

## 36

Komplike Pankreas Kistik  
LezyonlarıÖzlem AKDOĞAN  
Sabite KAÇAR**GİRİŞ**

Pankreas kistleri heterojen bir grup olup tesadüfi ya da semptomlu hastada çekilen batin ultrasonografisi (US), bilgisayarlı tomografi (BT) ya da manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ile artan sıklıkta saptanmaktadır. Bu oran literatürde %2-20 bildirilmekle birlikte otopsi serilerinde %50'lere ulaşmaktadır. 1/3'ünü psödokistler, 2/3'ünü gerçek kistik lezyonlar oluşturur (1,2).

Pankreasın kistik lezyonlarını değerlendirirken anahtar noktalar; Anamnez, fizik muayene, kistin MRCP, dinamik MR, dinamik BT ile radyolojik özelliklerinin değerlendirmesi, başlangıç kist sıvısının amilaz, lipaz, CEA, CA 19-9, sitoloji, hücre bloğu ile değerlendirilmesi, gerekirse numune kültürünün yapılması, kistin malignite ve komplikasyon açısından değerlendirilmesidir (1).

Pankreasın kistik lezyonlarına yaklaşırken öncelikle akut pankreatite bağlı sıvı koleksiyonları ile pankreasın gerçek kistik neoplazilerinin ayırımı yapılmalıdır (Revize Atlanta sınıflaması) (3).

**PERİPANKREATİK SIVI KOLEKSİYONLARI**

Dört tipi vardır. Akut peripankreatik sıvı koleksiyonları, akut nekrotik koleksiyonlar, psödokistler, *walled-off nekroz* (WON). Akut pankreatitin başlangıcından sonraki 4 hafta içinde ya da 4 hafta sonra oluşmasına ve pankreatik nekrozun varlığına göre ayrımları yapılır (4).

Pankreatik sıvı koleksiyonları (PFCs) pankreatitin sık görülen komplikasyonudur. %5-15 akut pankreatit atağı psödokist gelişimi gösterir. PFCs travma, cerrahi sonrası, transplantasyon sonrası ya da pankreatik kanal obstrüksiyonuna sekonder gelişen inflamasyona bağlı olarak da gelişebilir. Pankreatit atağının yaklaşık %15'i pankreatik nekroz ve bunların yaklaşık %33'ü (%16-47) enfekte nekroz ile komplikedir (4,5). Pankreas psödokistleri sıklıkla pankreas kanalı ile ilişkili, %65 gövde ve kuyruksa olmak üzere pankreasın herhangi bir lokalizasyonunda saptanırlar. Pankreas psödokistleri pankreatik enzimlerden zengin, epitelize olmayan fibröz dokudan duva-

## SONUÇ

Heterojen bir grup olan pankreasın kistik lezyonlarını değerlendirirken sistematik olarak klinik, radyolojik, patolojik olarak ayırıcı tanının yapılması, kistin komplike kist olması açısından değerlendirilmesi, kılavuzlar eşliğinde (pankreatikobiliyer) gastroenterolog, girişimsel radyolog, cerrah tarafından oluşan tecrübeli multidisipliner takip ve tedavi yaklaşımı gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. *World Gastroenterology Organisation Global Guidelines* Pancreatic cystic lesions March 2019
2. van Huijgevoort NCM, Del Chiaro M, Wolfgang CL, van Hooft JE, Besselink MG. Diagnosis and management of pancreatic cystic neoplasms: current evidence and guidelines. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2019;16(11):676-689.
3. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut.* 2013;62(1):102-111.
4. Baron TH, DiMaio CJ, Wang AY, Morgan KA. American Gastroenterological Association Clinical Practice Update: Management of pancreatic necrosis. *Gastroenterology.* 2020;158(1):67-75.e1.
5. Dumonceau JM, Delhaye M, Tringali A, et al. Endoscopic treatment of chronic pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Updated August 2018. *Endoscopy.* 2019;51(2):179-193.
6. Dumonceau JM, Deprez PH, Jenssen C, et al. Indications, results, and clinical impact of endoscopic ultrasound (EUS)-guided sampling in gastroenterology: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline - Updated January 2017. *Endoscopy.* 2017;49(7):695-714.
7. Crinò SF, Scalisi G, Consolo P, et al. Novel endoscopic management for pancreatic pseudocyst with fistula to the common bile duct. *World J Gastrointest Endosc.* 2014;6(12):620-624.
8. Gerosa M, Chiarelli M, Guttadauro A, et al. Wirsung atraumatic rupture in patient with pancreatic pseudocysts: a case presentation. *BMC Gastroenterol.* 2018;18(1):52.
9. Vujic I, Seymour EQ, Meredith HC. Vascular complications associated with sonographically demonstrated cystic epigastric lesions: an important indication for angiography. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 1980;3(3):75-79.
10. Gargaglia E, Totti V, Ligabue G, Gelmini R. Acute obstructive jaundice: a possible clinical manifestation of IPMT. Case report and review of the literature. *Ann Ital Chir.* 2014;85(4):377-384.
11. Nishie H, Okumura F, Fukusada S, et al. *Nihon Shokakibyo Gakkai Zasshi.* 2013;110(7):1304-1312.
12. Okada K, Furuuchi T, Tamada T, et al. Pancreatobiliary fistula associated with an intraductal papillary-mucinous pancreatic neoplasm manifesting as obstructive jaundice: report of a case. *Surg Today.* 2008;38(4):371-376.
13. Bong JJ, Wang J, Spalding DR. Pancreatobiliary and pancreatoduodenal fistulae in intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas: report of a case. *Surg Today.* 2011;41(2):281-284.

14. Wani NA, Lone TK, Shah AI, Khan AQ, Malik RA. Malignant solid pseudopapillary tumor of pancreas causing sinistral portal hypertension. *Indian J Pathol Microbiol.* 2011;54(1):152-155.
15. Hayashi T, Ishiwatari H, Yoshida M et al. Mucinous cystic adenoma of the pancreas with short-term morphological changes due to hemorrhage. *Nihon Shokakibyō Gakkai Zasshi.* 2009;106(12):1783-91.
16. Inoue M, Ohmori I, Karakuchi N, et al. Mucinous nonneoplastic cyst of the pancreas penetrates the colon causing infection: a case report. *J Med Case Rep.* 2019;13(1):264.
17. Funamizu N, Harada E, Oshima T, et al. Pancreaticobiliary fistula with jaundice-A case report. *Gan to Kagaku Ryoho.* 2020;47(1):67-69.
18. Inoue M, Ikeda Y, Kikui M, Ogawa T, Yasumitsu T. Mucin-producing tumor of the pancreas associated with pyothorax: report of a case. *Surg Today.* 2001;31(6):538-541.
19. Koncoro H, Putra IK, Wibawa ID. Obstructive jaundice as a complication of macrocystic serous cystadenoma of the pancreas. *Acta Med Indones.* 2016;48(2):129-133.
20. Colović R, Grubor N, Micev M, Ranković V, Matić S, Latincić S. Serous microcytic adenoma of the head of the pancreas causing an obstructive jaundice. *Vojnosanit Pregl.* 2008;65(11):839-842.
21. Acea Nebriil B, Taboada Filgueira L, Montero C, Budiño Ramos J, Sacristan Lista F, Gómez Freijoso C. Hipertensión portal segmentaria y tumor quístico de páncreas [Segmental portal hypertension and cystic tumor of the pancreas]. *An Med Interna.* 1996;13(3):133-135.
22. Vadalà S, Calderera G, Cinardi N, Manusia M, Li Volti G, Giannone G. Serous cystadenocarcinoma of the pancreas with portal thrombosis. *Clin Ter.* 2010;161(2):149-152.
23. Ais G, Ortega M, Gandasegui F, Vázquez P, Manzanares J. Neoplasia quística del páncreas como causa de obstrucción intestinal [Cystic neoplasm of the pancreas as a cause of intestinal obstruction]. *Rev Esp Enferm Dig.* 1992;82(5):363-365.
24. Elaffand A, Vijay A, Mohamed S, Al-Battah HH, Youssef A, Farahat A. Echinococcal cyst of the pancreas with cystopancreatic duct fistula successfully treated by partial cystectomy and cystogastrostomy. *J Surg Tech Case Rep.* 2015;7(2):48-50.
25. Sumiyoshi Y, Yamashita Y, Maekawa T, Sakai T, Shirakusa T. A case of hemorrhagic cyst of the pancreas resembling the cystic endometriosis. *Int Surg.* 2000;85(1):67-70.
26. Varadarajulu S, Eloubeidi MA. Frequency and significance of acute intracystic hemorrhage during EUS-FNA of cystic lesions of the pancreas. *Gastrointest Endosc.* 2004;60(4):631-635.