — Distal pankreatektomi ile çıkarılan kist

kapsüllü, intravenöz kontrast madde enjeksiyonu sonrası kontrast tutulumu izlenmeyen kistik lezyon izlenmiştir (Resim 1). Kist supromedialden mide antrumuna bası yapıyordu. Gastroskopisinde patolojik bulguya rastlanmadı. Hastanın alınan ayrıntılı anamnezinde travma, sarılık öyküsü veya daha önce teşhis ve tedavi edilmiş pankreatite ait bulgu saptanamadı. Ancak bir yıl kadar önce 2-3 gün kadar süren ve kendiliğinden geçen şiddetli epigastrik ağrı tarif etti. Pankreatik pseudokist, mezenter kisti ön tanıları ile hastanın explore edilmesine karar verildi. Sağa uzatılmış sol subkotal kesiden yapılan explorasyonda kistin pankreas kuyruk kısmında yerleştiği ve gövde kısmına doğru uzandığı, mide arka duvarına fibrotik yapışıklıklar oluşturduğu izlendi. Kitlenin duvarı renk ve şekil olarak kist hidatikle uyumlu idi. İnce iğne ile yapılan ponksiyonla kaya suyu aspire edildi ve kitlenin kist hidatik olduğuna karar verildi. Distal pankreatektomi uygulandı. Eksize edilen kitle (Resim 2) açıldığında germinatif membranı ve kız vezikülleri görüldü. Ayrıca histopatolojik inceleme sonuçları kist hidatik tanısını doğruladı. Hasta ameliyat öncesi 10 gün ve ameliyat sonrasında 2 ay süreyle albendazol kullandı. Ameliyat sonrası dönem komplikasyonsuz seyretti.

Tartışma

Kist hidatik için primer pankreas yerleşimi oldukça nadir görülür (% 0,2-2). Bununla birlikte pankreatik hidatik kistlerin çoğunda pankreas dışı tutulum da görülmez. [1-3] Hastalık etkeninin pankreasa potansiyel ulaşma yolları hematojen yol, bilier sistem veya komşuluk yoluyla tutulumdur.

Hastaların yakınmaları kistin boyut ve yerleşimine göre değişmektedir. Kistin boyutu büyüdükçe çevre organlara bası nedeniyle semptomlar ortaya çıkar. Uzun süre asemptomatik seyredebilir.

dikleri gibi karın ağrısı, şişkinlik, bulantı gibi şikayetler görülebilir [1]. Baş kısmında yerleşmiş kistlerde safra yollarına bası nedeniyle nadiren obstruktif iktter ortaya çıkabilir [5]. Pankreatik kanala bası yapan kist hidatiklerde akut ve kronik pankreatit tablosu görülebilir [6].

Tanıda ultrasonografi ve tomografi kisti anatomik olarak göstermekte ancak kist hidatik tanısını koymakta yetersiz kalmaktadır [1,7]. Özellikle sadece pankreasta yerleşen primer kist hidatiklerin pankreasın diğer kistik ve solid lezyonlarından ayırımı güçtür. Serolojik testler ise negatif sonuçlar verebilmektedir [1]. Literatürde yayınlanmış vakalarda pankreatik kist hidatiklerin kesin tanısı genellikle ameliyat sırasında konulabilmektedir. Sunulan vakada cerrahi öncesi görüntüleme yöntemleri ve klinik veriler kist hidatiği düşündürmemiş daha çok pankreasın diğer kistik lezyonları akla gelmiştir. Fakat cerrahi eksplorasyonda kist hidatik tanısı kolaylıkla konulmuştur.

Kist hidatik hastalığının temel tedavisi halen cerrahidir. Özellikle karaciğer yerleşimli kistlerde perkütan drenaj (PAIR) küçük ve septasyonları olmayan kistlerde uygulanmaktadır. Fakat pankreas kist hidatiğinde perkütan drenaj çok az sayıda hastada rapor edilmiştir [5, 8]. Perkütan drenajla ilgili zorluklar ve bizim çekincelerimiz; tanısal güçlükler, kiste zor ulaşılması ve perkütan drenaj sırasında parazitini yayılımını engelleyecek bir parankim dokusunun olmamasıdır. Cerrahi tedavide ise amaç paraziter elemanların

tamamen çıkarılması, çevreye yayılımın engellenmesi ve pankreasın ekzokrin ve endokrin salgılarına zarar vermeden cerrahinin tamamlanmasıdır. Kistin yerleşim yeri kistin tamamen çıkarılmasına her zaman izin vermeyebilir. Literatürde sunulan vakalarda hidatik kistler çoğunlukla pankreas gövde ve kuyruk kısmında yerleşmişlerdir [1]. Özellikle baş unsinat proçes ve gövde yerleşimli kistlerde kistektomi yapmak güçtür. Bu kistlerde parsiyel kistektomi, kistoenterik anastomoz, marsupializasyon, kistotomi drenaj ve omentoplasti başarıyla uygulanabilir [1]. Sunulan vakada kist kuyruk kesimini ve gövdenin bir kısmını kapsayacak şekilde yerleşmişti. Superior mezenter arter ve portal ven üzerine kadar ilerlemiş ayrıca mide arka duvarına da yapışıklıklar göstermekteydi. Kist distal pankreatektomi ile tamamen çıkarılabildi (Resim 2).

Ameliyat edilmemiş vakalarda, spontan perforasyon ve abse oluşumu başlıca komplikasyonlardır [9, 10]. Ameliyat sonrası en sık görülen komplikasyon ise fistüldür [1]. Yayınlanan vakalarda nüks bildirilmemiştir. Bununla birlikte özellikle kistotomi ve drenaj uygulanan vakalarda kist içeriğinin yayılımının engellenmesi için özen gösterilmelidir.

Sonuç olarak pankreasın kistik kitlelerinin ayırıcı tanısı genellikle güçtür. Kist hidatik hastalığının primer pankreas yerleşimi az görülse de bu tür kitleler değerlendirilirken akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Safioleas MC, Moulakakis KG, Manti C, Kostakis A. Clinical considerations of primary hydatid disease of the pancreas. *Pancreatology* 2005; 5: 457-61.
2. Khiari A, Mzali R, Ouali M, Kharrat M, Kechaou MS, Beyroui MI. Hydatid cyst of the pancreas. *Apropos of 7 cases. Ann Gastroenterol Hepatol* 1994; 30: 87-91.
3. Wani RA, Malik AA, Chowdri NA, Wani KA, Naqash SH. Primary extrahepatic abdominal hydatidosis. *Int J Surg* 2005; 3: 125-7.
4. Demos TC, Posniak HV, Harmath C, Olson MC, Aranha G. Cystic lesions of the pancreas. *AJR Am J Roentgenol* 2002; 179: 1375-88.
5. Yattoo GN, Khuroo MS, Zargar SA, Bhat FA, Sofi BA. Percutaneous drainage of the pancreatic head hydatid cyst with obstructive jaundice. *J Gastroenterol Hepatol* 1999; 14: 931-4.
6. Regan JK, Brown RD, Marrero JA, Malik P, Rosenberg F, Venu RP. Chronic pancreatitis resulting from primary hydatid disease of the pancreas: a case report and review of the literature. *Gastrointest Endosc* 1999; 49: 791-3.
7. Kireşi DA, Karabacakoğlu A, Odev K, Karaköse S. Uncommon locations of hydatid cysts. *Acta Radiol* 2003; 44: 622-36.
8. Etlik O, Arslan H, Bay A, Sakarya ME, Harman M, Temizoz O, Kayan M, Bakan V, Unal O. Abdominal hydatid disease: long-term results of percutaneous treatment. *Acta Radiol* 2004; 45: 383-9.
9. Cosme A, Orive V, Ojeda E, Aramburu V, Irazusta M, Arenas JI. Hydatid cyst of the head of the pancreas with spontaneous fistula to duodenum. *Am J Gastroenterol* 1987; 82: 1311-3.
10. Papadimitrou J. Pancreatic abscess due to infected hydatid disease. *Surgery* 1987; 102: 880-2.