



Sıradışı Pankreas Kitleleri Extraordinary Pancreatic Masses

Kenan Büyükaşık¹, Ahmet Burak Toros², Aziz Arı¹, Hasan Bektaş¹, Yeşim Karagöz³, Esra Paşaoğlu⁴

Amaç: Bu çalışmada, pankreasın gövde ve distalinde yerleşim gösteren ve distal pankreatektomi uyguladığımız sıradışı pankreas lezyonları; tanı-tedavi ve prognoz açısından güncel literatür bilgileri eşliğinde incelendi.

Yöntemler: 2005-2010 yılları arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde distal pankreatektomi uyguladığımız 10 olgu, retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik, klinik, patolojik özellikleri ve tanı yöntemleri değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 3'ü erkek 7'si kadındı. Yaş ortalaması 57,2 (en küçük 27-en büyük 81) idi. Olguların 3'ünde lezyon (%30) pankreas gövdesinde, 7'sinde (%70) kuyruk yerleşimliydi. Tüm hastalara distal pankreatektomi uygulandı. 5 hastaya, splenektomi de eklendi. Olgular patolojik açıdan değerlendirildiğinde; 3 olguda seröz kistadenom, 2 olguda solid psödo-papiller tümör, 2 olguda müsinöz kistik neoplazm, 1 olguda duktal adenokarsinom, 1 olguda asiner hücreli karsinom, 1 olguda ise nöroendokrin tümör tesbit edildi. Hastalar, ortalama 2 yıl süreyle takip edildiler.

Sonuç: Pankreasın gövde ve kuyruk yerleşimli sıradışı lezyonları; düşük derecede malignite potansiyeli taşıyan ve nadir görülen lezyonlardır. Hastaların çoğu genç kadınlardır. %50 hasta asemptomatik olup, en sık karında kitle ya da karın ağrısı şikayeti ile başvururlar. Bu lezyonlar, daha çok lokal invazyon yapma eğilimindedirler. Tam rezeksiyon sonrası prognoz mükemmeldir ve rekürrens çok nadir görülür. Pankreas kanseri ise, kötü prognozu ile tanı ve tedavideki önemini korumaktadır. Pankreas kanserine özgü erken dönem bulguları yoktur. Genellikle çevre dokulara bası ya da invazyon yapınca semptomlar ortaya çıkar. Pankreas başı kanserlerinin %10-20'sine, gövde ve kuyruktaki tümörlerin ise ancak %15'ine küratif rezeksiyon yapılabilmektedir. Bu lezyonların erkenden ve doğru şekilde tanınması, aşılması gereken bir sorun olarak durmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sıradışı pankreas kitleleri, distal pankreatektomi

Objective: In this study, in light of current literature; we studied the diagnostic-therapeutic and prognostic features of pancreatic lesions located in the body and tail, for which we performed distal pancreatectomy.

Methods: Ten patients with pancreatic lesions, who were treated surgically with distal pancreatectomy between the years 2005-2010, in the General Surgery Clinics of Istanbul Education and Research Hospital, were analyzed retrospectively, regarding their demographic-clinical-pathological features and diagnostic methods.

Results: Three of the patients were male and 7 were female. The median age of patients was 57.2 (the youngest 27, the oldest 81), with 3 of them having lesions located in the tail and 7 in the body of the pancreas. All of the patients underwent distal pancreatectomy, 5 of which had additional splenectomy. Their pathologic examinations revealed 3 serous cystadenomas, 2 mucinous cystic neoplasms, 2 solid pseudopapillary tumors, 1 ductal adenocarcinoma, 1 acinary cell carcinoma, and 1 neuroendocrine tumor. The median follow-up interval was 2 years.

Conclusion: Tumors of the pancreatic tail and body are extraordinary lesions, with low malignant potential. Most of the patients are young females. The most common complaint is abdominal pain or a palpable abdominal mass, with 50% being asymptomatic. These lesions are prone to local invasion. Prognosis is excellent, following a complete surgical resection, and recurrence is uncommon. Diagnosis and treatment of pancreatic cancer are still a major concern, due to its poor prognosis. Because there are no specific early findings, symptoms appear only when it compresses or invades the neighboring structures. Curative resection is possible in 10%-20% and 15% of pancreatic masses located in the body and tail, respectively. Early diagnosis of these lesions is still a challenge that we must overcome.

Key Words: Extraordinary pancreatic mass, distal pancreatectomy

¹Istanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Istanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Gastroenterohepatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

³Istanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

⁴Istanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Yazışma Adresi

Address for Correspondence:

Ahmet Burak Toros, Emek mahallesi, Ordu caddesi, Kent Life sitesi, A1-3 Blok, D: 30, Sancaktepe, İstanbul, Türkiye
Tel.: +90 535 783 58 29
E-posta: aburaktoros@yahoo.com

Geliş Tarihi/Received:
03.06.2013

Kabul Tarihi/Accepted:
24.12.2013

© Copyright 2014 by Available online at
www.istanbulmedicaljournal.org

© Telif Hakkı 2014 Makale metnine
www.istanbultipdergisi.org web sayfasından
ulaşılabilir.

Giriş

Günümüzde pankreas neoplazileri, kötü prognozu ile tanı ve tedavideki önemini korumaktadır. Son yıllarda teknolojiye hızlı gelişmeler sayesinde, pankreas tümörleri daha erken evrelerde teşhis edilebilmektedir. Buna rağmen, kanser tanılı hastalarda ancak %20 hastada cerrahi rezeksiyon umuduyla laparotomi düşünülmemekte ve eksplore edilen vakaların da ancak %30'una küratif cerrahi girişim uygulanabilmektedir (1, 2). Karsinomlarda küratif cerrahi tedavi ile ortalama yaşam süresi, 18-20 aydır. 5 yıllık ortalama sağkalım oranı ise %10'dur. Ancak iyi diferansiyeli ve cerrahi sınırlı negatif olanlarda ve lenf gangliyon tutulumu olmayanlarda; 5 yıllık sağkalım %10-20 arasındadır.

Pankreasın gövde ve kuyruk yerleşimli kitleleri ise; düşük derecede malign potansiyel taşıyan ve daha nadir görülen, sıradışı pankreas lezyonlarıdır. Hastaların çoğu genç kadınlardır ve genelde asemptomatik seyrediler. Şikayet olursa; en sık karında kitleye bağlı ağrı ve kilo kaybı ile başvururlar. Daha çok lokal invazyon yapma eğilimindedirler. Tam bir cerrahi rezeksiyon sonrası, prognoz mükemmeldir; rekürrens çok nadir görülür.

Klasik pankreas neoplazilerinden çok farklı bir yapı ve gidişattaki bu lezyonların erken tanınması önemlidir.

Bu çalışmada, pankreas gövde ve kuyruk yerleşimli, kendi kliniğimizde tedavi ve takip edilen 10 olgu retrospektif olarak değerlendirilerek konuya, güncel literatür ışığında katkıda bulunma amacı güdülmüştür.

Yöntemler

Bu çalışmada, distal yerleşimli pankreas lezyonları olan ve 2005-2010 yılları arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi kliniklerinde cerrahi tedavi (distal pankreatektomi) uygulanan 10 olgu; retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular

Hastaların 7'si kadın 3'ü erkek olup, yaş ortalaması 57,2 idi (en küçük 27-en büyük 81). Hastalar değerlendirildiğinde; 4 hastada dispeptik yakınmalar, 5 hastada müphem karın ağrısı öyküsü, 3 hastada palpabl karın kitleleri tesbit edildi. 8 hastada son 6 ay içinde %10'dan fazla kilo kaybı mevcuttu. Hastaların tümüne görüntüleme yöntemi olarak ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografi (BT), gereklilik halinde manyetik rezonans görüntüleme ile kolanjyografi (MRCP) yapıldı. Bir hastada, ileri yaşta aniden ortaya çıkan diabet araştırılırken tanıya gidildi.

Cerrahi girişim olarak, tüm hastalara distal pankreatektomi uygulandı. Beş hastaya, bu işleme ek olarak (yayılm göz önünde tutularak) splenektomi uygulandı. Bir hastaya ise, lokal invazyon nedeniyle mide wedge rezeksiyon da eklendi. Distal pankreatektomi+splenektomi uygulanan bir hasta, postop 22. günde yandaş hastalıklar nedeniyle kaybedilmiştir. Diabetes mellituslu ve nöroendokrin tümör nedeniyle distal pankreatektomi uyguladığımız bir diğer hastada ise, operasyon sonrası diabet düzelmiştir.

Olgular patolojik açıdan değerlendirildiğinde; 3 olguda seröz kistadenom, 2 olguda solid psödopapiller tümör, 2 olguda müsinöz kistik neoplazm, 1 olguda duktal adenokarsinom, 1 olguda asiner hücreli karsinom, 1 olguda ise nöroendokrin tümör tesbit edildi. Hastalar, ortalama 2 yıl süreyle takip edildiler.

Tartışma

Pankreas duktal karsinomlu hastaların %80'i 60 yaşın üzerindedir. Kadın: erkek oranı 1: 1,7'dir. Karsinom dışı neoplazilerde ortalama yaş seröz kist adenomlar için 60, nöroendokrin tümörler için 50, solid psödopapiller tümör için 28 ve müsinöz kistik neoplaziler için 40'tür. Bu neoplazilerden nöroendokrin tümörler her iki cinste de eşit oranda görülmesine rağmen, diğer tüm neoplaziler kadın cinsiyette daha çok izlenirler. Bizim serimizde, bu bulgularla orantılı olarak ortalama yaş daha düşüktür ve kadın erkek oranı 7/3'tür.

Pankreas başı duktal karsinomu, gövde ve kuyruk karsinomlarından daha sıktır (3). Karsinomların %70'i pankreas başında, %15'i gövdede, %10'u kuyruk yerleşimlidir. Kalan %5'i ise yaygın yerleşimlidir. Bizim serimizi oluşturan distal pankreatektomi olgularından, yalnızca ikisinde karsinom mevcuttur.

Pankreas başı duktal karsinomları, safra yollarına bası yaparak erken dönemde sarılığa yol açarlar; böylece gövde ve kuyruktaki neoplazilere nazaran daha erken dönemde tanı alırlar. Pankreas başı karsinomları, tanı aldıklarında 2,5-3,5 cm çapında ve rezeke edilebilir dönemde; gövde ve kuyruk tümörleri ise tanı aldıklarında 5-7 cm çapında ve genellikle retroperitona invazidirler, rezeksiyonları mümkün değildir (4, 5).

Özellikle gövde ve kuyruk karsinomları, erken dönemde retroperitona ve geç dönemde çölyak pleksusa invazyon yapar. Bu nedenle

Tablo 1. Hastaların cinsiyet, yaş ve klinik özellikleri

Cinsiyet	7 K / 3 E
Yaş Ortalaması	57,2 (27-81)
Yakınma ve Bulgular	
Dispepsi	4
Karın Ağrısı	5
Abdominal Kitle	3
Sarılık	0
Aniden Ortaya Çıkan Diabet	1
Kilo Kaybı (%10'dan fazla)	8

gövde ve kuyruk yerleşimli tümörlerde ameliyat öncesi karsinom tanısı önem taşımaktadır.

Pankreas karsinomlu hastaların %40'ında tanı sırasında, %15'inde ise tanıdan 2 yıl önce diabet saptandığı belirlenmiştir. Özellikle ileri yaşlarda ortaya çıkan diabetin, pankreas duktal karsinomunun erken semptomu olabileceği düşünülmektedir (6). Bizim serimizde de, bir hastada ani başlayan diabet sonucu yapılan incelemelerde; hastaya pankreas kuyruk yerleşimli duktal adenokarsinom tanısı konulmuştur.

Tropikal bölgelerde; pankreas kanalında taş, diabet ve karın ağrısı ile kendini gösteren 'tropikal pankreatit' geçirenlerde, kuyruk ve gövde karsinomu riski artmıştır. Pernisiyöz anemili hastalarda ise pankreas ve mide neoplazisi riski artmıştır. Mide rezeksiyonu geçiren hastalarda, pankreas tümörü riski 2-6 kat artmıştır. Bu, kalan midedeki hipoasiditeye bağlı olarak gelişen bakteriyel aşırı çoğalma ve nitrat bileşiklerinin kanda artmasına bağlanmıştır.

Duktus epitel hücreleri tüm pankreas dokusunun %5'inden daha azını oluşturmasına rağmen, ekzokrin pankreas neoplazilerinin %90'dan fazlası; duktal epitelden kaynaklanan adenokanserlerdir (7). Serimizdeki 1 hastada patolojik tanı, duktal adenokarsinomdur.

Pankreas neoplazisine özgü erken dönem bulguları yoktur, semptomlar genellikle çevre organ ve dokulara bası sonucunda ortaya çıkar. En sık görülen semptom, kilo kaybıdır. Serimizdeki 8 hastada, %10'dan fazla kilo kaybı izlenmiştir.

Genellikle epigastriumda ağrı olur. Serimizdeki 5 hastada, bu ağrı mevcuttu. Bele vuran ve devamlı olan ağrılar ise genellikle çölyak pleksusa veya perinöral invazyonu düşündürür ve tümörün rezeksiyonunun mümkün olmadığını göstergesidir. Pankreas başı neoplazilerinin %80-90'ında sarılık, %35'inde ise kaşıntı görülür. Gövde ve kuyruk neoplazilerinin ise ancak %7'sinde kaşıntı bulunur. Bu da, karaciğer metastazı ve lenf ganglionlarının porta hepatise basısı sonucudur. Bizim olgularımızda, sarılık görülmedi.

CA 19,9, pankreas neoplazileri için kullanılan en yararlı ve önemli tümör belirleyicidir. CA 19,9 bir karbonhidrat antijeni olup; pankreas sıvısı, serum ve pankreas dokusunda bulunur, nüks halinde yükselir (8).

Pankreas neoplazilerinin tanı ve evrelemede en sık kullanılan görüntüleme yöntemi, BT'dir. İntravenöz kontrast tutan normal pankreas dokusu, tümörden ayrılır. Özellikle küçük tümörlerin araştırılmasında, MR yardımcıdır (9). MRCP ile de, pankreas kanalı ve safra yolları değerlendirilir. Endoskopik retrograd

kolanjiopankreatografi'nin (ERCP) pankreas neoplazisi tanısında duyarlılığı %85, özgüllüğü %95'tir; biyopsi olanağı da vermektedir (10). Tanıyı doğrulamak için İnce iğne aspirasyon biopsisi (İİAB), evrelendirilme için ise Endoskopik ultrasonografi'den (EUS) faydalanılır. Böylece gereksiz laparoskopik incelemelerden kaçınmak mümkün olur.

Pankreasın az görülen ekzokrin tümörleri arasında solid psödo-papiller tümör, çoğunlukla genç yaşta kadınlar arasında görülür. Yavaş büyüyen kitle basısı ile kendini belli ederler. Yerleşimlerine göre, cerrahi tedavi %90 hastada kür sağlar.

Seröz kistadenomlar tipik olarak büyük kitle yaparlar. Genellikle kuyruk ve gövde yerleşimlidirler, selim tümörlerdir, 60-70 yaş arası kadınlarda görülürler, tedavisi rezeksiyondur.

Müsinöz kistadenom ve müsinöz kistadenokarsinom ise, pankreas ekzokrin tümörlerinin %2'sini oluştururlar. 40-50 yaş kadınlarda en sık görülürler, gövde ve kuyruk yerleşimlidirler. Müsinöz kistadenomlar, tümör öncüsü olarak kabul edilirler.

Sonuç

Pankreas kansinomları, kötü prognozu ile tanı ve tedavideki önemini korumaktadır. Pankreasın gövde ve kuyruk yerleşimli kitleleri ise; düşük derecede malign potansiyel taşıyan ve nadir görülen, sıradışı pankreas lezyonlarıdır. Bu lezyonların erken tanınması ve ayırıcı tanısı önemlidir.

Açıklanamayan kilo kaybı, epigastriumda ağrı, ani ortaya çıkan diyabet hastalığı, steatore ve idiyopatik pankreatit bulguları olan; 40 yaş üstü ve sigara içen her hastada, pankreas tümörü mutlaka araştırılmalıdır. Ancak gövde ve kuyruk yerleşimli tümörlerde özellikle genç yaşlarda ve kadın cinsiyette duktal kansinomlardan daha iyi seyreden, diğer pankreas neoplazileri de ayırıcı tanısı alınmalıdır.

Etik Komite Onayı: Çalışmanın retrospektif tasarımından dolayı etik komite onayı alınmamıştır.

Hasta Onamı: Çalışmanın retrospektif tasarımından dolayı hasta onamı alınmamıştır.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - K.B.; Tasarım - K.B., A.B.T.; Denetleme - A.B.T.; Kaynaklar - A.A., H.B.; Malzemeler - K.B., A.A., H.B.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - K.B., A.B.T., Y.K., E.P.; Analiz ve/veya yorum - Y.K., E.P.; Literatür taraması - K.B. A.B.T.; Yazıyı yazan - K.B., A.B.T.; Eleştirel inceleme - A.B.T.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Ethics Committee Approval: Ethics committee approval was not received due to the retrospective nature of this study.

Informed Consent: Informed consent was not obtained due to the retrospective nature of this study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - K.B.; Design - K.B., A.B.T.; Supervision - A.B.T.; Funding - A.A., H.B.; Materials - K.B., A.A., H.B.; Data Collection and/or Processing - K.B., A.B.T., Y.K., E.P.; Analysis and/or Interpretation - Y.K., E.P.; Literature Review - K.B. A.B.T.; Writing - K.B., A.B.T.; Critical Review - A.B.T.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Kaynaklar

1. Lillemoe KD. Current management of pancreatic carcinoma. *Ann Surg* 1995; 221: 133-48. [\[CrossRef\]](#)
2. Wolfson D, Barkin JS, Chari ST, Clain JE, Bell RH Jr, Alexakis N, et al. Management of pancreatic masses. *Pancreas* 2005; 31: 203-17. [\[CrossRef\]](#)
3. Reber HA, Gloor B. Radical pancreatectomy. *Surg Oncol Clin N Am* 1998; 7: 157-63.
4. Emre A, Rozanes İ. Pankreas kanserinde klinik bulgular, tanı ve evreleme. *Sindirim sistemi kanserleri* (Ed). Topuz E. Onkoloji Enstitüsü yayınları 1999; 264-76.
5. Sachs T, Pratt WB, Callery MP, Vollmer CM Jr. *J Gastrointest Surg* 2009; 13: 405-15. [\[CrossRef\]](#)
6. Permert J, Adrian TE, Jacobsson P, Jorfert L, Fruin AB, Larsson J. Is profound peripheral insulin resistance in patients with pancreatic cancer caused by a tumor associated factor? *Am J Surg* 1993; 165: 61-6. [\[CrossRef\]](#)
7. Klöppel G, Solcia E, Longnecker DS, Capella C, Sobin LH. Histological typing of tumors of exocrine pancreas. Berlin, Springer 1996. [\[CrossRef\]](#)
8. Ritts RE, Pitt HA. CA 19-9 in pancreatic cancer. *Surg Onc Clin N Am* 1998; 7: 93-101.
9. Ichikawa T, Haradome H, Hachiya J, Nitatori T, Ohtomo K, Kinoshita T, et al. Pancreatic ductal adenocarcinoma: preoperative assessment with helical CT versus dynamic MR imaging. *Radiology* 1997; 202: 655-62.
10. Yamaguchi K, Chijiwa K, Shimizu S, Yokohata K, Morisaki T, Tanaka M. Compression of endoscopic retrograde and magnetic resonance cholangiopancreatography in the surgical diagnosis of pancreatic disease. *Am J Surg* 1998; 175: 203-8. [\[CrossRef\]](#)