

Pankreas Psödokistini Taklit Eden Mide Duplikasyonu: Olgu Sunumu

Gastric Duplication Mimicking Pseudocyst of Pancreas: Case Report

● Bilge Gördü¹, ● Ersin Gümüş², ● Tutku Soyer¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bölümü, Ankara, Türkiye

Öz

Gastrointestinal duplikasyonlar ağız boşluğundan anüse kadar gastrointestinal sistemin herhangi bir kısmında görülebilir. Yerleşim yerlerine göre duplikasyon kistleri (DK) farklı klinik bulgular gösterebilir ve diğer kistik lezyonlarla karışabilir. Karın ağrısı ve kusma şikayeti ile başvuran 10 yaşında erkek hastanın, epigastrik bölgede ele gelen kitle ve yüksek serum amilaz seviyeleri nedeni ile yapılan ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde pankreas korpus-kuyruk anterioru komşuluğunda 9x15 cm boyutunda internal ekolar barındıran yoğun içerikli kistik lezyon saptandı. İlaç kullanımı, travma ve daha önce geçirilmiş pankreatit atağı öyküsü bulunmayan hasta pankreas psödokisti ekarte edilerek mide duplikasyonu ön tanısı ile opere edildi. Cerrahi incelemesinde mide posteriorundan köken alan DK tespit edilerek eksize edildi. Bu olgu sunumunda pankreas psödokisti ile karışan ve pankreası bası yaparak pankreatik enzimlerde artışa neden olan bir mide DK olgusu klinik özellikler ve cerrahi seçenekler açısından tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Duplikasyon Kisti, Mide, Pankreas Psödokisti, Çocuk

Abstract

Gastrointestinal duplications can occur in any part of the gastrointestinal tract from the mouth to the anus. Duplication cysts (DC) may present with various clinical findings according to their location and may be confused with other cystic lesions. A 10-year-old male patient referred to our hospital with abdominal pain and vomiting. Abdominal examination revealed a palpable mass in the epigastric region. Laboratory tests indicated elevated levels of serum amylase. Ultrasonography and computed tomography imaging revealed 9x15 cm dense cystic lesion with internal echoes in the anterior vicinity of the pancreatic corpus-tail. The patient, who had no history of medication use, trauma, or previous episodes of pancreatitis, underwent surgery with the preliminary diagnosis of gastric duplication, after exclusion of pancreatic pseudocyst. In the surgical examination, DC originating from the posterior wall of stomach was detected and excised. In this case report, a gastric DC that mimicked pancreatic pseudocyst, causing an increase in pancreatic enzymes by exerting pressure on the pancreas, has been discussed in terms of clinical features and surgical options.

Key Words: Duplication Cyst, Stomach, Pancreatic Pseudocyst, Child

Giriş

Gastrointestinal duplikasyonlar ağız boşluğundan anüse kadar gastrointestinal sistemin herhangi bir kısmında görülebilir. Eskiden dev divertikül, enterik kist, inklüzyon kisti olarak bilinen lezyonlara duplikasyon adını ilk kez Ladd 1937'de vermiştir (1). Gastrointestinal duplikasyonlar tübüler ya da kistik olabilir. Büyük çoğunluğu yanında bulunduğu sindirim kanalına sıkıca

yapışktır, iyi gelişmiş müköler bir duvarı vardır. İç yüzünün döşeyen epitel komşu organla benzer ya da farklı olabilir ve genelde mezenterik yüzde bulunurlar. En sık terminal ileumda, ileoçekal bölgede ve özofagusta rastlanırken; mide, kolon ve duodenum duplikasyonları daha az görülür. Genel olarak klinik özellikleri duplikasyonun lokalizasyonuna, ektopik doku içerip içermemesine bağlı olarak değişiklikler gösterir. Erkeklerde daha fazla görülürler (2). Akut ya da kronik bulgular verebilirler. Semptomatik ya da asemptomatik karın kitlesi, karın ağrısı,

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Bilge Gördü

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Tel.: +90 505 351 10 30 E-posta: bilgegordu@gmail.com ORCID ID: orcid.org/0000-0002-7095-7225

Geliş Tarihi/Received: 01.06.2023 Kabul Tarihi/Accepted: 15.06.2023

©Telif Hakkı 2023 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.

Yayınlanan tüm içerik CC BY-NC-ND lisansı altındadır.



rektal kanama ya da intestinal obstrüksiyonlar genel klinik özelliklerindendir (2).

Mide duplikasyonları (MD) ise tüm duplikasyonların yaklaşık %7'sini oluşturur ve olgular genelde 1 yaşından önce tanı alır. MD nedeniyle opere edilen 10 yaşında erkek olgu, MD'lerin pankreas psödokistlerinden ayırıcı tanısı ve tedavisi tartışılmak üzere sunulmuştur.

Olgu Sunumu

On yaşında erkek olgu karın ağrısı ve kusma şikayetleri ile başvurduğu sırada fizik incelemede epigastrik bölgede ele gelen kitle mevcuttu. Yaşamsal bulguları normal olan olgunun serum biyokimyasında amilaz 116 U/L (28-100 U/L), lipaz 163 U/L (<67 U/L) saptandı. Tam kan sayımında beyaz küre sayısı 7.600/mm³ idi. Pankreas enzimleri yüksek saptanan olgu pankreatit ön tanısı ile oral alımı kesilip takibe alındı. Öyküsünde ilaç kullanımı, travma ve daha önce geçirilmiş pankreatit atağı

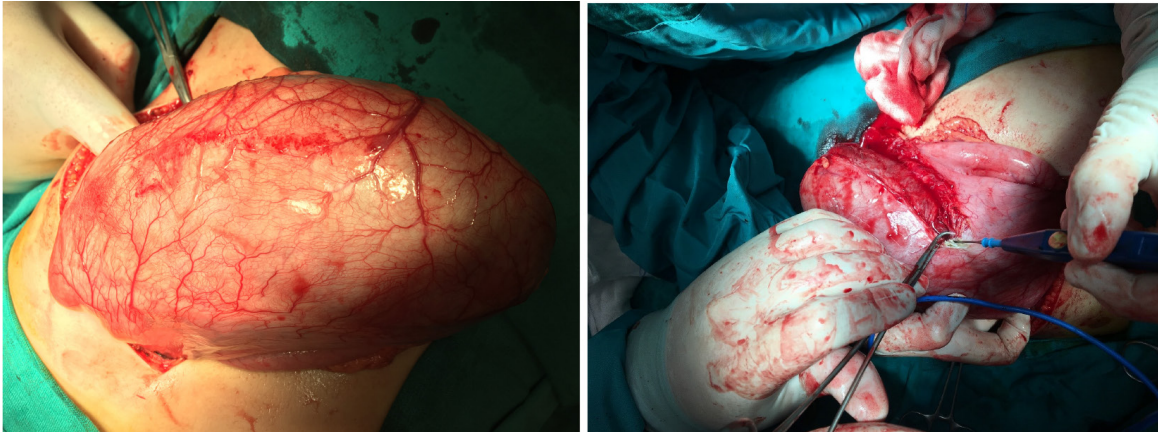
bulunmamaktaydı. Abdominal ultrasonografide pankreas korpus-kuyruk anterioru komşuluğunda 9x15 cm boyutunda internal ekolar barındıran yoğun içerikli kistik lezyon görüldü. Bilgisayarlı tomografide (BT) gastrosplenik mesafede 16x7x11 cm boyutlarında hafif yoğun içerikli pankreasın ön yüzü ile yakın komşulukta kistik lezyon saptandı (Şekil 1). İzleminde amilaz ve lipaz düzeyleri normale dönen hasta MD ön tanısı ile eksplore edildiğinde büyük kurvatur boyunca uzanan MD saptandı ve ortak duvar ayrılarak kist eksize edildi (Şekil 2). Kist içinde yoğun içerikli hemorajik sıvı saptanan olguda mide duvarı çift sıra onarılacak şekilde işleme son verildi (Şekil 3). Histopatolojik incelemesi duplikasyon kisti ile uyumlu olan hasta oral alım sonrası sorunsuz taburcu edildi.

Tartışma

Gastrointestinal duplikasyonlar genelde nedeni belirsiz 4.500-5.000 canlı doğumda bir görülen nadir doğumsal



Şekil 1: Kistin BT görüntülemesi



Şekil 2: Kistin ortak tabakadan ayrılarak eksize edilmesi



Şekil 3: Mide duvarı çift sıra onarımı

anomalilerdir (3). Duplikasyonları açıklamak için birçok teori olsa da tek ve tübüler ya da kistik ve mezenterik tarafta olmasını birlikte açıklayabilecek bir teori yoktur.

Klinik bulguları diğer gastrointestinal sistem patolojilerine benzediğinden tanı koymak her zaman kolay değildir. Çoğu olgu semptomu neden olmamakta ve rastlantısal olarak saptanmaktadır. Karın ağrısı ve meleno en sık görülen semptomlardır ve hastaların yarısında ele gelen kitle fark edilebilir (4). Enterik duplikasyonları diğer kistik lezyonlardan da ayırt etmek önemlidir. Mezenterik ve omental kistler de aynı kliniğe sebep olabilir; ancak duplikasyon kistleri sindirim sisteminin bir kısmının duvarında veya duvarına bitişik içi sıvı dolu tübüler ya da kistik yapılar olarak ayırt edilebilir (5). MD, gastrointestinal sistem duplikasyonları içerisinde en nadir görülenidir. Çoğunlukla büyük kurvatur yerleşimli olurlar. Kistin yerleşimine ve bası yaptığı organa göre farklı klinik bulgular görülebilir. Asemptomatik olabileceği gibi; kusma, karın ağrısı, epigastik bölgede ele gelen kitle benzeri bulgularla da başvurabilirler. Çok nadiren pankreatit benzeri klinik tabloya neden olabileceği bildirilmiştir (6).

Çocuklarda pankreatitin en sık nedenleri sistemik enfeksiyonlar, künt karın travmaları ve safra kanalları patolojileridir. Pankreas psödokisti ise pankreas yaralanmalarından sonra görülebilen bir komplikasyondur. Etiyolojisinde travma, pankreatit ve duktal sistem obstrüksiyonu yer alır. Psödokisti olan çocukların öykülerinde künt karın travması ya da daha önce pankreatit atağı mevcuttur. Psödokisti olan çocuklarda epigastrik kitle, bulantı, kusma ve karın ağrısı görülürken, %88'inde serum amilaz değerleri yüksektir ve %64'ünde de epigastrik bir kitle vardır (7). Bu olguda olduğu gibi mide posteriorunda yerleşimli DK'ları serum amilaz ve lipaz değerlerinde yükselmeye neden olabilirler. Bu nedenle MD ile pankreas psödokistlerinin ayırt edilmesi önemlidir.

Bizim olgumuzda fizik muayenede epigastrik kitle olması, ultrasonda pankreas komşuluğunda yoğun içerikli kistik bir yapı olması ve pankreatik enzim artışı olması sebebiyle ayırıcı tanıda MD yanında pankreas psödokisti düşünülebilir. Ancak geçirilmiş pankreatit atağı ve travma öyküsü olmaması psödokist tanısından uzaklaştırır. Pankreatit tablosunun var olan kistik yapının büyüklüğü nedeniyle kistin pankreasa basısı sonucunda olduğu düşünülmektedir. Kanlı kusma ve kramp tarzı ağrıya acile başvuran başka bir olguda pankreas enzimlerinde yükseklik görülmüş ve çekilen görüntülemelerde pankreasın normal olduğu; ancak antral düzeyde gastrik duplikasyon olduğu görülmüştür. Bizim olgumuzdan farklı olarak, duplikasyonun pankreasa bası yapmadığı, pankreatik mukoza içerdiği ve buna bağlı olarak pankreatit tablosuna sebep olduğu belirtilmiştir (8).

MD nadir görüldüğü ve farklı klinik tablolara neden olabileceği için tanısında gecikme ve güçlükler yaşanabilir. Çoğu, erken çocukluk döneminde karın ağrısı, ele gelen kitle, rektal kanama gibi semptomlar gösterdiğinden teşhis konulabilir. Bu tablonun aksine erişkinlerde rastlantısal olarak da saptanabilirler. Ultrasonografi teşhis koymak için en çok kullanılan görüntüleme yöntemidir. Diğer lokalizasyonlardaki kistlerde cerrahi yaklaşımı planlayabilmek için manyetik rezonans ya da BT de gerekebilir (9). Bu tetkiklere rağmen tanı hala net değilse laparoskopiyi öneren yayınlar da vardır (10).

Duplikasyonlar genelde benign karakterdedir ancak teşhis edildiğinde cerrahi olarak çıkarılması önerilir. Çünkü zamanla büyüyebilir ve kanama, perforasyon gibi komplikasyonlara sebep olabilir. Nadir de olsa tedavi edilmeyen intestinal duplikasyonlardan malign dejenerasyon gelişebilir. Önerilen tam rezeksiyondur ancak tam rezeksiyon yapılamıyorsa iç mukozasının mutlaka çıkarılması önerilmektedir (11). Tedavide MD için kistin total eksizyonu ve mide duvarı onarımı yapılması yeterlidir. Enterik kistler opere edilmediğinde adenokarsinom, skuamöz hücreli karsinom ve karsinoid tümör geliştiği bildirilmiştir (12). Yetmiş sekiz yaşında asemptomatik olan bir hastada gastrik duplikasyondan gelişen ve lenf nodu tutulumu olan adenokanser görülmüştür ve bu çalışmayla beraber 1955'ten bu yana gastrik duplikasyondan malignite gelişen toplamda 16 hasta bildirilmiştir (13).

Hastanın travma öyküsü veya tekrarlayan pankreatit atakları olup olmaması ayırıcı tanıda önemlidir. Pankreatit ön tanısıyla başvuran olgularda, MD'nin ayırıcı tanıda düşünülmesi tanı ve tedavide gecikmeleri önleyecektir.

Sonuç

Bir yaşından sonra görülen geniş hacimli MD'ler basıya bağlı artmış pankreatik enzimlere neden olabilir. Pankreatit ön tanısıyla başvuran olgularda, MD'nin ayırıcı tanıda düşünülmesi tanı ve tedavide gecikmeleri önleyecektir. Travma öyküsünün

ve önceden geçirilmiş pankreatit atağının olmaması pankreas psödokistinden ayrılması açısından önemlidir. Tedavide kistin total eksizyonu ve mide duvarı onarımı yapılması yeterlidir.

Etik

Hasta Onayı: Hastanın ailesinden aydınlatılmış onam alındı.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulunun dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Tıbbi Uygulama: B.G., E.G., T.S., Konsept: B.G., E.G., T.S., Dizayn: B.G., E.G., T.S., Veri Toplama veya İşleme: B.G., E.G., T.S., Analiz veya Yorumlama: B.G., E.G., T.S., Literatür Arama: B.G., E.G., T.S., Yazan: B.G., E.G., T.S.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Çalışma herhangi bir kurum, kuruluş ya da kişi tarafından finanse edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Ladd WE, Gross RE. Duplications of the alimentary tract. South Med J. 30:363-371.
2. Holcomb GW 3rd, Gheissari A, O'Neill JA Jr, et al. Surgical management of alimentary tract duplications. Ann Surg. 1989;209:167-174.
3. Rattan KN, Bansal S, Dhamija A. Gastrointestinal Duplication Presenting as Neonatal Intestinal Obstruction: An Experience of 15 Years at Tertiary Care Centre. J Neonatal Surg. 2017;6:5.
4. Grosfeld JL, O'Neill JA Jr, Clatworthy HW Jr. Enteric duplications in infancy and childhood: an 18-year review. Ann Surg. 1970;172:83-90.
5. Ros PR, Olmsted WW, Moser RP Jr, et al. Mesenteric and omental cysts: histologic classification with imaging correlation. Radiology. 1987;164:327-332.
6. Black PR, Welch KJ, Eraklis AJ. Juxtapancreatic intestinal duplications with pancreatic ductal communication: a cause of pancreatitis and recurrent abdominal pain in childhood. J Pediatr Surg. 1986;21:257-261.
7. Cooney DR, Crosfeld JL. Operative management of pancreatic pseudocysts in infants and children: a review of 75 cases. Ann Surg. 1975;182:590-596.
8. Steyaert H, Voigt JJ, Brouet P, et al. Uncommon complication of gastric duplication in a three-year-old child. Eur J Pediatr Surg. 1997;7:243-244.
9. Di Serafino M, Mercogliano C, Vallone G. Ultrasound evaluation of the enteric duplication cyst: the gut signature. J Ultrasound. 2015;19:131-133.
10. Puligandla PS, Nguyen LT, St-Vil D, et al. Gastrointestinal duplications. J Pediatr Surg. 2003;38:740-744.
11. Erginel B, Soysal FG, Ozbey H, et al. Enteric Duplication Cysts in Children: A Single-Institution Series with Forty Patients in Twenty-Six Years. World J Surg. 2017;41:620-624.
12. Kashif M, Satishrao I, Sachin D. Adenocarcinoma arising in a small bowel duplication cyst. J Med Sci Res. 2018;6:59-62.
13. Kinugasa S, Monma H, Sakamoto Y, et al. Adenocarcinoma Arising From a Gastric Duplication Cyst With Lymph Node Metastasis. Cureus. 2020;12:e12320.