

# Pankreas Psödokistleri ve Bir Komplikasyon Olarak Ortaya Çıkan Kisto-Reno-Kutaneal Fistül

Muammer DEVRANOĞLU \*  
İbrahim AYDIN \*\*  
İsmet TAŞDELEN \*\*\*  
Ayhan KIZIL \*\*\*\*

## ÖZET

*Trafik kazası sonucu acilen operasyona alınan, mide perforasyonu, dalak rüptürü ve pankreas rüptürü saptanan; gerekli tedavisinden sonra taburcu edilen hastada gelişen pankreas kistinin böbrek pelvisi ile iştirakli olduğu saptandı. Nadir rastlanması nedeniyle yayınlanması uygun görüldü.*

## SUMMARY

### Pancreatic Pseudo-Cysts and Cysto-Reno-Cutaneal Fistula That Appeared As a Complication of Pancreatic Pseudo-Cyst

*In a emergently operated patient due to automobile accident gastric perforation, splenic rupture and pancreatic rupture were found after adequate treatment the patient was discharged thereafter a pancreatic cyst in connection with kidney pelvis occured. Because of its rare incidence we wanted to present it.*

## OLGU

13 yaşında, erkek. Prot. No.: 106004, 29.08.1978'de trafik kazası sonucu akut batın nedeniyle acilen ameliyata alınan ve dalak, pankreas ve mide yaralanması saptanarak splenektomi yapılan, mide perforasyonu primer olarak onarılan; genel

\* Dr., Uludağ Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlisi

\*\* Dr., Uludağ Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlisi

\*\*\* Uzm. Dr., Uludağ Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlisi

\*\*\*\* Doç. Dr., Uludağ Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

durumunun çok kötü olması nedeniyle pankreasın kuyruk kısmındaki yaralanma sü-  
türe edilmekle yetinilen hasta giderek düzeldi. Ameliyat sonu 10. gün karında ağrı  
ve epigastriumdan sol kot kavsine doğru büyüyen kitle saptandı.

Laboratuvar Bulguları: Hemoglobin % 12 gr., Lökosit 22400/mm<sup>3</sup>, idrar nor-  
mal. Kan elektrolitleri normaldi. Kan amilazı 178 Somogy Ünitesi idi. Akciğer gra-  
fisi sol diafragmanın yukarıya; düz karın radyografileri ise mide havasının ortaya-  
öne, kolon gazlarının aşağıya doğru itildiğini gösteriyordu.

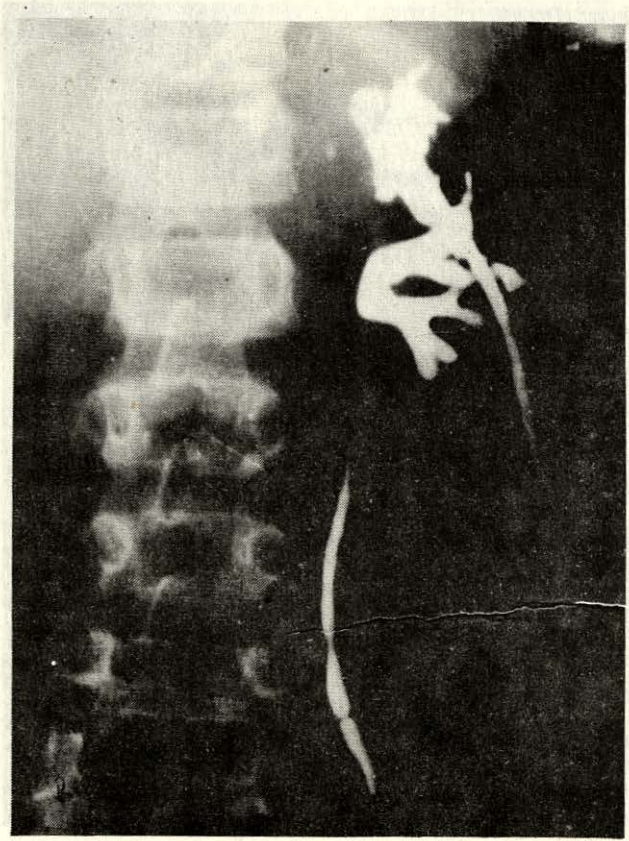
İlk ameliyatı da gözönüne alınarak hastada bir pankreas psödokisti gelişebile-  
ceği düşünüldüğünden postoperatif 15. gün ikinci kez ameliyata alındı ve pankreas  
kuyruk kısmından kaynaklanan, mideyi ve kolonu iten 13x15x15 cm. boyutlarında  
duvarları oldukça ince ve yer yer nekroze kistik bir kitle saptandı. Kist içinden açık  
kahverengi renkte partiküllü mayi aspire edildi. Tüp dren ile kist drene edildi ve  
treitz ligamanına yakın olarak tüp jejunostomi uygulandı. Sonraki günlerde drenen  
gelen pankreas mayii jejunostomi ağzından tekrar barsağa verildi. Genel durumu  
hızla düzelen hastanın jejunostomi tübü ameliyat sonrası 21. gün çekildi. Kist dre-  
ninden olan akıntı çok az olarak devam etti. 29. gün çekilen fistülografide kistin sol  
böbrek pelvisi ile iştirakli olduğu saptandı (Resim 1, 2, 3). Yapılan idrar tetkiklerin-



Resim: 1,2,3  
Pankreas Kistinın Uriner Sistemle İlgisini Gösterir Radyogramlar

... ..  
... ..  
... ..

... ..  
... ..



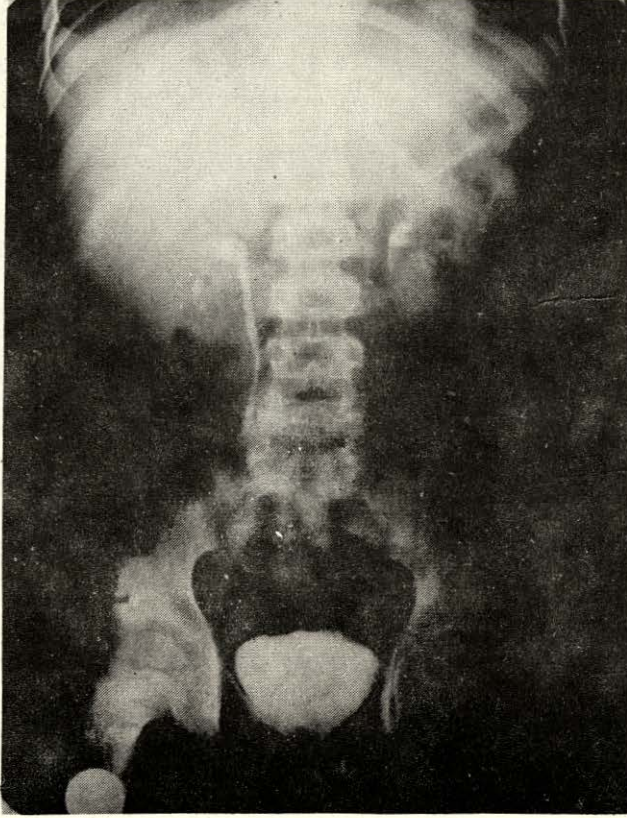
*Resim: 2*



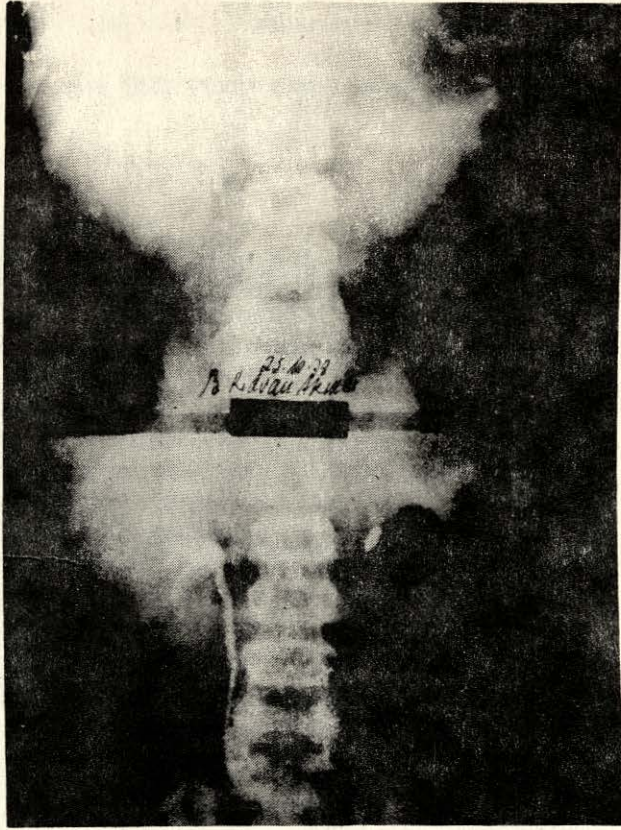
*Resim: 3*

de bir özellik yoktu. Bir gün sonra dren çekildi, ilk iki gün çok az olan akıntı 3. gün kesildi ve fistül ağzı kapandı. Bilahare çekilen IVP de bir patoloji saptanamadı (Resim 4, 5).

Takiben 2,5 yıl süre ile izlenen hastanın herhangi bir yakınması olmadı ve bir komplikasyon gelişmedi.



*Resim: 4,5*  
*Kontrol İçin Çekilen IVP Radyogramları.*



Resim: 5

## TARTIŞMA

Görülme sıklığı % 0.1-0.7 arasında değişen pankreatik kistler gerçek (% 20) ya da psödokist (% 80) şeklinde sınıflandırılırlar <sup>1</sup>. Kunt karın travmalarında pankreas yaralanması nadir olmakla beraber pankreatik psödokistlerin 1/3'ünün sebebi travmadır <sup>2</sup>. Pankreatik psödokist çocuklarda seyrekdir. 1968'e kadar 50 olgu yayınlanmıştır <sup>3</sup>. Bunların % 72'si travma sonucu ortaya çıkar.

Pankreas psödokistlerinde en sık belirtiler abdominal ağrı (% 72-80), kilo kaybı (% 39-50), karında distansiyon (% 50-55) ve bulantı-kusma (% 50-60)'dır. En sık bulgular ise abdominal hassasiyet (% 50-60), abdominal kitle (% 50-60), ascites (% 12-30) ve sarılık (% 12) olarak saptanmıştır <sup>4,5</sup>.

Bizim hastamızda karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı ve karında şişlik yakınmaları mevcuttu. Muayene ile karın üst kadrantlarında daha belirgin olmak üzere hassa-

siyet ve epigastriumdan sol hipokondriuma doğru uzanan 10x12 cm çaplarında yüzeysel düzgün, ağırlı fiks bir kitle saptanmıştır.

Tanı serum veya ascites mayiinde yüksek amilaz seviyelerinin saptanmasıyla kolayca konulabilir. Bir seride 225-5043 S.Ü. arasında saptanmış olan serum amilaz seviyeleri ascites mayiinde 160.000 S.Ü.'ne kadar yükselebilir <sup>4.5</sup>. Olgumuzda serum amilaz seviyesi 178 S.Ü., kist mayiinde 768 S.Ü. olarak saptandı.

Üst gastrointestinal sistem graflerindeki en sık bulgu mide veya genişlemiş duodenal ansın öne ve yana doğru yer değiştirmesidir. Karın, düz grafleri yumuşak doku kitlesi veya ascitesi gösterebilir. Ayrıca pankreas kalsifikasyonu da % 12-20 oranında görülmüştür <sup>6.7</sup>. Toraks graflerinde plevral effüzyon, atelettazi ya da pnömonik konsolidasyon; kolon graflerinde transvers kolona olan dış bası görülebilir <sup>2</sup>. Olgumuzda yapılan radyolojik incelemelerde sol diafragmanın yukarıya, mide havasının öne-ortaya, kolon gazlarının ise aşağıya doğru yer değiştirmiş olduğunu saptadık.

Pankreas travması veya pankreatit geçiren bir hastada ani gelişen diabetes mellitus, ağrısız ve iyi belirlenememiş bir abdominal kitlenin olması ve anemi kombinasyonu pankreatik psödokist şüphesi uyandırmalıdır <sup>8.9</sup>.

Genellikle mide ve duodenuma olan ve spontan iyileşmeye gidebilen kistin perforasyonu çoklukla spontan; bazen de travmatik olur ve 1/20 oranında olan komplikasyonlardan biridir. Peritoneal kavite içine olan perforasyonlar genellikle fataldir. Nadir olarak da kolona, retroperitoneal mesafeye, toraks içine <sup>10</sup>, perikardiuma <sup>11</sup> ve portal ven içine <sup>12</sup> rüptürler yayınlanmıştır. Batın palpasyonu esnasında da rüptüre olan kistler bildirilmiştir <sup>8</sup>. Kapalı kist içine kanama sonucu anemi ve pulse eden bir abdominal kitle ortaya çıkabilir <sup>10</sup>. Komplike olmamış kistlerin drenajından tübün basısına bağlı olarak gastrik ve duodenal rüptür bildirilmiştir <sup>8.13</sup>.

Pankreas kistinin perforasyonundan sorumlu faktör kendi duvarının sindirilmesine neden olan pankreas salgısının devamlı salgılanmasıdır. Triptik sindirime karşı lokal doku direnci, çevre yapışıklıklarının varlığı, içi boş organa yakınlık ve psödokist içindeki basınç faktörlerine dayanan rüptür olayı direncin en az olduğu yerde meydana gelecektir <sup>8.14</sup>.

Psödokistin sindirim sistemi içine spontan rüptürü sonucu devamlı dekomprezyondan dolayı kist oblitere olarak geçici ve devamlı iyileşme ortaya çıkabilir. Fakat böyle olguların yarısı ölümle sonuçlanır <sup>8</sup>. İntraperitoneal rüptür % 70 oranında fataldir ve böyle olguların ancak 1/3'ü cerrahi müdahaleye yetişebilir <sup>3.15</sup>.

Psödokist tanısı konulunca erken olarak elektif cerrahi girişim uygulanmalıdır <sup>2</sup>. Kisto-gastrostomi, kisto-jejunostomi gibi internal drenaj ameliyatları yapılabilir <sup>2.3.16</sup>. Internal drenajı başarmak için kist duvarının yeterli kalınlıkta olması; bunun için de 6 haftalık bir sürenin gerektiği bildirilmiştir <sup>2</sup>. Eksternal drenaj da uygulanabilir ancak yara kenarının maserasyonu, uzamış drenaj ve gecikmiş iyileşme ile komplikedir <sup>2</sup>. Internal drenaj eksternal drenaja kıyasla daha düşük bir mortalite ve nüks oranına sahiptir. Subtotal pankreatektomi ve kistin eksizyonu yalnızca pankreas kuyruğunu tutan kistlerde uygundur <sup>2.16</sup>. Marsupializasyon intraperitoneal rüptür olgularının büyük kısmında en uygun acil cerrahi girişimdir <sup>8</sup>. Fakat nüks oranı yüksektir (% 25-29) ve fistül drenajı bazen yıllarca devam eder. Pankreas psödokistlerinin cerrahi tedavisi halen önemli mortalite ve morbiditeyi beraberinde taşır; sebepleri hemoraji, anastomoz yetersizliği, nüks eden pankreatit ve devamlı fistüllerdir <sup>2.8.16</sup>.

Biz olgumuzda tedavi olarak, kist duvarı yeterli kalınlıkta olmadığından, eksternal drenaj yöntemini seçmek durumunda kaldık. Olgumuzda kist lojuna konulmuş olan drenaj tübünden gelen akıntının kesilmemesi üzerine ameliyat sonrası 29. gün drenaj verilen radyopak madde ile çekilen radyograflerde Resim 1, 2, 3'te de görüldüğü gibi sol böbrek pelvisi ile iştirakli bir kisto-reno-kutaneal fistül saptadık. Bu fistülizasyonda kistin sol böbrek pelvisi ile yakın komşuluğu, drenaj amacıyla kist boşluğuna konulmuş olan drenin basısına bağlı olarak bu bölgede direncin düşük olması ya da daha önce farkına varılamamış olan bir böbrek yaralanması yardımcı faktörler olarak rol almış olabilir. Olgumuzda, kistin iyileşmesinde, hem böbrek pelvisi ve hem de ameliyatta konulmuş olan tüp dren aracılığı ile vücut dışına olan devamlı dekompresyonun olumlu yönde etkili olduğu kanısındayız.

#### KAYNAKLAR

1. ROSATO, F.E., MACKIE, J.A.: Pancreatic cysts and pseudocysts. Arch. Surg. 86: 551-556, 1963.
2. TUCKER, P.C., WEBSTER, P.D.: Traumatic pseudocysts of the pancreas. Arch. Intern. Med., 129: 583-586, 1972.
3. CARSWELL, J.W., COTTON, J., MASTER, S.P.: Pancreatic pseudocysts in children. Br. J. Surg., 62: 360-363, 1975.
4. ROSENBERG, I.K., KAHN, J.A., WALT, A.J.: Surgical experience with pancreatic pseudocysts. Am. J. Surg., 117: 11-17, 1969.
5. WALKEN, L.G., STONE, H.H., APPLE, D.G.: Pseudocysts of the pancreas. Southern Med. J., 60: 380-393, 1967.
6. FOLK, F.A., FREARK, R.J.: Reoperations for pancreatic pseudocyst. Arch. Surg., 100: 430-437, 1970.
7. KAISER, C.C., KING, R.D., KILMAN, J.W.: Pancreatic pseudocysts. Arch. Surg., 89: 275-281, 1964.
8. HANNA, W.A.: Rupture of pancreatic cysts, report of a case and review of the literature. Brit. J. Surg., 47: 495-498, 1960.
9. RADKE, H., BELL, J.: Gastric intramural pseudocysts in chronic pancreatitis. Am. J. Surg., 111: 584-586, 1966.
10. MERIKAS, G., STATHOPOULOS, G. and KATSAS, A.: Painless pancreatic pseudocyst ruptured into the thoracic cavity. Gastroenterology, 54: 101-104, 1968.
11. WALTER, J., WEILL, J.P., STORCK, D.: Epanchement pericardique d'origine pancreatique, Presse Medicale, 70: 255-257, 1962.
12. ZELLER, M., HETZ, H.H.: Rupture of a pancreatic cyst into the portal vein. JAMA, 195: 869-871, 1966.
13. WAUGH, J.M., LYNN, T.E.: Clinical and surgical aspects of pancreatic pseudocysts. Arch. Surg., 77: 47-54, 1958.
14. WHALLEY, R.C.: Report of a case of spontaneous intragastric rupture with a ruptured spleen. Brit. J. Clin. Pract., 21: 567-568, 1968.
15. NEUTON, D.E., NICHOL, N.W.: Pancreatic pseudocyst and fistulae. Arch. Surg., 75: 838-842, 1957.
16. BALFOUR, J.F.: Pancreatic pseudocysts, complications and their relation to the timing of treatment. Surg. Clin. N. Amer., 50: 395-402, 1970.