



CASE REPORT
OLGU SUNUMU

Two Case Reports of Double Pylorus

Çift Pilorlu İki Olgu Sunumu

Mustafa Şit¹, Gülali Aktaş²

ABSTRACT
ÖZET

Double pylorus is a short accessory canal formation between the distal stomach, antrum, and ampulla. It is a congenital or acquired pathology which can be easily diagnosed by upper gastrointestinal endoscopy. We present two cases of double pylorus; one patient was 75 and the other was 39 years old. In the first case, double pylorus was diagnosed by upper gastrointestinal endoscopy which had been performed after the occurrence of gastrointestinal bleeding. In the second case, endoscopy performed for a diagnosis of severe epigastric pain revealed an antral double pylorus. Both cases presented with duodenitis. We think that double pylorus occurred after long-term peptic ulcers in our patients. We treated our patients medically with proton pump inhibitors and outpatient follow-up. Medical treatment should be the first choice in cases of double pylorus, but complicated or resistant cases should be referred for surgery.

Key words: Endoscopy, peptic ulcer, pylorus

Çift pilor distal mide, antrum ve ampulla arasında kısa aksesuar bir kanal oluşması şeklindedir. Endoskopi ile rahatlıkla tanı konulabilen, kojenital veya akkiz olabilen bir patolojidir. Bu yazıda biri 75 diğeri 39 yaşında olan çift pilorlu iki olgu sunulmuştur. Birinci olguda çift pilor, üst GİS kanama sonrası yapılan endoskopide saptandı. İkinci olguda ise şiddetli mide ağrısı yakınmasının tanısı amacıyla yapılan endoskopide antrumda çift pilor saptandı. Her iki olguda da duodenit mevcuttu. Uzun süreli peptik ülser nedeniyle hastalarda çift pilor geliştiğini düşünüyoruz. Hastalar, proton pompa inhibitörü ile medikal tedavi uygulandı ve poliklinik takibe alındı. Çift pilorlu vakalarda öncelikle medikal tedavi uygulanmalı ancak dirençli vakalarda veya komplikasyon gelişenlerde cerrahi tedavi akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Endoskopi, peptik ülser, pilor

Giriş

Çift pilor gastroduodenal fistülün bir formudur. İlk tanımlama 1969 yılında Smith ve Tuttle tarafından yapılmıştır (1). Çift pilor distal mide, antrum ve ampulla arasında kısa aksesuar bir kanal oluşması şeklindedir. Genellikle mide antrumundan kaynaklanıp duodenum ampulla bölgesinin üst kısmına açılır. Mide antrumu ve bulbus bir septumla bölünen iki açıklıkla birleşir. Çoğu durumda çift pilor, peptik ülser hastalığının bir komplikasyonudur ancak bazı araştırmacılar belirgin bir konjenital anomali olduğunu da rapor etmişlerdir (2, 3). Etiyoloji halen tartışmalıdır. Çift pilorun görülme sıklığı tam olarak bilinmemekle beraber yaklaşık %0,06 ile %0,4 arasındadır. Erkek-kadın oranı 2/1'dir. Dirençli ülserler medikal tedaviye yanıt vermeyip fistül traktı oluşumuna neden olmaktadır. Hastalığın patogenezini gibi *H. pylori* eradikasyon tedavisinin etkileri de tartışılmaktadır. Bu çalışmada iki çift pilor vakasını sunarak etyoloji ve tedavi stratejisini tartışmak amaçlandı.

Olgu Sunumları

Olgu 1

Elli yıldır mide şikayetleri olan ve uzun süredir diyet, antiasit, H2 reseptör blokleri, proton pompa inhibitörleri ve *Helicobacter pylori* eradikasyon tedavisi alan 75 yaşında erkek, bulantı, kusma ve melena şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde kronik obstruktif akciğer hastalığı, hipertansiyon, epilepsi ve iki kez geçirilmiş üst gastrointestinal kanama mevcuttu. Hastanın 68 yıldır günde 2 paket sigara içtiği öğrenildi. Hb (9,8 g/dL) ve Hct (%28,7) değerleri dışındaki laboratuvar parametreleri normal sınırlarda bulundu. Endoskopik incelemede çift pilor tespit edildi. Antrumdaki her iki orifisten girildi ve duodenuma geçildiği görüldü (Resim 1A-C).

Olgu 2

Yaklaşık 15 yıldır zaman zaman şiddetlenen mide ağrısı şikayeti olan ve aralıklarla proton pompa inhibitörü kullanan ve *Helicobacter pylori* eradikasyon tedavisi görmüş olan 39 yaşında erkek olgunun sistemik muayenesinde ve laboratuvar değerlerinde patolojik bulgu saptanmadı. Özgeçmişinde 25 yıldır günde bir paket sigara içmesi ve multinodüler guatr (ötiroid) bulunması dışında bir anormallik yoktu. Gastroskopik muayenede antrumda çift pilor tespit edildi (Resim 2A,B). Her iki orifisten de endoskopi cihazı ile duodenuma geçildi. Aktif ülser yoktu. Hastaya proton pompa inhibitörü ile medikal tedavi başlandı ve poliklinik takibine alındı.

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye

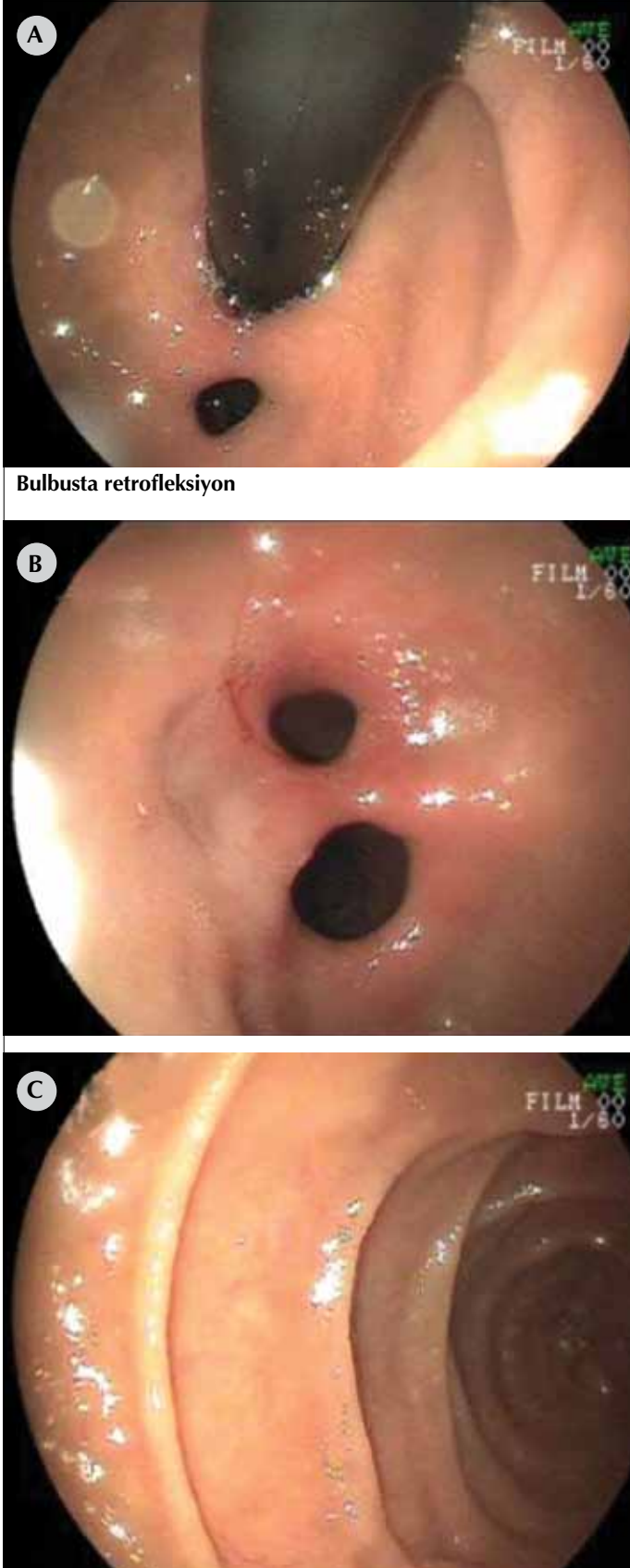
²Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye

Submitted/Geliş Tarihi
29.02.2012

Accepted/Kabul Tarihi
08.11.2012

Correspondance/Yazışma
Dr. Mustafa Şit,
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye
Phone: +90 374 253 46 18
e.mail: dmustafasit@yahoo.com.tr

©Copyright 2013
by Erciyes University School of Medicine - Available on-line at www.erciyesmedicaljournal.com
©Telif Hakkı 2013
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Makale metnine
www.erciyesmedicaljournal.com
web sayfasından ulaşılabilir.



Resim 1. Olgu 1'e yapılan endoskopik incelemede retrofleksiyonun (A), antrumdaki çift pilor ağzının (B) ve duodenumun (C) endoskopik görüntüsü

Tartışma

Çift pilor hastalığı insidansı tartışmalıdır. Görülme sıklığı yaklaşık %0,06-%0,4'tür ve erkek/kadın oranı 2/1'dir. Hu ve arkadaşları (4), endoskopi uyguladıkları 102958 olgunun 20'sinde çift pilor saptadılar ve çift pilor insidansını %0,02 olarak bildirdiler. Çift pilor tanısında çift kontrast grafilerin bir karakteristik görünümü vardır. Ancak polipler, tümörler ve büyük mukozal katlantılar tanıya yanlış değerlendirmelere neden olabilir. Buna karşın çift pilorun endoskopik tanısı basittir. Genellikle endoskopide normal peristaltizmin olmaması ile birlikte değişen büyüklükte aksesuar orifis görülür. Büyük mukozal katlantılar bazı vakalarda küçük fistülleri gizleyebilir (2, 3, 5-11). Tanı konulurken antrumdaki kalınlaşmış mide kıvrımları içinde fistülü görebilmek için midenin yeterli hava ile şişirilmiş olması gereklidir. Duodenum ampullası içine endoskop ile veya biyopsi pensi ile geçişin olduğunun görülmesi gereklidir. Bizim vakalarımızda her iki ağızdan endoskop ile duodenuma girilerek tanı konuldu. Çift pilor gelişimi konjenital veya kazanılmış olabilir (12, 13). Doğuştan olabileceğini düşündüren bulgular muskularis mukoza tabakasının intact olması ve başka konjenital anomalilerin eşlik etmesidir. Sunulan olguların konjenital olabileceğini düşündüren bulgu saptamadık.

Çift pilorda gastroduodenal fistül gelişim mekanizmasını ilk olarak Rokitsanski tanımlamıştır (14). Çift pilor oluşumunda kazanılmış nedenlerin en önemlisi refrakter peptik ülser hastalığıdır. Sunulan olguların ikisinde de uzun süreli peptik ülser öyküsü vardı. Çift pilorlu hastalarda ülserin tam iyileşmemesinin altında yatan sebepler açık değildir. Eşlik eden hastalıklar, kullanılan ilaçlar ve beslenme alışkanlığı ülser iyileşmesini geciktiren faktörler olabilir. Literatürde bazı kronik hastalıklar çift pilor ile ilişkili bulunmuştur (3, 9-11, 15, 16). Hu ve arkadaşlarının (4) 2001 yılında yayınlanan çalışmalarında çift pilor saptadıkları 20 hastanın %60'ında eşlik eden sistemik hastalıklar (4 hastada Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, 4 hastada kronik böbrek yetmezliği, 3 hastada hipertansiyon, 2 hastada diyabetes mellitus, 2 hastada serebrovasküler hastalık ve 1 hastada üreter taşı ve 1 hastada hipertiroidi) rapor edilmiştir. Sunulan olguların birinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı, hipertansiyon ve epilepsi, diğerinde multinodüler guatr (ötiroid) hastalığı mevcuttu.

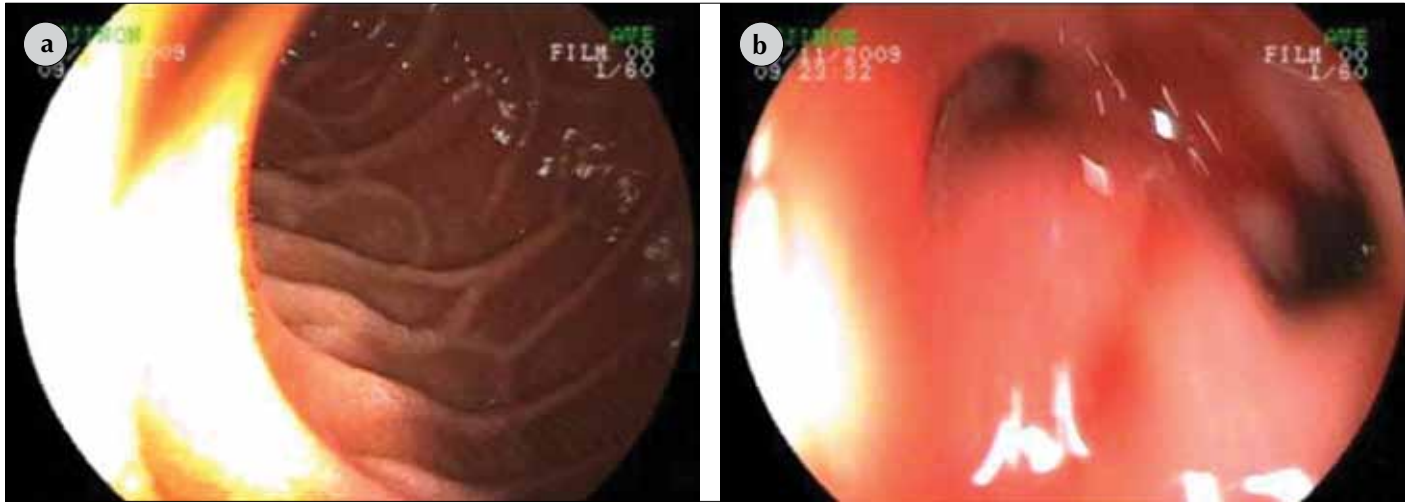
Hastalığın tedavisinde medikal ve cerrahi tedavi seçenekleri vardır. Biz hastaları proton pompa inhibitörü ile medikal tedavi başlayarak poliklinik takibine aldık. Medikal tedaviye rağmen peptik ülser ve ona bağlı şikayetleri gerilemeyen hastalarda ise cerrahi tedavi seçeneğini göz önünde bulundurduk. Şu ana kadar cerrahi müdahale gerektirecek bir klinik tablo gelişmedi. Medikal tedaviye dirençli olan ve ek komplikasyon gelişen hastalarda cerrahi tedavi seçeneği akılda tutulmalıdır.

Sonuç

Çift pilor özellikle peptik ülser hastalığına sekonder olarak gelişebilmekte olup öncelikle medikal olarak ülser tedavisi uygulanmalı, seçilmiş vakalarda veya tedaviye rağmen komplikasyon gelişmesi halinde cerrahi tedavi uygulanmalıdır.

Conflict of Interest

No conflict of interest was declared by the authors.



Resim 2. Olgu 1'e yapılan endoskopik incelemede duodenumun (A) ve antrumdan çift pilorun (B) görünümü

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Authors' contributions: Conceived and designed the experiments or case: TA, ÖÇ, FÖ. Performed the experiments or case: TA, ÖÇ, FÖ. Analysed the data: HO, AA. Wrote the paper: TA. All authors have read and approved the final manuscript.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Hakem değerlendirmesi: Bağımsız hakemlerce değerlendirilmiştir.

Yazar katkıları: Çalışma fikrinin tasarlanması: TA, ÖÇ, FÖ. Deneylerin uygulanması: TA, ÖÇ, FÖ. Verilerin analizi: HO, AA. Yazının hazırlanması: TA. Tüm yazarlar yazının son halini okumuş ve onaylamıştır.

Kaynaklar

1. Smith VM, Tuttle KW. Gastroduodenal (pyloric) band. Endoscopic findings and first reported case. *Gastroenterology* 1969; 56(2): 331-6.
2. Hegedus V, Poulsen PE, Reichardt J. The natural history of the double pylorus. *Radiology* 1978; 126(1): 29-34.
3. Kothandaraman KR, Kutty KP, Hawken KAS, Barrowman JA. Double pylorus-in evolution. *J Clin Gastroenterol* 1983; 5(4): 335-8. [CrossRef]
4. Hu TH, Tsai TL, Hsu CC, Lu SN, Hsiao M, Changchien CS. Clinical characteristics of double pylorus. *Gastrointest Endosc* 2001; 54(4): 464-70. [CrossRef]
5. Engle RB. Tunnel ulcer with double pyloric canal. *Radiology* 1975; 116(2): 323-4.
6. Jamshidnejad J, Koehler RE, Narayan D. Double channel pylorus. *AJR Am J Roentgenol* 1978; 130(6): 1047-50. [CrossRef]
7. Rappoport AS. Gastroduodenal fistulae and double pyloric canal. *Abdominal Imaging* 1977; 2(1): 341-6.
8. Einhorn RI, Grace ND, Banks PA. The clinical significance and natural history of the double pylorus. *Dig Dis Sci* 1984; 29(3): 213-8. [CrossRef]
9. Yoshimura Y, Yasutake K, Imamura Y, Oimomi M. Double pylorus accompanied by gastric ulcer resistant to H₂-receptor antagonist--a case report and review of the literature. *Kobe J Med Sci* 1988; 34(4): 151-9.
10. Hu T, Tai D, Changchien C, Chen T, Chang W. Double pylorus: report of a longitudinal follow-up in two refractory cases with underlying diseases. *Am J Gastroenterol* 1995; 90(5): 815-8.
11. Polloni A, Marchi S, Bellini M, Costa F, Bonifazi V, Tumino E, et al. Double pylorus: report of two cases and review of the literature. *Ital J Gastroenterol* 1991; 23(6): 360-3.
12. Christien G, Branthomme J, Volny L, Deschamps P, Morice A. Pylore double: Malformation congenitale. *Sem Hop* 1971; 47: 1485-8.
13. Sufian S, Ominsky S, Matsumoto T. Congenital double pylorus. A case report and review of the literature. *Gastroenterology* 1977; 73(1): 154-7.
14. Von Rokitsansky C. (Ed.) *Lehrbuch der pathologisches*, Vienna; Braumüller; 1861.p.168.
15. Ghahremani GG, Gore RM, Fields WR. Acquired double pylorus due to gastroduodenal fistula complicating peptic ulceration. *Arch Surg* 1980; 115(2): 194-8. [CrossRef]
16. Farack U, Goresky C, Jabbari M, Kinnear D. Double pylorus: a hypothesis concerning its pathogenesis. *Gastroenterology* 1974; 66(4): 596-600.