

Peptik Ülserin Nadir Bir Komplikasyonu: Çift pilor

Hakan Buluş¹, Metin Küçükcazma², Ali Coşkun¹

¹Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, ²Gastroenteroloji Kliniği, Ankara

ÖZET

Peptik ülserin nadir bir komplikasyonu: Çift pilor

Çift pilor nadir görülen bir anomalidir ve yaygın olarak peptik ülser hastalığına sekonder oluşur. Çift pilor ilk olarak 1969 yılında Smith ve Tuttle tarafından tanımlanmıştır. Çift pilorun patogenezi halen tartışılmaktadır. Çift pilorik kanal varlığı kongenital olabilir fakat major olarak piloroduodenal bölgede peptik ülser hastalığına sekonder edinsel fistül oluşur. Çift pilorun radyolojik görünümü antral kanser, Crohn hastalığı, ülser kanser ve lenfoma ile karışabilir. Çift pilorun tedavisi genellikle anti ülser tedavi protokolleriyle yapılır. Bununla birlikte di-rençli olgularda cerrahi tedavi gerekebilir. Bu olguda biz 78 yaşında edinsel çift pilorlu erkek bir hastayı sunduk.

Anahtar kelimeler: Çift pilor, edinsel, peptik ülser

ABSTRACT

Double pylorus: an unusual complications of peptic ulcer disease

Double pylorus is a rare abnormality and it occurs most commonly secondary to chronic peptic ulcer disease. Smith and Tuttle described in 1969 for the first time a double pylorus. The pathogenesis is still discussed the anomaly may be congenital or acquired. The entity of double pyloric channels may be congenital but the majority are acquired lesions representing fistulae secondary to peptic ulcer disease in the pyloroduodenal region. Radiologic appearances may be confused with an antral carcinoma, an ulcerating carcinoma, Crohn's disease, or lymphoma. It is usually treated conservatively with anti-ulcer therapy. However, refractory cases may require surgery. A case of acquired double pyloric channel in a 78-year-old man is reported, with a review of the available literature on the topic.

Key words: Double pylor, acquired, peptic ulcer

Bakırköy Tıp Dergisi 2009;5:160-162

GİRİŞ

İlk çift pilor vakası 1969'da Smith ve Tuttle tarafından bildirilmiştir (1). Çift pilorun insidansı tam olarak bilinmemekle birlikte prevalansı yaklaşık olarak %0.06 ile %0.4 arasındadır ve erkek/ kadın oranı 2:1'dir. Çift pilorun etiyojisi halen tartışılmaktadır (2,3).

Çoğu araştırmacı, kronik peptik ülser sonucu gastro-duodenal fistül oluşumu yönünde görüş bildirirse de bazı araştırmacılar gerçek bir doğuşsal pilor çiftleşmesi olabileceğini ileri sürmüşlerdir (2,3). Çift pilor, distal mideden duodenum bulbusuna bağlanan kısa bir aksesuar kanaldan ibarettir. Gastrik antrum ve bulbus, bir septum veya köprüyle bölünen iki açıklıkla birleşir. Fistül, genellikle küçük kurvaturdan kaynak alır ve bulbus superioruna girer. Çoğu vakada çift pilor ülser hastalığının bir kompli-

kasyonudur. Yoğun medikal tedaviye rağmen, drençli ülser, fistül traktusu ve yeni epitelizasyonun oluşmasına neden olmaktadır. Helicobakter pylori, gastroduodenal biyopsilerin hemen hemen hepsinde bulunmaktadır. Başlangıçta peptik ülserle sıklıkla, diyabet, kronik obstruktif akciğer hastalığı, böbrek ve kalp gibi hastalıklar eşlik etmektedir (3,4,5).

Bu hastalığın patogenezi ve H.pylori eradikasyon tedavisinin etkileri tartışılmaktadır. Bu çalışmanın amacı, peptik ülser hastalığının çok nadir görülen komplikasyonu çift pilorun etiyojisininin daha fazla aydınlatılması ve bu durumla ilgili bir tedavi stratejisi geliştirilmesidir.

OLGU SUNUMU

78 yaşında erkek hasta acil servise karın ağrısı, bulantı, kusma ve melena şikayetleriyle başvurmuştur. Hastanın anamnezinde son iki günden beri günde 4-6 kez melenasının olduğu ve geçmişinde 4 kez üst gastrointestinal kanama geçirdiği öğrenilmiştir. Hastanın özgeçmişinde kalp yetmezliği, diyabetes mellitusu mevcuttu ve uzun süredir medikal tedavi almaktaydı. Laboratuvar de-

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Hakan Buluş
Keçiören EAH, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara-Türkiye

Telefon / Phone: +90-532-633-5052

Elektronik posta adresi / E-mail address: hakan_bulus6@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 24 Ocak 2009 / January 24, 2009

Kabul tarihi / Date of acceptance: 15 Mart 2009 / March 15, 2009

ğerlendirilmesinde tam kan sayımında Hb: 7.2 gr/dl, Htc: 21 gr/dl olarak ölçülmüştür. Diğer tetkiklerinde anormal bir bulguya rastlanmamıştır. Bu bulgular ile hastaya üst gastrointestinal sistem kanaması ön tanısıyla gastroskopi yapılmıştır. Yapılan gastroskopik değerlendirmede çift pilor olduğu izlenmiştir. Endoskop ile piloru ayıran köprünün her iki lümeninin de duodenuma açıldığı görülmüştür (Şekil 1). Ayrıca midenin antrumunda ve bulbusta aktif olarak kanamayan ülserler izlenmiştir. Gastroduodenal biyopsilerin histopatolojik incelemesinde Helicobakter pylori pozitif rapor edilmiştir.



Şekil 1: Pilonun bir köprü ile ayrılmış çift lümeni görülmekte

TARTIŞMA

Çift pilor çok nadir olarak görülmektedir. Sebebi halen tartışma konusudur. Bazı araştırmacılar doğuştan olduğunu ileri sürerken bazıları da edinsel olduğunu ileri sürmektedirler (6).

Doğuştan olabileceği yönündeki deliller intakt bir muskularis mukoza ve eşzamanlı başka bir konjenital anomalinin olması idi. Bizim hastamızda eş zamanlı başka bir doğuşsal anomali saptanmamıştır (7).

Mevcut serilerde çift pilor, bir peptik ülser komplikasyonu olarak görülmektedir ve bu vakalar edinilmiş olarak kabul edilmektedir. Gastroduodenal fistülün peptik ülserden kaynaklanabileceği hipotezi ilk olarak Rokitansky tarafından ortaya atılmıştır (8). Rokitansky, büyük bir fistül sonucu gastroduodenal birleşimin birbirine doğru ilerleyen iki ülser tarafından oluşturulabileceğini ileri sürmüştür. Bu ülserlerden biri mide küçük kurvaturunda,

diğeri duodenumdadır. Bununla birlikte çoğu bildiride fistül oluşumu için iki ayrı ülserin mutlaka olması gerekmediği görülmüştür. Ancak bildirilen çift pilor vakalarının çoğunda peptik ülserasyon vardı. Gastrik antrum veya duodenal bulbustan kaynaklanan peptik ülser penetrasyonu, mide ve duodenumun komşu duvarlarının birleşimiyle sonuçlanmaktadır. Daha sonra penetrasyonun müsküler tabakalar arasında ilerlemesiyle fistül traktı oluşmaktadır (3,5,8,9).

Çalışmalar göstermektedir ki ülser iyileştikten sonra çift pilorda dispeptik semptomlar görülmek zorunda değildir. Bununla birlikte tüm semptomatik çift pilor vakalarında gastroduodenal mukozal hastalık vardır. Bu nedenle, tedavi, anatomik anomaliyi cerrahi olarak düzeltmekten ziyade mukozal hastalığa yönelmelidir. Bizim vakamızda ülser iyileştikten sonra semptomlar devam etmiştir.

Çift pilorun tanısını koymak kolaydır. Genellikle endoskopi, değişik boyutlarda aksesuar orifisle birlikte normal peristaltizm kaybını gösterir. Ancak büyük mukozal katlantılar bazen küçük fistülleri gizler. Fistülün kalınlaşmış mukoza katlantıları arasında görülebilmesi için antrumun havayla yeterince şişmiş olması gerekir ve tanı konabilmesi için endoskop ya da biyopsi forsepsinin fistülün içinden bulbusa geçirilmesi gerekebilir. Bizim vakamızda endoskop fistül traktusundan geçirilerek tanısı konuldu. Çift kontrast çalışmalarda çift pilorun karakteristik bir görüntüsü olsa da bazen diğer patolojiler (polip, tümör veya büyük mukozal katlantılar) ile karışabilmektedir (3,4,9).

Büyümüş açıklık peristaltizm esnasında tam olarak kapanmadığı için safra regurjitasyonuna neden olabileceği gibi sürekli safra regurjitasyonu refrakter ülsera neden olabilir, bu da tekrarlayan üst gastrointestinal kanamalarla ve tedavi yanıtının azalmasıyla sonuçlanabilecektir (10).

Çift pilorlu hastalarda ülser iyileşme oranlarının düşük olmasının sebebi bilinmemektedir. Bununla birlikte, ek hastalıklar ve çeşitli ilaçların kullanılması iyileşmeyi güçleştiren olası faktörlerdir. Diyabet, kronik obstruktif akciğer hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, kronik romatizma ve sistemik lupus eritematozus gibi birçok sistemik hastalığın çift pilorla birlikte görüldüğü bildirilmiştir. Mukozal koruyucu mekanizmalar bozulduğundan diyabet ve kronik böbrek yetmezliğinde gastroduodenal ülser oluşumunda etkili olmaktadır. Bizim vakamızda da diyabet ve kalp yetmezliği bulunmaktaydı (5,11).

Sonuç olarak çift pilor çok nadir görülen bir hastalıktır. Etiyolojisi halen tartışma konusu olsa da edinsel olduğunu düşündüğümüz, çift pilor vakalarında tekrarlayan

üst gastrointestinal kanamalar ve dispeptik şikayetler gelişebilmektedir. Medikal tedaviye dirençli olgularda cerrahi tedavi seçenekleri de düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Smith VM, Tuttle KW. Gastroduodenal (pyloric) band. Endoscopic findings and first reported case. *Gastroenterology* 1969; 56: 331-336.
2. Hegedus V, Poulsen PE, Reichardt J. The natural history of the double pylorus. *Radiology* 1978; 126: 29-34.
3. Kothandaraman KR, Kutty KP, Hawken KA, Barrowman JA. Double pylorus—in evolution. *J Clin Gastroenterol* 1983; 5: 335-338.
4. Engle RB. Tunnel ulcer with double pyloric canal. *Radiology* 1975; 116: 323-324.
5. Rappoport AS. Gastroduodenal fistulae and double pyloric canal. *Gastrointest Radiol* 1978; 2: 341-346.
6. Christien G, Branthomme JM, Volny L, Deschamps P, Morice A. Double pylorus: a congenital malformation. *Sem Hop* 1971; 47: 1485-1488.
7. Sufian, S, Ominsky S, Matsumoto T. Congenital double pylorus. A case report and review of the literature. *Gastroenterology* 1977; 73: 154-157.
8. Rokitsky C (Ed). *Lehrbuch der Pathologisches*, Vienna; Braumuler, 1861: p 168.
9. Einhorn RI, Grace ND, Banks PA. The clinical significance and natural history of the double pylorus. *Dig Dis Sci* 1984; 29: 213-218.
10. Fine MI, Kavin H, Grant T. Double channel pylorus as a complication of carcinoma of the stomach. *Gastrointest Endosc* 1987; 33: 39-41.
11. Hu TH, Tai DI, Changchien CS, Chen TY, Chang WC. Double pylorus: report of a longitudinal follow-up in two refractory cases with underlying diseases. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 815-818.