

Pankreatobiliyer semptomlara yol açan duodenum duplikasyonu ve endoskopik tedavisi

Endoscopic management of a duodenal duplication cyst

Dr. Orhan SEZGİN¹, Dr. Uğur YILMAZ¹, Dr. Mahir ÖZMEN², Dr. Emin ALTIPARMAK¹,
Dr. Ülkü SARITAŞ¹, Dr. Burhan ŞAHİN¹

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği¹, Numune Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği², Ankara

ÖZET: Duodenal duplikasyon kisti çok nadir olup, en sık infant veya erken çocukluk döneminde görülür. Nadiren ileri yaşlara kadar sessiz kalabilir. Klinik olarak genellikle duodenal obstrüksiyon, karın ağrısı, kanama veya pankreatit ile ortaya çıkabilir. Duodenal duplikasyon kisti'nin tedavisi klasik olarak öncelikle cerrahidir. Fakat biz endoskopik olarak teşhis ve tedavi ettiğimiz büyük bir periampuller duodenal duplikasyon kisti'ni takdim edeceğiz.

Anahtar sözcükler: Duodenal duplikasyon kisti, ERCP, koledokozel

SUMMARY: Duodenal duplication cysts are distinctly uncommon and most often present in infancy or early childhood. The clinical presentation is generally duodenal obstruction although abdominal pain, jaundice, hemorrhage or pancreatitis may occur. Duodenal cysts are almost exclusively treated by surgery. However, this report describes both the endoscopic diagnosis and treatment of a large peri-ampullary duodenal cyst.

Key words: Duodenal duplication cyst, ERCP, choledochocoele

Duodenal duplikasyon kisti (DDK) çok nadir olup, en sık infant veya erken çocukluk döneminde görülür (1). Nadiren ileri yaşlara kadar sessiz kalabilir. Klinik olarak genellikle duodenal obstrüksiyon, karın ağrısı, kanama veya pankreatit ile ortaya çıkabilir (2). DDK'nin tedavisi klasik olarak öncelikle cerrahidir. Fakat biz endoskopik olarak tedavi ettiğimiz büyük bir periampuller DDK'ni takdim edeceğiz.

OLGU

30 yaşındaki erkek hasta acil servise üç gündür devam eden sağ üst kadranda lokalize, zaman zaman kolik tarzında olan ağrı ve sarılık ile başvurdu. Üç yıl öncede benzer yakınmaları olup kendiliğinden kısa sürede geçmiş. Fizik muayenede göbek çevresinde hassasiyet ve sarılık

saptandı. Abdominal ultrasonografide koledok 14 mm genişlikte ve intrahepatik safra yolları (İHSY) dilate olarak izlendi. AST 57 İÜ/L (N (37), ALT 147 İÜ/L (N (42), Total bilirubin 17, 4 mg/dl, Direkt bilirubin 4, 1 mg/dl, Hemoglobin 12.7 gr/dl, Hematokrit % 37 ve serum LDH düzeyi 184 IU/L (72-182) olup diğer biyokimyasal tetkikleri normaldi. İndirekt bilirubin yüksekliğine sebep olabilecek hemolitik bir olay yoktu. Abdominal bilgisayarlı tomografide İHSY'da dilatasyon, koledokta genişleme (12 mm) ve duodenum duvarında 25 mm çaplı, kalın duvarlı kistik yapı saptanarak DDK olabileceği düşünüldü (Resim 1).

Bundan sonra hastaya ERCP yaptık. ERCP'de; duodenumun inen kıtasında, papilla vaterinin hemen yanında yer alan ve duodenum üçüncü kıtasına doğru uzanan 4 x 3 cm çaplarında, kistik izlenimi veren, yüzey mukozası normal, lümene kabarık submüköz kitle mevcuttu. Bu kitle papilla vateriyi posterioara doğru itmişti. Ancak papilla



Resim 1. Abdominal bilgisayarlı tomografide duodenum duvarında 25 mm çaplı kistik yapı görülmektedir.



Resim 2. ERCP sırasında duodenum ikinci kıtasında üzerindeki mukozası normal, lümenine kabarıklık, kistik kitle görülmektedir.

vateri normal görünümlü idi. Papilla vateri kanüle edilip (Resim 2) opak madde verildikten sonra koledokta ve İHSY'da belirgin genişleme saptandı. Ancak içinde obstrüktif patoloji yoktu. Opak madde enjeksiyonu sırasında duodenum duvarındaki kistik oluşumun dolduğu görüldü ve kistin içinde taş izlenimi veren negatif defektler saptandı. Böylece duodenum duvarındaki kistik oluşumun safra yolu ile iştirakli olduğu anlaşıldı (Resim 3). Biliyer sfinkterotomi yapıldı. Koledok balonla kontrol edildi, herhangi birşey gelmedi. Kistin içeriğinin safra yollarına drenajının yetersiz olduğu görüldüğünden iğne uçlu sfinkterotom ile kiste uzun bir orifis açıldı. Takiben normal sfinkterotom ile girilip duodenum uzun eksenine paralel yaklaşık 1 cm'lik kesi yapıldı. Basket ile girilip taşlar çıkarılmaya çalışıldı. Taşlar koyu kahve-siyah renkli pigment taşı niteliğinde idi. DDK ve koledokosel ayırımı için kistin iç duvarından biyopsiler alındı ve işleme son verildi. Biyopsi sonucu "duodenum mukozası" olarak geldi. Böylece tanı DDK olarak kesinleştirildi.

ERCP sonrası şikayetleri tamamen düzelen ve izlemi sorunsuz geçen hasta taburcu edildi. Hastane sonrası dönemde de sorunu olamayan hastaya üç ay sonra kontrol ERCP'si yapıldı. Bu incelemede, kistoduodenostomi ağzının açık olduğu (Resim 4), kistin küçüldüğü ve içindeki taşların kaybolduğu, İHSY'daki dilatasyonun nisbeten azaldığı ve pankreas kanalının normal

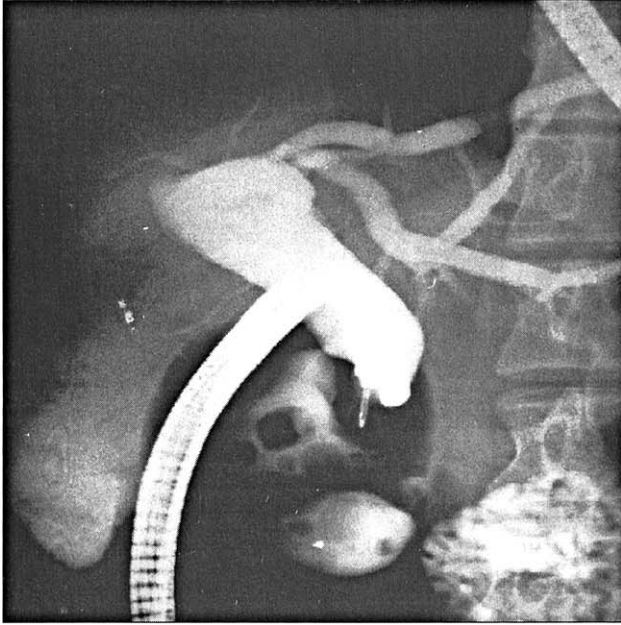
olduğu görüldü (Resim 5, 6). Hasta halen sorunsuz olarak hayatına devam etmektedir

TARTIŞMA

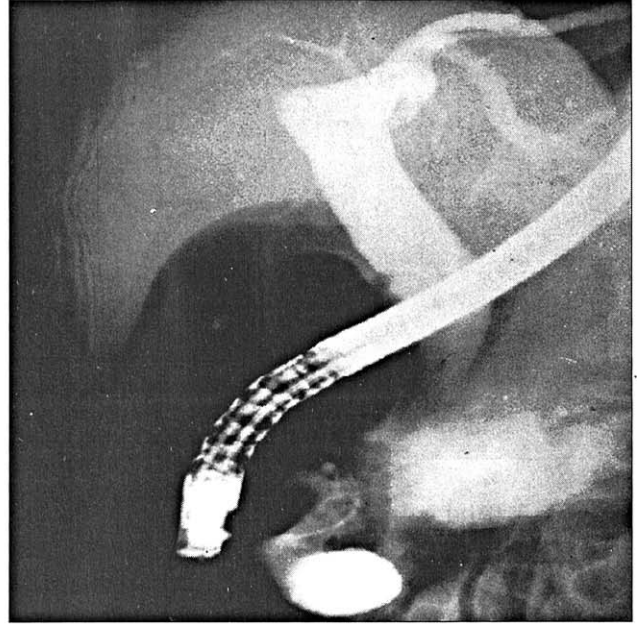
Periampuller kitlelerin ayırıcı tanısı; adenom, lipom, karsinoid tümör, ampulla kanseri, koledokosel ve duodenal duplikasyon kistini içerir (3, 4). Bununla birlikte kitlenin kistik olması durumunda teşhis ya DDK ya da koledokoseldir.

Duplikasyon kistleri; küresel veya tubuler yapıda, düz kas tabakası içeren ve duvarları intestinal mukoza ile örtülü yapılardır (5). Gastrointestinal kanalda ağızdan anüse kadar her yerde bulunabilir (6, 7). DDK çok nadir olup, tüm intestinal duplikasyonların sadece % 5'ini oluşturur ve prevalansı 1 / 100000'dir (8, 9). DDK'nin büyük çoğunluğu duodenumun 2. kıtasında, posteromedial duvarda bulunur. Paramezenterik olma eğilimindedirler (10). Histolojik olarak duodenal duplikasyonların her iki yüzünde duodenum mukozası ile kaplıdır ve mukozal tabakalar arasında iyi gelişmiş kas tabakası vardır (5, 11). Biliyer sistemle ilişkisi olanlarda, kistin içinde safra, pankreas sıvısı ve safra taşları bulunabilir (12). Bizim olgumuzda da kistin içinde pigment safra taşları vardı.

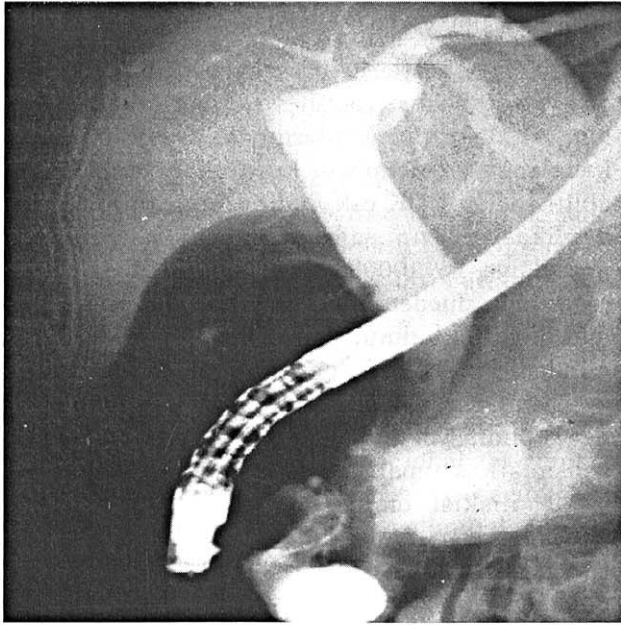
Duodenal duplikasyonların semptomları genellikle barsak lümeninin kist ile tıkanması, mezenter kan damarlarına baskı ile barsak nekrozu ve kanaması, duplikasyon kistinin kendisinin kanaması



Resim 3. ERCP'de koledok ve İHSY'da belirgin genişleme ve safra yolu ile iştiraki olan kistik yapı görülüyor. Kistin içinde taş ile uyumlu negatif görünüm var.



Resim 4. Kontrol ERCP'sinde açık kistoduodenostomi ağzı görülüyor



Resim 5. Kontrol ERCP'sinde kistin küçüldüğü, içindeki taşların kaybolduğu, İHSY'daki dilatasyonun nisbeten azaldığı görülüyor



Resim 6. Pankreas kanalı normal olarak görülüyor.

(yaklaşık % 15'inde mide mukozası bulunur), pankreas kanalının tıkanmasına bağlı akut pankreatit veya kistin gerilmesine bağlı ağrı olabilir (8). Bizim hastamızda da olduğu gibi biliyer tıkanıklık ve sarılığa da yol açabilir.

Periampuller kistik lezyonların ayırıcı tanısının DDK ve koledokosel arasında yapılacağını belirtmiştik. Endoskopik ve radyolojik görünimleri birbirinin aynısı olan bu iki lezyonu birbirinden ayırt eden yegane fark histolojik özellikleridir (12, 13). Koledokoselin duvarının iç yüzü safra yolu, safra kesesi veya nadiren intestinal mukoza ile örtülü olup, duvarında düz kas lifi yoktur. Duvar fibröz dokudan oluşmaktadır (14). Bir koledok kisti varyantı olan koledokosel gerçek bir kist olmayıp daha ziyade distal safra yolunun lokalize dilatasyonudur. Tipik olarak bu dilatasyon koledok'un intramural segmentinde bulunur (15). Koledokoselin 5 tipi bildirilmiştir (16). Resim 1'de

gösterilen B tipi ile bizim hastamızda saptadığımız DDK'nin benzerliği dikkat çekicidir.

DDK'nin geleneksel tedavisi cerrahidir (10, 11). Cerrahi tedavi kist ile kan damarları ve pankreatobiliyer sistem arasındaki ilişkiye göre belirlenmelidir. Total kist eksizyonu yapılabilir. Fakat bunun safra yolu, pankreas kanalı ve çevre damarları yaralama riski fazladır. Komplet rezeksiyon mümkün olmazsa internal drenaj girişimleri uygulanabilir (8, 10).

Bizim olgumuzda olduğu gibi, DDK'nin pankreatobiliyer sistemle olan yakın ilişkisi nedeniyle cerrahi işlemin zorluğu ve taşıdığı riskler göz önüne alınarak endoskopik tedavi uygulanabilir (16-19). DDK'nin tedavisinde deneyim sınırlı olsa, güvenilir ve nisbeten kolay olan endoskopik tedavinin cerrahiye kabul edilebilir bir alternatif olduğunu düşünüyoruz

KAYNAKLAR

1. Thompson NW, Labow SS. Duplication of the duodenum in the adult. Arch Surg 1967; 94: 301-6
2. Soper RT, Selke AC. Duplication cyst of the duodenum: case report and discussion. Surgery 1970; 68: 562-6
3. Jordan GL. Benign and malign tumors of the pancreas and periampullary region. In Howard JM, Jordan GL, eds. Surgical diseases of the pancreas, Philadelphia : JB Lippincott, 1960: 449-532
4. Classen M, Philip J. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) and endoscopic therapy in pancreatic disease. Clin Gastroenterol 1984; 13: 819-42
5. Leffall LS, Jackson M, Press H, Syphax B. Duplication cyst of the duodenum. Arch Surg 1967; 94: 30-4
6. Bower RJ, Sieber WK, Kiesewetter WB. Alimentary tract duplications in children. Ann Surg 1978; 188: 669-74
7. 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
8. Soper RT, Selke AC. Duplication cyst of the duodenum: case report and discussion. Surgery 1970; 68: 562-6
9. Potter EL. Pathology of the fetus and infant. Chicago: Year Book Medical Publisher, 1961
10. Holcomb GW, Gheissari A, O'Neil JA, Shorter NA, Bishop HC. Surgical management of alimentary tract duplications. Ann Surg 1989; 209: 167-74
11. Gordimer H, Bluestone L. Enterogenous cyst of the duodenum. Ann Surg 1950; 132: 1149-53
12. Warren KW, Mountain JC, Erickson EE. Duodenal duplication cyst: a case report in which the pancreaticobiliary system drained directly into the cyst. Lahey Clin Found Bull 1972; 20: 114-21
13. Reinus FZ, Weingarten G. Choledochocoele of the common bile duct. Am J Surg 1976; 132: 646-8
14. Serfas LS, Lyter CS. Choledochal cyst. Am J Surg 1957; 93: 979-89
15. Oldham KT, Hart MJ, White TT. Choledochal cysts presenting in late childhood and adulthood. Am J Surg 1981; 141: 568-71
16. Kagiya S, Okazaki K, Yamamoto Y. Anatomic variants of choledochocoele and manometric measurements of pressure in the cele and the orifice zone. Am J Gastroenterol 1987; 82: 641-9
17. Johanson JF, Geenen JE, Hogan WJ, Huibregtse K. Endoscopic therapy of a duodenal duplication cyst. Gastrointest Endoscopy 1992; 38: 60-4
18. Traif IA, Khan MH. Endoscopic drainage of a duodenal duplication cyst. Gastrointest Endoscopy 1992; 38: 64-5
19. Siegel JH, Harding GT, Chateau F. Endoscopic incision of choledochal cysts (choledochocoele). Endoscopy 1981; 13: 200-2M