

Akut pankreatit ile başvuran bir duodenal duplikasyon kisti olgusu

A duodenal duplication cyst showing acute pancreatitis

Atakan COMBA¹, Gönül ÇALTEPE¹, Ayhan Gazi KALAYCI¹, Özlem KIRMEMİŞ¹, Mehmet KEFELİ², M. Selim NURAL³, Mithat GÜNAYDIN⁴, Filiz KARAGÖZ², Rıza RIZALAR⁴

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Patoloji Anabilim Dalı, ³Radyoloji Anabilim Dalı, ⁴Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun

Duodenal duplikasyon kisti, gastrointestinal sistemin nadir olan bir anomalisidir. Burada karın ağrısı ve kusma yakınmaları olan 14 yaşında erkek hasta sunulmuştur. Hastada akut pankreatit etiyolojisi araştırılırken, duodenumda kistik kitle saptandı. Kistin cerrahi olarak çıkarılması sonrası histopatolojik incelemesi ile duplikasyon kisti olduğu gösterilmiştir. Akut pankreatitin nadir bir nedeni olarak duodenal duplikasyon kisti de akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Duodenal duplikasyon kisti, akut pankreatit, çocuk

Duodenal duplication cyst is a rare congenital anomaly of the gastrointestinal tract. In this article, a 14-year-old male patient with abdominal pain and vomiting is presented. While investigating the etiology of acute pancreatitis, the cystic mass was found in the duodenum. After surgical removal of the cyst, histopathologic examination demonstrated duplication cyst. Duodenal duplication cyst should be remembered as a rare cause of acute pancreatitis.

Key words: Duodenal duplication cyst, acute pancreatitis, child

GİRİŞ

Duplikasyon kisti, gastrointestinal sistemin (GIS) embriyonik gelişimi sırasında oluşan benign bir doğumsal anomalidir. En sık distal ileumda olmak üzere GIS'in her yerinde görülebilir. Görülme sıklığı 1:4500 ile 1:10000 arasındadır ve her iki cins için eşit orandadır (1,2). Duodenum, duplikasyon kistlerinin en nadir görüldüğü yerdir ve tüm duplikasyon kistlerinin %2-12'sini oluşturur (3). Duodenal duplikasyon kistleri (DDK) karın ağrısı, kusma, pankreatit, kolesistit, invaginasyon ya da kanama gibi klinik tablolara neden olabilir (2). DDK, akut pankreatitin nadir bir nedenidir (1,3,4). Burada akut pankreatit tablosu ile başvuran ve duodenumda duplikasyon kisti saptanan bir olgu sunulmuştur.

OLGU

Ondört yaşında erkek hasta, ani başlayan karın ağrısı ve kusma yakınmalarıyla başvurdu. Özgeçmişinden daha önce de üç kez benzer yakınmalarının olduğu ve birkaç günde kendiliğinden düzeldiği öğrenildi. Fizik incelemede vücut ağırlığı: 45 kg (50%), boy: 166 cm (25-50%) idi, vital bulguları doğaldı. Karın muayenesinde, göbek çevresinde ve epigastrik bölgede hassasiyet saptandı, diğer sistem bulguları doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde Hb: 13.7 gr/dL, beyaz küre: 20900/mm³, trombosit: 284.000/mm³, amilaz: 1351 U/L, lipaz: 5440 U/L bulundu. Transaminaz ve bilirubin düzeyleri normaldi. Akut pankreatit tanısıyla yatırılan hastanın oral alımı kesilip, nazogastrik serbest drenaja alındı, 2500 cc/m³ IV sıvı başlandı. Etiyolojiye yönelik hastanın travma ve ilaç kullanım öyküsü yoktu, trigliserit ve kolesterol düzeyleri normaldi, kabakulak ve CMV dahil ba-

kılan viral belirteçleri negatif bulundu. Karın ultrasonografisinde (USG) duodenumda 27x23 mm boyutlarında divertikülle uyumlu kitle görüldü, pankreas net değerlendirilemedi. Üst GIS endoskopisinde duodenum 2. kısmında lümeni yarıya yakın dolduran, üzeri normal duodenum mukozası ile kaplı, biyopsi forsepsiyile dokunulduğunda içi boş, kistik izlenimi veren, yaklaşık 2x2,5 cm boyutlarında lezyon izlendi (Resim 1). Bilgisayarlı tomografide (BT) pankreas boyutları artmış ve ödemli idi, peripankreatik sıvı vardı ve duodenum ikinci kısımda 27x23 mm boyutlarında kistik lezyon saptandı (Resim 2). Magnetik rezonans kolanjiopankreatografide (MRCP) duodenum lümeninde, ampulla vateri düzeyinde, 24 mm çaplı, içerisinde sıvı ve düşük sinyalli alanlar bulunan kistik lezyon izlendi. Koledok ve diğer safra yolları normal genişlikteydi. Koledokosel (tip III koledok kisti) veya duodenal duplikasyon kisti ön tanılarıyla hasta operasyona alındı. Operasyonda ampulla vaterinin distalinde, içinde peynirimsi yumuşak materyal olan kistik yapı görüldü (Resim 3) ve duodenum mukozasından soyularak çıkarıldı, duodenum primer olarak kapatıldı. Histopatolojik olarak kist çeperini oluşturan mukozal yapının iki katının da duodenum mukozası olduğu ve iki ayrı kas tabakası içerdiği görüldü (Resim 4). Bu bulgularla duplikasyon kisti tanısı kesinleştirildi. Operasyon sonrası 1,5 yıldır izlemde olan hastada herhangi bir yakınma olmadı.

TARTIŞMA

Akut pankreatit çocuklarda sıklıkla travma, ilaçlar ve viral enfeksiyonlar sonucu gelişir, sistemik hastalıklar, toksinler ve ya-

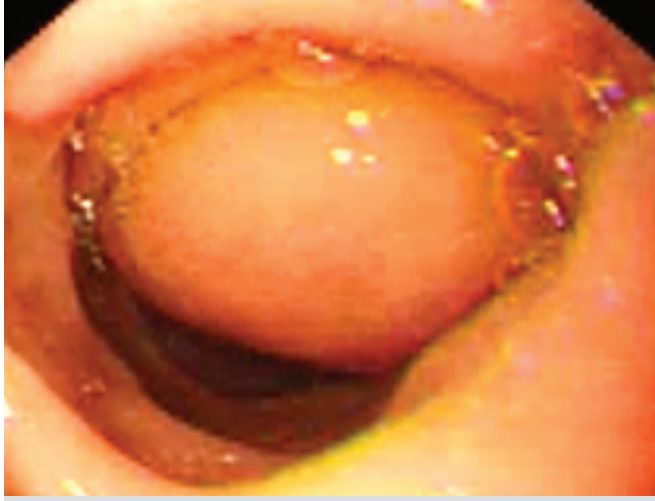
İletişim: Atakan COMBA

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

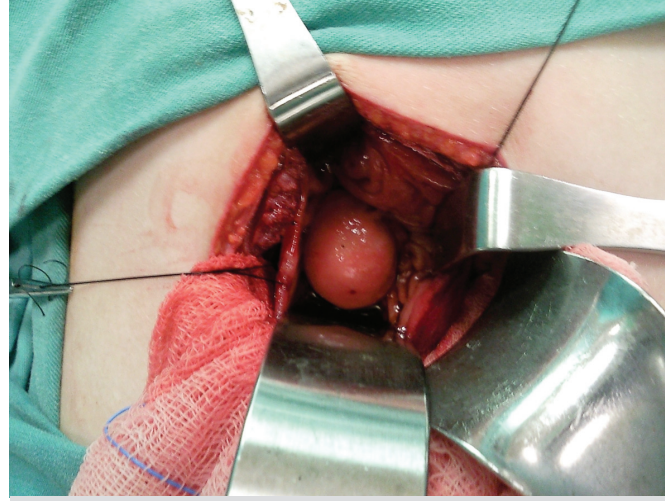
Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı Kurupelit, Samsun

Tel: + 90 362 312 19 19 / (3734)-(3735) • E-mail: adcomba@gmail.com

Geliş Tarihi: 27.02.2012 **Kabul Tarihi:** 12.04.2012



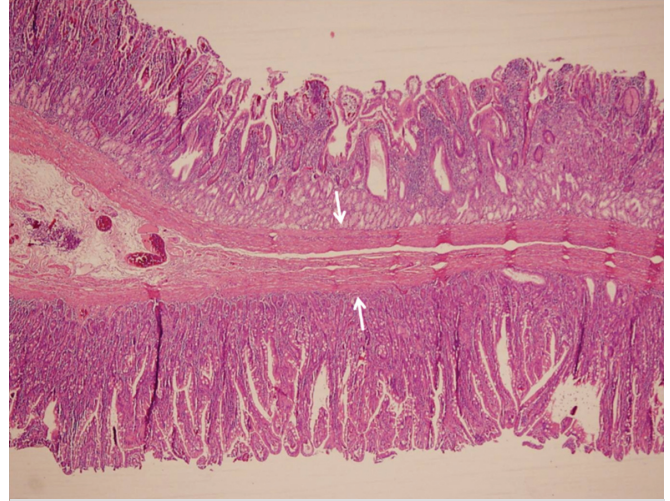
Resim 1. Duodenum 2. kısmı, papilla vateri lokalizasyonunda, lümeni tama yakın dolduran kistin endoskopik görüntüsü.



Resim 3. Kistin intraoperatif görünümü.



Resim 2. Koronal planda oluşturulan kontrastlı BT kesitinde; duodenumun inen parçasının medialinde duodenumun gerçek lümenini laterale doğru yaylandıran (eğik oklar), ayrı olarak duvarı seçilebilen kistik lezyon (düz oklar) görülmektedir.



Resim 4. Duodenal duplikasyon kistin histolojik görüntüsü: ortada kas tabakası (beyaz oklar) ve dışta normal duodenum mukozası görülmekte.

pısal anomaliler de nedenler arasındadır (5). DDK akut pankreatitin çok nadir bir nedenidir. DDK'nin, embriyonik dönemde dorsal pankreas tomurcuğunun aşırı büyümesinden dolayı duodenum epitelini sıkıştırması sonucu oluştuğu düşünülmektedir. DDK küresel veya bazen boru "tubular" görünümde olup içte mukozal tabaka ve dışta düz kas tabakasından oluşur ve 1:100.000 doğumdan daha az sıklıkta görülür (2,6,7). Genelde çocukluk çağında karın ağrısı, kilo kaybı, bulantı, kusma gibi yakınmalarla belirti verir, tıkanma sarılığı ve tekrarlayan ve/veya kronik pankreatite neden olabilir. Ektopik mide mukozası içerdiğinde kanama ve perforasyon da gelişebilmektedir (5). On yıllık sürede, İngilizce literatürdeki DDK olgularının toplandığı bir meta analizde, olguların %53'ünün pankreatit geliştirdiği saptanmıştır (2). Pankreatit gelişiminde sekresyon, çamur veya taş ile dolu olan distandü DDK'nın pankreas kanalına yapmış olduğu bası sorumlu tutulmaktadır

(1,3). DDK'nın tanısında USG, BT, MR ve endoskopi yardımcı olmakla birlikte, özellikle koledokosel (tip 3 koledok kisti) ile ayırıcı tanısı zor olmaktadır (2). Koledokun distal kısmının kistik dilatasyonu olan koledokosel de duodenum lümenine doğru uzanması nedeniyle, radyolojik ve endoskopik olarak DDK ile çok benzerlik göstermektedir. Hatta operasyon sırasında bile ayırım yapmak zordur (3). DDK'de papilla normal yerinde ve kistin proksimalinde yer alırken, koledokoselde papilla itilmiş ve kistin distalinde yerleşmiştir (1,8). Bizim hastamız da ilk olarak kistin ultrasonografi ile görülmesinin ardından endoskopik, BT ve MR ile de değerlendirildi. Koledokosel ile ayırıcı tanısı kistin tam rezeksiyonu ve histopatolojik olarak üstü duodenum mukozası ile örtülü kas tabakası içeren duodenum mukozasının görülmesi ile yapıldı. Jo ve ark. (6), DDK'de histopatolojik tanı için üç ölçüt tanımlamıştır: gastrointestinal sistem ile bağlantısının olması, sindirim sistemi mu-

kozası içermesi ve bir düz kas tabakası ile çevrili olması. DDK'nin aksine koledokosel histolojik olarak biliyer kanal veya safra kesesi mukozası içerir ve düz kas tabakası yoktur (7).

Hastalığın tedavisinde en çok cerrahi rezeksiyon tercih edilmektedir (1). İki tip cerrahi yöntem uygulanabilir: parsiyel rezeksiyon ve drenaj (marsupializasyon), diğeri ise duplikasyonun tam rezeksiyonudur (5). Kistin endoskopik olarak drenajı da yapılabilir ancak uzun sürede malignite gelişme riski nedeniyle özellikle genç hastalarda çok tercih edilmemektedir,

hatta hasta asemptomatik olsa bile malignite gelişimini önlemek için kistin mukozası ile birlikte çıkartılması önerilmektedir (3,9). Bizim hastamızda da açık cerrahi girişim ile kist tamamen çıkarıldı.

Sonuç olarak, nadir bir yapısal anomali olan DDK'nin kistinin akut pankreatit kliniği ile karşımıza çıkabileceği akla gelmeli ve özellikle koledokosel ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Malignite geliştirebilme riski nedeniyle tedavide kistin tam çıkarılması daha uygundur.

KAYNAKLAR

1. Antaki F, Tringali A, Deprez P, et al. A case series of symptomatic intraluminal duodenal duplication cysts: presentation, endoscopic therapy, and long-term outcome (with video). *Gastrointest Endosc* 2008;67:163-8.
2. Chen JJ, Lee HC, Yeung CY, et al. Meta-analysis: the clinical features of the duodenal duplication cyst. *J Pediatr Surg* 2010;45:1598-606.
3. Guarise A, Faccioli N, Ferrari M, et al. Duodenal duplication cyst causing severe pancreatitis: imaging findings and pathological correlation. *World J Gastroenterol* 2006;12:1630-3.
4. Chowdhury AH, Zaitoun AM, Dunn WK, et al. Education and imaging. *Gastrointestinal: Duodenal duplication cyst causing recurrent acute pancreatitis. J Gastroenterol Hepatol* 2011;26:785.
5. Kawahara H, Takahashi T, Okada A. Characteristics of duodenal duplications causing pancreatitis in children and adolescents: a case report and review of the literature. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002;35:372-6.
6. Jo YC, Joo KR, Kim DH, et al. Duodenal duplicated cyst manifested by acute pancreatitis and obstructive jaundice in an elderly man. *J Korean Med Sci* 2004;19:604-7.
7. Bong JJ, Spalding D. Duodenal duplication cyst (DDC) communicating with the pancreatobiliary duct--a rare cause of recurrent acute pancreatitis in adults. *J Gastrointest Surg* 2010;14:199-202.
8. Wada S, Higashizawa T, Tamada K, et al. Endoscopic partial resection of a duodenal duplication cyst. *Endoscopy* 2001;33:808-10.
9. Hata H, Hiraoka N, Ojima H, et al. Carcinoid tumor arising in a duplication cyst of the duodenum. *Pathol Int* 2006;56:272-8.