

Sıra Dışı Bir Gastrointestinal Kanama Nedeni : Pankreas Psödokisti İki Olgu Sunumu

Dr. Galip ERSÖZ, Dr. Mehmet İŞLER, Dr. Yücel BATUR

Özet: Pankreas psödokistine bağlı gastrointestinal kanama seyrek görülen bir olaydır. Pankreas psödokistinin neden olduğu alt gastrointestinal sistem kanamalı iki olgu sunuyoruz : İlkinde tanı kolonoskopi ile konmuştur. İkinci olguda, ultrasonografide splenik arter anevrizmasına uyan bir görünüm saptanmış, gelişen abondan rektal kanama nedeni ile acil cerrahiye verilmiştir. Cerrahi eksplorasyonda ultrasonografik tanı desteklenmişse de, histopatolojik inceleme cerrahi materyalin kronik pankreatit ve psödokist olduğunu ortaya koymuştur.

Pankreas psödokisti bulunduğu bilinen olgularda meydana gelen gastrointestinal kanamalarda, pankreas, kanama kaynağı olarak göz önüne alınması gereken bir organdır.

Anahtar kelimeler: Pankreas psödokisti, gastrointestinal kanama

Pankreas psödokistlerinin %75'den çoğu, akut veya kronik pankreatitin bir komplikasyonu olarak konuşurken, travma ya da kanser nedeni ile pankreas kanalının obstrüksiyonu da psödokiste yol açabilir (1). Psödokistlerin akut pankreatit serilerinde olguların %25-50'sinde meydana geldiği bildirilmiştir (2). Psödokist; pankreatik sıvı, pankreatik enzimler, kan ve pankreas doku debrisleri içeren fibröz membranla kaplanmış bir kesedir. Akut psödokistlerin hemen hemen %50'sinin ilk 6 haftada kendiliğinden rezolve olduğu (3); oysa, kronik psödokistlerde, özellikle

Summary: UNUSUAL CAUSE OF GASTROINTESTINAL BLEEDING : PANCREATIC PSEUDOCYST
Report of Two Cases

Gastrointestinal bleeding due to pseudocyst of the pancreas is a rare occurrence. We are reporting two patients with this complication. In the first patient, diagnosis was made by colonoscopic examination. The second patient underwent operation for catastrophic low gastrointestinal bleeding. In this patient although splenic artery aneurism was diagnosed preoperatively by ultrasonography and confirmed by operatively, histologic examination of the removed tissues showed chronic pancreatitis and pseudocyst.

In patients with bleeding who are known to have a pseudocyst of the pancreas, this organ must be considered a possible site of gastrointestinal hemorrhage.

Key words: Pseudocyst of the pancreas, gastrointestinal bleeding.

çapı 6 cm.'den büyük olanlarda, kendiliğinden iyileşmenin hemen hemen bulunmadığı ortaya konmuştur (4).

Pankreas psödokistine bağlı olarak gelişen gastrointestinal kanama oranı, %5-10 arasındadır (5, 6) ve tüm gastrointestinal kanama nedenleri arasında, psödokistlere bağlı gastrointestinal sistem kanaması, seyrek bir komplikasyondur (7-11). Gastrointestinal kanamalı 1500 olgunun analizinde Palmer (12), pankreastan kaynaklanan sadece bir kanama olgusu belirlemiştir. Burada, pankreas psödokistinin komplikasyonu olarak gelişmiş alt gastrointestinal sistem kanaması olan iki olgu sunuyoruz.

Olgu 1

İ. K., 49 yaşında, erkek. Temmuz 1992'de geçirdiği trafik kazasında meydana gelen künt karın travması sonrası epigastrik ağrı, özellikle yemeklerden sonra epigastrik şişkinlik ve bulantı hissi yakınmaları başlamış. 18. 8. 1992'de, epigastrik ağrı, bulantı, kusma yakınmaları ile kliniğimize yatırılan olguya; klinik, biyokimyasal ve ultrasonografik bulgularla post-travmatik akut pankreatit tanısı konarak, medikal tedavi uygulanmış, klinik ve biyokimyasal iyileşme ile taburcu edilmiştir. 20.9.1992'de özellikle yemeklerden sonra şiddeti artan, sürekli karakterde epigastriumda dolgunluk hissi ve ağrı yakınması başlaması; 5. 10.1992'den sonra da bulantı ve bazı yemeklerden sonra kusma gelişmesi üzerine, 12.10.1992 günü kliniğimize tekrar yatırılmıştır. Geldiği zaman yapılan muayenesinde KB : 110/70 mmHg, Nb : 92/dk, ritmik; deri ve mukozalar soluk, kalp ve solunum sesleri normal; epigastrium ve sağ hipokodrium basmakla bulunmuş, sağ üst kadranda yaklaşık 10 cm çapında kitle palpe edilmiştir. Rektal tuşede parmağa kırmızı - vişme çürüğü renginde kan bulaşmıştır.

Eritrosit sedimentasyon hızı 90 mm/saat, lökosit 4200/mm³, hematokrit %25, serum amilazı 124 SÜ, idrar amilazı 445 SÜ ve serum bilirübinleri, transaminazlar, albümin, globülin, alkalin fosfat, kan üresi, kreatinin değerleri normal bulunmuştur. Üst batının ultrasonografik incelemesinde, pankreas lojunda 11x8 cm. boyutlarında hipoekojen kist dikkati çekmiş, diğer yapılar normal olarak değerlendirilmiştir. PA akciğer grafisi normal bulunmuş, EKG'de ritm sinüal bulunarak, anlamlı ST-T değişikliği belirlenmemiştir.

Pankreatik psödokist düşünülen olguya ağızdan beslenme kesilerek, paranteral destek solusyonları yanısıra antibiyotik (piperasilin + ornidazol), ranitidin, somatostatin başlanmıştır.

14.10.1992 de, üst gastrointestinal endoskopisi yapılmış ve kronik atrofik gastrit görünümü (histopatoloji : kronik atrofik gastrit + intestinal metaplazi) dışında patoloji saptanmamıştır. Rektoskopik incelemede aktif iç hemorroidler görülmekle rektal kanama bununla açıklanmaya çalışılmıştır. 28.10.1992 günü ERCP yapılmış,

intrahepatik safra kanalları ve koledok normal bulunmuş; pankreas kanalının kuyruk kısmında sekonder dallar belirmesine rağmen baş ve kuyruk kısmında belirmediği; gövde kısmında kanal çapının, baş ve kuyruk bölümlerine göre daha dar olduğu ve kenar düzensizlikleri gösterdiği tespit edilmiştir.

Hastada epigastrik ağrı ve kusma semptomları kısmen düzelirken, 2.11.1992 günü şiddetli rektal kanama meydana gelmiş, 4 Ü kan transfüzyonu ile hematokrit düzeyi %27 civarına getirilebilen olguya 3.11.1992 günü üç kez ılık sulu lavmanla hazırlanarak uygulanan kolonoskopik incelemede, çekuma kadar ulaşılmış, ancak, kolonda fazla miktarda kan olduğundan patolojik bir lezyon görülebilmiştir. Rektal kanaması azalarak devam etmiş, 5.11.1993 günü kolonoskopik inceleme tekrarlanmıştır. Kolonda yer yer kan gölcüklerine rastlanmış, 90 cm girilip transvers kolona ulaşıldığında, hemen hemen 1.2 cm çapta pankreatikokolik fistül orifisi görülmüştür. Orifisin zaman zaman boşaldığı ve sonra tekrar kanla dolduğu izlenmiştir. Daha sonra çekuma kadar ilerlenmiş ve çekumda melenaya benzer kan artıkları görülmüş, bunların muhtemelen lavmanla retrograt olarak buraya gönderilmiş materyal olduğu kanısına varılmıştır.

Pankreatikokolik fistül saptanması üzerine cerrahiye verilen olgu açıldığında ince barsaklar birbirlerine membranlarla yapışmış, pankreas tümüyle ödemli ve büyük, pankreas-transvers kolon-karaciğer alt yüzü arasında abse kavitesi olduğu dikkati çekmiş; başa doğru büyüyen psödokist yapısı ve transvers kolonun ortasında mezenterik tarafta, 1 cm çapında, fistül ağzı görülmüştür.

Pankreatikokolik fistül bozulması, kolona primer sütür ve peri-pankreatik abse drenajı uygulanan olgu iyileşme ile 20 gün sonra taburcu edilmiştir.

Olgu 2

Ö. E., 62 yaşında erkek. Yaklaşık bir yıldan beri, yemeklerden sonra birkaç saat sürerek geçen, çok rahatsız edici olmayan epigastrik ağrı dışında yakınması olmayan olgunun 18.9.1993 günü,

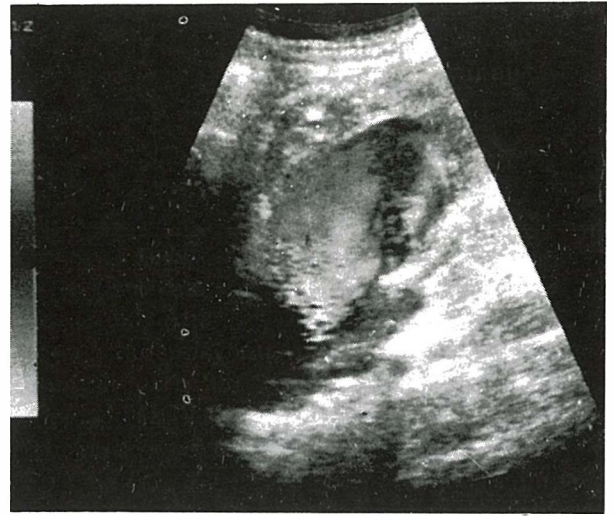
vişne çürüğü rengine, sulu-cıvık bol miktarda dışkılması olmuş, Başvurduğu hastanede 4 Ü kan verilmiş. Söz konusu karakterde dışkılamasının sürmesi, hemoglobin düzeyinin sürekli düşmesi üzerine, akut mezenter arter trombozu düşünülerek kliniğimize sevk edilmiş.

Geldiği zaman yapılan muayenesinde deri ve mukozalar ileri derecede soluk, KB : 120 / 70 mmHg, Nb 90/dk, ritmik; kalp, akciğer dinleme bulguları normal bulunmuş; batında defans, hepatosplenomegali saptanmamış, epigastrium ve sol hipokondrium arasında yaklaşık 15 cm çapında yuvarlak, pulsatil olmayan, fakat üzerinde üfürüm duyulan bir kitle palpe edilmiştir. Eritrosit sedimentasyon hızı 123 mm/saat, hematokrit %21.5, lökosit 6600/mm³ olarak saptanmış, serum proteinleri, bilirübinler, transaminazalar, alkalen fosfataz, protrombin zamanı, serum ve idrar amilazı normal düzeylerde bulunmuştur. EKG'si normal olarak değerlendirilen hastanın, batin ultrasonografisinde, sol üst kadranda, barsak iştiraki olmadığı izlenimi veren 15 x 9 x 8 cm boyutlarında yer yer kistik ve solid yapılar içeren kitle görülmüştür. 24.9.1993 günü saat 10.00'da, renkli Doppler ultrasonografik inceleme yapılmış, bu "kitle" nin çevresi tromboze dev bir splenik arter anevrizmasına uyduğu belirlenmiştir (Resim 1). Aynı gün öğle saatlerinde aşırı rektal kanamayı izleyerek hızla şoka giren olgu, kan transfüzyonları ile desteklenerek, cerrahiye verilmiştir.

Laparotomide, görünüm olarak splenik arterden köken aldığı izlenimi veren yaklaşık 15 cm çapında anevrizma ve anevrizmatik kitlenin splenik fleksurada kolona fistülize olduğu saptanmıştır. Proksimal splenik arter ligasyonu + splenektomi + %70 distal pankreatektomi + anevrizma eksizyonu + parsiyel transvers kolon rezeksiyonu + Mikulicz kolostomi yapılmış, çıkarılan materyalin histopatolojik incelemesinde "rekürrenslerle seyreden kronik pankreatit ve psödokist" rapor edilmiştir. Hasta 1.10.1993 tarihinde şifa ile taburcu edilmiştir.

TARTIŞMA

Tedavi edilmemiş pankreas psödokistlerinin yol açtığı komplikasyonlar geniş bir spektrum için-



Resim 1 : Doppler ultrasonografik incelemede, splenik arter anevrizması görünümü veren splenik arterle ilişkilenmiş pankreatik psödokist.

dedir : Kist içine kanama, rüptür, çevre organlara ve büyük damarlara fistülizasyon, infeksiyon, duodenum ve ana safra yollarının obstrüksiyonu bildirilmiştir (11-15).

Kutanöz fistüller oluşturarak eksternal (16) drene olabildikleri gibi, abdominal komşu iç organlara internal pankreatik fistül oluşumları yanı sıra, toraksta trakeobronşial ağaç, plevra boşluğu, mediasten ve perikard fistülizasyonları yayınlanmıştır (17-19). 1976'da Clemens ve ark (20), dünya literatürünü gözden geçirmişler ve başka organlarla fistül yapmış 67 bildirilmiş psödokist olgusu saptamışlardır. Bu çalışmanın bulgularına göre, fistülizasyon bir olguda özofagus, 13 olguda mide, 19 olguda duodenum, 28 olguda kolon, 6 olguda çeşitli organlarla psödokist arasındaydı.

Psödokistin fistülizasyonu, drene olarak dekompresyonuna neden olabileceği gibi, hayatı tehdit eden kanamalara da yol açabilir. Psödokistin ana safra yollarını erozyona uğratarak hemobiliye neden olduğu (7,15), kolona açılarak, alat intestinal kanamaya yol açtığı (21) veya periton boşluğuna rüptüre olarak masif intraperitoneal kanamaya (10) sebep olduğu rapor edilmiştir. Diğer taraftan, psödokist tarafından dalağın doğrudan doğruya tutulması ile şiddetli kanamaların ortaya çıktığı bildirilmiştir (22).

Tüm psödokistlerin pankreas kanalı ile ilişkili olduğu, böylece, pankreas sekresyonlarının dolmasına izin verdiği düşünülmüşse de bu ilişki, ERCP yapılan olguların pek azında gösterilebilmiştir (23). Sunulan birinci olgumuzda da ERCP ile pankreas kanalı demonstre edilmesine karşın, psödokist gösterilememiş, psödokistkolon fistülizasyonu bu yöntemle ortaya konamamıştır. Birinci olgumuzda psödokistin gastrointestinal lümen (kolona) doğrudan fistülizasyonu ve kist duvarından kanama söz konusudur. Sankaran ve ark (6), 112 psödokist olgusundan 18'inde kanama komplikasyonu saptamışlar ve bu olgularda mortalite oranını %61 olarak bildirmişlerdir. Yedisi operasyon öncesi, 11'i operasyondan sonra kanayan bu olguların sadece 8'inde gastrointestinal kanala kanama vardır ve üst gastrointestinal kanama şeklindedir. Kist duvarından kaynaklanan kanama saptadıkları 5 olgunun ise, kanamanın dördünde eksternal, birinde kist içine olduğunu belirlemişlerdir (6).

Psödokistin büyük bir arteri erozyona uğratarak spontan kanamaya neden olması seyrek karşılaşılan bir durumdur. Wu ve ark (21), 1977'ye kadarki literatürü tarayarak 30'dan fazla olgu bulmuşlardır. Yayınlarına göre, splenik arterin erozyonu en yaygın olanı olup, bunu gastroduodenal arterin veya onun dalı superior pankreatikoduodenal arterin invazyonu izlemektedir (21). Inferior pankreatikoduodenal (10), hepatik (24), sol gastrik (9), superior mezenterik (25), superior pankreatikoduodenal arter ve aort'u (21) tutmuş psödokist olguları da rapor edilmiştir. Pankreas psödokistin büyük bir komşu damarı erozyona uğratması ile psödokist-damar arasında meydana gelen açıklık, özellikle arteriel tutu-

lumlarda, psödokist içeriğinin dijestif aktivitesinin de katkısı ile psödokistin psödoanevrizmaya dönüşmesine neden olabilir (24). Böylece arteriel basınca da maruz kalmış kist duvarı, çevresel gastrointestinal segmentlere perforasyon olarak gastrointestinal kanamaya yol açabilir (8,24). Psödokist olgularının yaklaşık %5'inde, psödoanevrizma oluşumu bildirilmiştir (21). Selektif çöliak anjiyografi, güvenli ve basit bir prosedür olarak hastanın yönlendirilmesinde kullanılmış ve önerilmiştir (9,10). Sunulan ikinci olgumuzda hızla gelişen şok durumu anjiyografiye izin vermemiştir. Dopler ultrasonografi de tanıya yardımcı olabilir. Bu olguda ultrasonografide saptanan splenik arter anevrizması'nın, operasyonda çıkarılan materyalin histolojik incelenmesi ile bir psödoanevrizma olduğu ortaya konmuştur.

Kronik pankreas psödokistleri önceden sadece cerrahi yöntemle tedavi edilirken, günümüzde ultrasonografi veya bilgisayarlı tomografi eşliğinde iğne aspirasyon ve/veya kateter drenaj yaygın olarak kullanılmaya başlanmış, kür oranının daha az morbidite ile cerrahi tedaviye eşit olduğu gösterilmiştir (26-28). Hartley ve ark (29), konservatif olarak, sadece total paranteral nütrisyon ve oktreotid ile bir psödokist rüptürü olgusunu tedavi ettiklerini bildirmişlerdir. O nedenle, ölümcül komplikasyonlara neden olabilen pankreas psödokistlerinin medikal yöntemlerle tedavi edilmesine çalışılmalıdır. Yine de, medikal yaklaşımlara yanıt vermeyen durumlarda cerrahinin seçkin bir yöntem olduğu kanısındayız. Öte yandan, mortalitenin %30-60 oranında olduğu bildirilen (11) kanama ile komplike olmuş psödokist olgularında, tanı için gerekli duyarlılık yanı sıra, preoperatif destek sağlanarak, en kısa ve uygun zamanda cerrahi kararı verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Becker WF, Pratt HS, Ganji H: Pseudocysts of the pancreas. Surg Gynecol Obstet 1968; 127: 744-9.
2. Aranha GV, Prinz RA, Esguerra AC: The nature and course of cystic pancreatic lesions diagnosed by ultrasound. Arch Surg 1983; 118: 484-9.
3. Bradley III EL, Gonzales AC, Clements Jr. JL: Acute pancreatic pseudocysts. Treatment and implications. Ann Surg 1976; 184: 734 - 7.
4. Imrie CW, Buist LJ, Shearer MG: Importance of cause in the outcome of pancreatic pseudocysts. Am J Surg 1988; 156: 159, 62.
5. Wolstenholme JT: Major gastrointestinal hemorrhage associated with pancreatic pseudocyst. Am J Surg 1974; 127: 377 - 81.
6. Sankaran S, Walt AJ: The natural and unnatural history of pancreatic pseudocysts. Br J Surg 1975; 62: 37-4.
7. Ro JO, Yoon BH, Puppala AR: Pancreatic pseudocyst as a cause of gastrointestinal bleeding and hemobilia. Am J Gastroenterol 1976; 66: 287 - 91.
8. Coghill CL: Hemorrhage in pancreatic pseudocyst:

Review of literature and report of two cases. *Ann Surg* 1968; 167 : 112-5

9. Schechter LM, Gordon HE, Passaro E : Massive hemorrhage from the celiac axis in pancreatitis. *Am J Surg* 1974; 128 : 301 - 5.
10. Stanley JC, Frey CF, Miller TA, Lindenauer SM, Child CG : Major arterial hemorrhage : A complication of pancreatic pseudocysts and chronic pancreatitis. *Arch Surg* 1976; 111 : 435 - 40.
11. Stroud WH, Cullom JW, Anderson MC : Hemorrhagic complications of severe pancreatitis. *Surgery* 1981; 90 : 657 - 65.
12. Palmer E : Upper gastrointestinal hemorrhage. Springfield, III, Thomas, 1970 [Wolstenholme JT : Major gastrointestinal hemorrhage associated with pancreatic pseudocyst. *Am J Surg* 1974; 127 : 377 - 81]'den alınmıştır.
13. Bradley EL III : Pancreatic pseudocysts. In : Bradley EL III, (ed). *Complications of pancreatitis. Medical and surgical managements*. WB Saunders, Philadelphia, 1982, 124 - 153.
14. Skellenger ME, Patterson D, Foley NT, Jordan PH : Cholestasis due to compression of the common bile duct by pancreatic pseudocysts. *Am J Surg* 1983; 145 : 343 - 8.
15. Dalton WE, Lee HM, Williams GM, Hume DM : Pancreatic pseudocyst causing hemobilia and massive gastrointestinal hemorrhage. *Am J Surg* 1970; 120 : 106 - 7.
16. Jordan GL : Pancreatic fistula. *Am J Surg* 1970; 119 : 200 - 7.
17. Kimura Y, Yamamoto T, Zenda S, Kawamura E, Suzuki E : Pancreatic pleural fistula : demonstration by computed tomography after endoscopic retrograde pancreatography. *Am J Gastroenterol* 1987; 82 : 790 - 3.
18. Inglehart JD, Mansback C, Postlethwait R, Roberts L, Ruth W : Pancreaticobronchial fistula : case report and review of the literature. *Gastroenterology* 1986; 90 : 759 - 63.
19. Izbicki JR, Wilker DK, Waldner H, Rüeff FL, Schweiberer L : Thoracic manifestations of internal pancreatic fistulas : Report of five cases. *Am J Gastroenterol* 1989; 84 : 265 - 71.
20. Clements JL, Bradley EL III, Eaton SB : Spontaneous internal drainage of pancreatic pseudocysts. *Am J Roentgenol* 1976; 126 : 985 - 91.
21. Wu TK, Zaman SN, Gullick HD, Powers SR : Spontaneous hemorrhage due to pseudocysts of the pancreas. *Am J Surg* 1977; 134 : 408 - 10.
22. Sitzmann JV, Imbembo AL : Splenic complications of a pancreatic pseudocyst. *Am J Surg* 1984; 147 : 191 - 5.
23. Shearman DJC, Finlayson NDC (eds.) : *Diseases of the Gastrointestinal Tract and Liver*. Churchill Livingstone, Edinburg, 1989, 1067 - 100.
24. Bardenheier JA, Quintero O, Barner HB : False aneurysm in a pancreatic pseudocyst. *Ann Surg* 1970; 172 : 53 - 9.
25. Doubilet H, Mulholland JH : Pancreatic cysts : principles of treatment. *Surg Gynecol Obstet* 1953; 96 : 683 - 9.
26. Dökmeci A, Beyler AR, Uzun Y, Çetinkaya H, Bozkaya H, Örmeci N, Bahar K, Karayalçın S, Gören A, Sipahi N : Pankreas psödokistlerinin medikal drenajı. X. Ulusal Türk Gastroenteroloji Kongresi, 3 - 7 Ekim 1993, Kongre Kitabı, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 371.
27. Barkin JS, Reiner DK, Deutch E : Sandostatin for control of catheter drainage of pancreatic pseudocyst. *Pancreas* 1991; 6 : 245 - 8.
28. Farina F, Giulianotti PC, Sartoni G, Candio GD, Campatelli A, Guadagni A, D'Elia F, Mosca F : Octreotide after percutaneous sonographic drainage of pancreatic pseudocyst. A preliminary experience. *Ital J Gastroenterol* 1991; 23 : 156 - 7.
29. Hartley JE, Hershman MJ, Glazer G : Ruptured pancreatic pseudocyst. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1992; 85 : 107 - 8.