

Psödokiste Benzeyen Primer Pankreas Hidatik Kisti

Primary Pancreatic Hydatid Cyst Resembling a Pseudocyst

Tevfik Küçükkartallar, Murat Çakır, Ahmet Tekin, Ali Hikmet Özalp, Mehmet Aykut Yıldırım, Faruk Aksoy

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

ÖZET

Hidatik kist bazı bölgelerde yaygın görülen bir paraziter hastalıktır. Vücutta birçok organda yerleşim gösterebilir. Ancak pankreas nadir tutulan bir organdır. Ameliyat öncesi tanısı konulamayan 48 yaşındaki bir hasta ameliyat edildikten sonra pankreas unsinat proseste yerleşmiş hidatik kist saptandı. Postoperatif albendazol verildi. Kontrol ultrasonografide herhangi bir problemle karşılaşılmadı. Nadir görülen bu olgu pankreasın kistik maligniteleri ve psödokistleriyle karıştırılabilir. (*Türkiye Parazitol Derg 2011; 35: 214-6*)

Anahtar Sözcükler: Pankreas, hidatik kist, psödokist

Geliş Tarihi: 15.05.2011

Kabul Tarihi: 22.08.2011

ABSTRACT

Hydatid cyst is a parasitic disease that is commonly seen in certain areas. It may localize in many organs in the body. Pancreas is a rarely involved organ. A 48 years old patient who could not be diagnosed before surgery was then diagnosed with hydatid cyst localized in the uncinata process of the pancreas post-operatively. Albendazole treatment was begun after the operation. No problem was observed in the follow-up ultrasonography. This rare case may be mistaken for cystic malignancies and pseudocysts of pancreas. (*Türkiye Parazitol Derg 2011; 35: 214-6*)

Key Words: Pancreas, hydatid cyst, pseudocyst

Received: 15.05.2011

Accepted: 22.08.2011

GİRİŞ

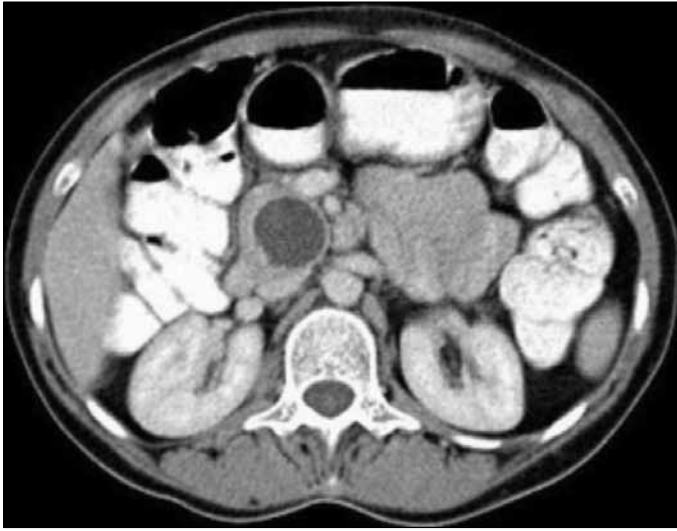
Hidatik kist hastalığı günümüzde bazı bölgelerde endemik bir halk sağlığı sorunudur (1-3). Parazitin ilk ve temel yerleşim yeri karaciğerdir. Sıklıkla karaciğer ve akciğerde görülmesine rağmen nadir olarak herhangi bir organ ve yumuşak dokuda da görülebilir. Literatürde izole pankreatik hidatik kist insidansı %2'den daha azdır ve olgu sunumları şeklindedir (2, 4). Pankreas hidatik kistlerinde genellikle preoperatif tanı konulamaz ve pankreasın kistik karsinomları ve psödokistleri ile karıştırılabilir.

OLGU SUNUMU

Karın ağrısı şikayetiyle kliniğimize başvuran 48 yaşındaki hastanın anamnezinde yaklaşık 1 yıl önce yüksekte düşme dışında dikkat çekici bir durum yoktu. Yapılan karın ultrasonografisinde (USG) pankreas başında yaklaşık 30x30 mm ebatlarında kistik lezyon tespit edildi. Karın tomografisinde (BT) pankreas unsinat prosesde yaklaşık 28x25 mm ebatlarında düzgün sınırlı kistik lezyon vardı (Resim 1). Hastanın kan tetkikleri normaldi. Mevcut bulgularla lezyonun pankreasın kistik malignitesi veya anamnezinde künt travma öykü-

Makale "10. HPB Cerrahi Kongresi Nisan 2011, Antalya, Türkiye" kongresinde poster bildirisi olarak sunulmuş ve kongre bildiri kitabında basılmıştır

Yazışma Adresi / Address for Correspondence: Dr. Tevfik Küçükkartallar, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya, Türkiye Tel: +90 332 223 69 78 E-posta: tevfikkk75@hotmail.com
doi:10.5152/tpd.2011.54



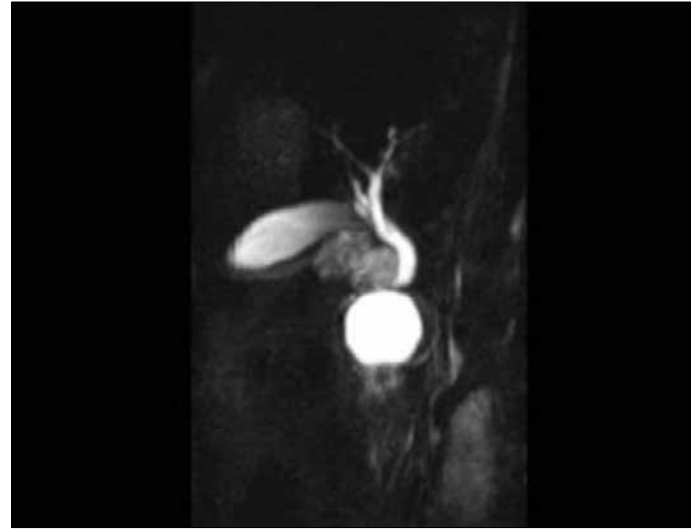
Resim 1. BT'de kistik görünüm

sünden dolayı psödokist olabileceği düşünöldü. Tümör belirteçlerinden CEA, CA 19-9, AFP normaldi ve hidatik kist indirekt hemaglutinasyon testi (IHA) negatifti. Ayrıca diğör organlarda hidatik kiste rastlanmadı. Magnetik rezonans kolanjiyopankreatikografide (MRCP) tip II koledok kisti olabileceği rapor edildi (Resim 2). Karın ağrısı devam eden hasta ameliyat edildi ve pankreas unsinat prosesde lokalize olmuş yaklaşık 50x40x40 mm boyutlarında hidatik kist tespit edildi. Parsiyel kistektomi ve omentoplasti yapıldı. Kist içerisinden aspire edilen sıvıda amilaz normal sınırlardaydı. Hastaya ameliyattan sonra 800 mg/gün albendazol tedavisi başlandı ve postoperatif 5. gün problemsiz olarak taburcu edildi. Dört aylık medikal tedaviden sonra yapılan kontrol USG normal olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Hidatik kist hastalığı dünyanın belirli bölgelerinde yüksek oranda görölen bir problemdir. Sindirim sistemi ile vücuda giren *Echinococcus granulosus* yumurtalarının ilk geçiş yeri olduğundan hidatik kist vakalarının yaklaşık 2/3'ü karaciğör yerleşimli olmaktadır. İkinci sıklıkta akciğörlerde oluşmakla beraber herhangi bir organ veya dokuda da hidatik kist gelişebilir. İzole pankreas hidatik kisti görölme insidansı %2'den azdır ve %50'si pankreas başında yerleşmektedir (5-8). Bizim vakamızda da lezyon unsinat proseseydi. Olguların çoğunluğu asemptomatik olmakla beraber karında kitle, ağrı, bulantı ve kusma bulguları görölabilir. Pankreas başına yerleşen kitleler bası etkisi veya koledok ve pankreas kanalına fistülike olarak sarılık, kolanjit veya pankreatit gelişimine neden olabilir (2). Bizim hastamızda da 3-4 aydır devam eden ve izah edilemeyen karın ağrısı ve hafif sırt ağrıları vardı. Tetkikleri sırasında pankreas unsinat prosesite kitle lezyonu saptandı. Ancak preoperatif olarak ayırıcı tanıya gidilemedi.

Ameliyat planlanan olgularda ayırıcı tanı önem kazanır. Kistik maligniteler, pankreas psödokistleri, koledok kistleri, infeksiyon ve abseler ayırıcı tanıda düşünölmelidir. BT ve USG'de septalı yapının ve kız veziköllerin görölmesi hidatik kist ayırımında yardımcıdır (8, 9). Ancak hastanın radyolojik incelemelerinde bu bulgular yoktu. Spesifik laboratuvar testleri olmamasına rağmen eosinofili saptanabilir. İndirekt immunofluorescence assay,



Resim 2. MRCP'de psödokist görünümü

Weinberg testi, ELISA ve IHA sık kullanılan serolojik testlerdir. Hastamızda eozinofili yoktu ve IHA negatifti. Canlı kistlerde ameliyat sırasında alınan kist sıvısında mikroskop altında skoleks çengeli görölür. Kesin tanı cerrahi ve histopatolojik inceleme ile konur (7).

Tedavide medikal, perkütan drenaj ve cerrahi seçenekleri vardır. Ameliyat öncesinde kesin tanı konulamadığı için hastaya cerrahi dışı tedavi uygulanamadı. Albendazol 10 mg/kg/gün yaygın olarak kullanılan bir tedavidir. Albendazol ile 4-6 ay tedavi edilen olgularda değışik serilerde tedaviye duyarlılık %60-90 arasında bildirilmektedir (10). Cerrahi tedavide birinci adım kist içeriğinin total olarak çıkartılmasıdır. Komplikasyonlarına rağmen perikistektomi ideal bir cerrahi yöntemdir. İkinci adımda geride kalan boşluğun kapatılması için omentoplasti ve kapitonaj ile eksternal veya internal drenaj da uygulanabilir. Pankreas hidatik kistlerinde üçüncü önemli nokta pankreasın endokrin ve ekzokrin fonksiyonlarının ameliyat sonrasında devamlılığının sağlanmasıdır. Korpus ve kuyruk yerleşimli olgularda distal pankreatektomi tercih edilirken, baş ve unsinat proses yerleşimli vakalarda kist eksizyonu ve eksternal veya internal drenaj yöntemi tercih edilmektedir (1-3, 5-7, 10). Biz olgumuzda unsinat proses yerleşimli kist içeriğinin parsiyel eksizyonu sonrası omentoplasti uyguladık. Kaviteye açılan bir pankreatik kanal görölmedi ve kist sıvısından alınan örnekte amilaz değıerleri normaldi. Ameliyat sonrası olası pankreatik veya safra sızıntısının kontrolü için kist içine dren yerleştirerek eksternal drenaj uyguladık. Operasyon sonrası drene olan sıvıdan pankreas enzimleri ölçümü yaparak olası sızıntıları kontrol ettik. Postoperatif dönemde 4 ay 10 mg/kg/gün albendazol alan hastanın kontrol USG'si normaldi. Hastanın 10 aylık takiplerinde herhangi bir problemle karşılaşmadı.

Pankreas hidatik kisti nadir görölmesine rağmen, özellikle endemik bölgelerde pankreas psödokistlerinin ve kistik malignitelerin ayırıcı tanısında düşünölmelidir. Preoperatif tanı genellikle konulamaz. İdeal tedavi seçeneği karın içine bulaşmayı önleyerek kistin eksizyonu ve sonrasında albendazol kullanılmasıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Yorgancı K, Sayek I. Surgical treatment of hydatid cysts of the liver in the area of percutaneous treatment. *Am J Surg* 2002; 184: 63-9. [\[CrossRef\]](#)
2. Ozmen MM, Moran M, Karakahya M, Coskun F. Recurrent acute pancreatitis due to a hydatid cyst of the pancreatic head: a case report and review of the literature. *JOP* 2005; 6: 354-8.
3. Erkan N, Hacıyanlı M, Yıldırım M, Yılmaz C. A case report of the unusual presence of hydatid disease in the pancreas and breast. *JOP* 2004; 5: 368-72.
4. Hamamci EO, Besim H, Korkmaz A. Unusual locations of the hydatid disease and surgical approach. *ANZ J Surg* 2004; 74: 356-60. [\[CrossRef\]](#)
5. Krige JE, Mirza K, Bornman PC, Beningfield SJ. Primary hydatid cysts of the pancreas. *S Afr J Surg* 2005; 43: 37-40.
6. Schiano di Visconte M, Lombardo C, Munegato G. Pancreatic echinococcosis. *Chir Ital* 2003; 55: 585-90.
7. Durgun V, Perek A, Kapan M, Perek S, Insel H. Hydatid cyst of the pancreas: a case report. *Archives of the Balkan Medical Union* 1998; 33: 205-6.
8. Kireşi DA, Karabacakoğlu A, Ödev K, Karaköse S. Uncommon locations of hydatid cysts. *Acta Radiol* 2003; 44: 622-36. [\[CrossRef\]](#)
9. Balık AA, Çelebi F, Başoğlu M, Ören D, Yıldırğan I, Atamanalp SS. Intra-abdominal extrahepatic echinococcosis. *Surg Today* 2001; 31: 881-4. [\[CrossRef\]](#)
10. Menezes da Silva A. Hydatid cyst of the liver-criteria for the selection of appropriate treatment. *Acta Trop* 2003; 85: 237-42. [\[CrossRef\]](#)