

## Whipple ameliyatı sonrası gelişen şilöz asitin konservatif tedavisi: Olgu sunumu

Non-operative treatment of chylous ascites developed after whipple's procedure: A case report

Ekrem Kaya\*

Şilöz asit retroperitoneal veya sisterna şili çevresini içeren karın ameliyatlarından sonra ortaya çıkabilir (1-3). Pankreatikoduodenektomi sonrası şilöz asit, şimdiye kadar literatürde çok az rapor edilmiştir (4,5). Sebebi ne olursa olsun şilöz asitin tedavisi oldukça zordur. Tedavi, beslenme şeklinin düzenlenmesinden cerrahi müdahaleye kadar geniş bir aralıkta incelenir.

### Olgu Sunumu

Altmış üç yaşındaki erkek hasta periampüller karsinoma tanısı ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi hastanesine başvurdu. Preoperatif anormal laboratuvar verileri; Kan şekeri: 368 mg/dl (normal :70 -110), Total /direkt bilirubin : 19/15,2 mg/dl, AST: 62 U/l (7- 49), ALT: 97 U/l (8- 49), Alkalen fosfataz : 1550 U/l (95-280), gama-glutamiltransferaz (GGT): 477 U/l (7- 49), Total protein: 5,9 gr/dl (6-8), Albümin: 3,2 gr/dl (3,5-5,5). Preoperatif olarak endoskopik biliyer stent yerleştirildi ve kan şekeri düzeyi insülin tedavisi ile ayarlandıktan sonra ameliyata alınan hastaya pankreatikoduodenektomi ve bölgesel lenfadenektomi ile birlikte beslenme jejunostomisi yerleştirildi. Histopatolojik inceleme orta derecede differanssiye adenokarsinoma olarak rapor edildi. Patolojik lenf nodu yoktu.

Postoperatif 2. gün jejunostomiden enteral beslenmeye başlandı (20 ml/h, standart formül). Ancak bir gün içerisinde ameliyat bölgesine yerleştirilen drenajdan yaklaşık 4000 ml şilöz mayi geldiği gözlemlendi. Gelen bu mayinin incelemesi; Dansite: 1015, pH: 7.45, Eritrosit 0.01x 10<sup>6</sup> /µl, Lökosit: 1320/µl, lenfosit oranı: 35%, lenfosit sayısı: 650/µl, Amilaz: 6 U/l, Kolesterol: 17 mg/dl, Trigliserid (TG): 285 mg/dl, T. protein: 1.32 gr/dl, Albümin: 0.49 gr/dl idi ve bakteri gözlenmedi. Aynı anda alınan kan örneğinin analizi ise; Eritrosit: 2.75x10<sup>6</sup>/µl, Lökosit: 7000/ul, lenfosit oranı: 8.6%, lenfosit sayısı: 610/µl, TG: 117 (0-200), Kolesterol: 83 (0-200), T. protein: 4.41gr/dl, albümin: 2.29 gr/dl şeklinde idi. Serum sodyum ve kalsiyum düzeyleri normalin biraz altında idi.

Enteral beslenme formülü orta zincirli trigliseridlerden zengin düşük yağ içerikli diyet şeklinde değiştirildi (Peptison®, Nutricia Co., Amsterdam, The Netherlands). Bu beslenme rejimi ile günlük şilöz asit drenajı iki gün içinde 4000 ml'den 500 ml'ye ve yaklaşık 10 gün içerisinde de 50 ml'e kadar düştü. Postoperatif 20. günde ateşi yükselen (38, 5 °C) ve taşikardisi olan hastanın asit mayiinden alınan kültürde S. aureus üredi ve Teicoplanine ile 14 gün süre ile tedavi edildi. Postoperatif

\*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, BURSA

Dr. Ekrem KAYA  
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD  
16059 Görükle / Bursa  
Faks: (0224) 442 83 98  
e-posta: ekremkaya@uludag.edu.tr



**Resim 1-a:** Postoperatif 18. günkü Abdominal BT. Şilöz sıvı birikimi yaklaşık olarak 13x6 cm çapındadır. Siyah ok ameliyat sırasında yerleştirilen dreni işaret etmektedir.

**Resim 1-b:** Bir ay sonraki abdominal BT. Sıvı birikimi net bir şekilde sınırlanmış olup çapı da oldukça azalmıştır.

18. günde çekilen abdominal bilgisayarlı tomografide ameliyat alanında 16x9 cm'lik sınırlı sıvı koleksiyonu gözlemlendi (Şekil 1a). Jejunostomiden beslenme kesilerek az yağlı oral diet ile (balık ağırlıklı) devam edildi. Bir ay sonraki kontrol abdominal BT de sıvı koleksiyonunda anlamlı azalma tespit edildi (6x4 cm, Şekil 1b). İki ay sonraki BT de ise sıvı koleksiyonu tamamen kaybolmuştu.

### Tartışma

Abdominal cerrahi sonrası gelişen şilöz asit, mortalitesi % 18-80 arasında değişen sıkıntılı bir durumdur (1). Organın anatomik özelliği nedeni ile pankreas cerrahisi sırasında sisterna şili veya major abdominal lenfatik kanalların yaralanması olasıdır. Bu yaralanmaların ameliyat sırasında anlaşılması veya lenfatik kaçağın tespit edilmesi neredeyse olanaksızdır. Bağırsaklardan emilen yağlar lenf sıvısına karakteristik süt görünümünü verir. Olgumuzda olduğu gibi lenfatik kaçak varlığında enteral beslenmenin hemen ardından debisi yüksek süt görünümlü lenfatik sıvı ameliyat sahasından drene olabilmektedir.

Şilöz asitin tanısı parasentez veya ameliyat alanındaki dren yolu ile alınan sıvının biyokimyasal analizi ile konur (1,6). Steril, kokusuz, pH si alkali, dansitesi 1012'den yüksek ve yağdan zengin bir sıvıdır (Yüksek trigliserid, düşük kolesterol içerir). Olgumuzda olduğu gibi Lenfosit oranı periferik kandan yüksektir

### Summary:

#### Non-operative treatment of chylous ascites developed after whipple's procedure: A case report

Herein, the author presents a case of a 63-year-old male patient with periampullary tumor operated with Whipple's Procedure and developed chylous ascites soon after enteral feeding at the 3rd day of the operation. The patient was successfully treated with medium-chain triglycerides enriched enteral feeding. Over a period of 8-12 weeks, the ascites disappeared and patient fully recovered.

**Key Words:** Chylous ascites, pancreatic surgery, medium-chain triglycerides

(1,2). Lenfosit oranı ve trigliserid düzeyi lenf sıvısının en önemli özellikleridir. Lenfanjiyografi lenf kaçağının yerini kesin olarak göstermekle beraber oldukça zaman alıcı bir işlemdir (5). Abdominal BT' nin spesifik bir bulgusu yoktur sadece sıvı koleksiyonunu göstermede ve takibinde yararlıdır.

Lenf sıvısı kaçağı bu olguda olduğu gibi enfekte olup apseleşebilir, protein ve yağ metabolizmasını bozabilir ve lenfosit kaybı nedeni ile immün fonksiyon bozukluğuna yol açabilir (3).

Bu gibi olgularda enteral beslenmede orta zincirli yağ asitlerinden zengin formüller tercih edilmelidir. Çünkü, orta zincirli yağ asitleri direkt olarak portal sisteme drene olmakta ve lenfatik debiyi artırmamaktadır. Uzun zincirli yağ asitleri ise tamamen lenfatik sistem tarafından taşınmaktadır (3). Öte yandan enteral beslenmede uzun zincirli yağ asitlerinin kısıtlanması özellikle ticari diyetler ile oldukça kolaydır. Bu olgumuzda da aynı strateji izledi ve daha sonra yağdan kısıtlı oral diyetle devam edilerek sorun giderilmiştir. Total parenteral

beslenme enteral beslenmeyi tolere edemeyen hastalar için başka bir seçenektir(1).

Konservatif tedavinin süresi kesin olarak belli değildir. Ancak tedaviye rağmen günlük drenajın 500 ml den fazla olduğu olgularda re-eksplorasyon yapıp, kaçağın bulunarak bağlanması bazı yazarlarca önerilmektedir (3).

### KAYNAKLAR

1. Ablan CJ, Littooy FN, Freeark RJ . Postoperative chylous ascites: Diagnosis and treatment. A series report and literature review. Arch Surg, 1990; 125:270-273.
2. Pabst III TS, McIntyre KE, Schilling JD, Hunter GC, Bernhard VM. Management of chyloperitoneum after abdominal aortic surgery. Am J Surg, 1993;166: 194-199.
3. Spain DA, McClave SA : Chylothorax and chylous ascites. In: Goodschlich MM (Ed.). Nutritional Support. A Case Based Core Curriculum. ASPEN. Iova: Kendall/Hunt Publishing Co. 2001;p. 479-490.
4. Holbrook RF, Hargrave K, Traverso W . A prospective cost analysis of pancreatoduodenectomy. Am J Surg, 1996;171:508-511.
5. Kollmar O, Schilling MK, Buchler MV . Treatment of chyloperitoneum after extended lymphatic dissection during duodenopancreatectomy. Int J Pancreatol 2000;27: 83-7.
6. Merrigan BA, Winter DC, O'Sullivan GC . Chylothorax. Br J Surg, 1997; 84: 15-20.