



## OLGU SUNUMU

### PANKREASIN MÜSİNÖZ KİSTİK NEOPLAZİSİNDE MULTIORGAN REZEKSİYONU: OLGU SUNUMU

Ali Solmaz, Asım Cingi, Cumhur Yeğen  
*Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

#### ÖZET

Pankreasın müsinöz kistik neoplazisi tüm pankreatik kistik neoplazilerin % 9.7'sini oluşturur<sup>1</sup>. Kadınlarda erkeklere göre 10 kat fazla görülen bu hastalıkla ilgili literatürde bildirilmiş tedavi yöntemi cerrahi rezeksiyondur<sup>2</sup>. Cerrahi rezeksiyona pankreasın yanı sıra dalak, ince barsak, kalın barsak ve sol sürrenal bezin de katıldığı olgu sunumu yapılmış ve ilgili literatür gözden geçirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Pankreas, Müsinöz kistik neoplazi, Multiorgan rezeksiyonu

### MULTIORGAN RESECTION FOR MUCINOUS CYSTIC NEOPLASMS OF THE PANCREAS: CASE REPORT

#### ABSTRACT

Mucinous cystic neoplasms of the pancreas account about 9.7 % of all pancreatic cysts. Treatment of the disease, which affects women 10 times more often than men, is complete surgical resection. In this case, besides pancreas, spleen, transverse colon, small intestine and left adrenal gland were also resected and a literature search was undertaken.

**Keywords:** Pancreas, Mucinous cystic neoplasm, Multiorgan resection

## GİRİŞ

Pankreasın kistik lezyonları neoplastik ve neoplastik olmayan olmak üzere ikiye ayrılır. Neoplastik olmayan grupta yer alan ve pankreatitin bir komplikasyonu olan psödokist tüm pankreatik kistlerinin % 75'ini oluşturur<sup>3</sup>. Primer pankreas kistik neoplazilerinin % 44-49'unu müsinöz kistik neoplaziler oluşturur<sup>4</sup>. Epigastrik dolgunluk hissi, sırta yayılan karın ağrısı, bulantı ve kusma temel şikayetleri oluşturur<sup>5</sup>. Pankreasın nadir görülen ve diğer lezyonlardan ayrımı zor olan müsinöz kistik neoplazisi tanısı almış bir olguda klinik yaklaşım ve tedavisinde sık uygulanmayan multiorgan rezeksiyonu tartışılmıştır.

## OLGU SUNUMU

Sunulan hasta 53 yaşında, 5 yıl önce pankreas psödokisti öntanısı ile ameliyat edilmiş ve kistojejunostomi ameliyatı yapılmış bir bayan hastadır. Epigastrik bölgede ve sol üst kadranda karın ağrısı ve buna eşlik eden bulantı ve kusma ile acil servise başvurmuş, yapılan fizik muayenede epigastrik bölgede kitle palpe edilmiştir. Karaciğer fonksiyon testleri, amilaz ve CA-19-9 değerleri normal sınırlarda saptanmıştır. Yapılan batın ultrasonografisinde pankreas lojunda 145x137x187 mm boyutlarında lineer ekojen septasyonlar içeren multiloküle kistik kitle saptanması üzerine yapılan üst batın tomografisinde pankreastan geliştiği düşünülen batın üst ve ön bölümüne uzanarak komşu organlara bası oluşturan

#### İletişim Bilgileri:

Dr. Ali Solmaz

Marmara Üniversitesi, Genel Cerrahi A.B.D, İstanbul, Türkiye  
e-mail: solmazali@hotmail.com

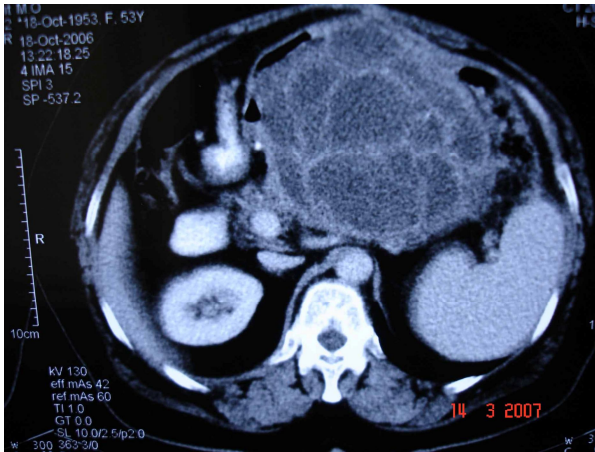
Marmara Medical Journal 2008;21(3);265-268



yaklaşık 13x11 cm boyutlarında kistik kitle saptanmıştır (Resim 1).

Gelişmiş olan lezyondan bilgisayarlı tomografi eşliğinde yapılan sitolojik incelemenin benign neoplastik dokuyu tanımlaması ve uzun yıllardır bilinmesine karşın yaygınlaşmamış olması nedeni ile cerrahi rezeksiyon önerilmiştir. Ameliyatta pankreastan köken alan yaklaşık 20x20 cm boyutlarında kistik kitle ve bu kitleye daha önceki operasyonunda yapılan Roux-n-Y kistojejunostomi saptanmıştır. Makroskopik olarak düzgün sınırlı, semisolid karakterde ve arkasında splenik damarlara, sol sürrenal beze ve altında transvers kolonun mezenterine invaze olmuş bir kitle tespit edilmiştir. Distal subtotal pankreatektoami, splenektomi, sol sürrenalektomi, jejunum ve kolon rezeksiyonu yapılarak yaklaşık 6 kg ağırlığındaki tümör ve çevre organ rezeksiyonu tamamlanmıştır (Resim 2).

Makroskopik olarak multiloküler, kalın fibrotik duvarlı, ve içinde hemorajik ve mukoid karakterde sıvı tespit edilirken, mikroskopik incelemede kistin müsin salgılayan tek tabakalı epitel ve bunun altındaki ovaryan stromadan oluştuğu izlenmiştir (Resim 3).



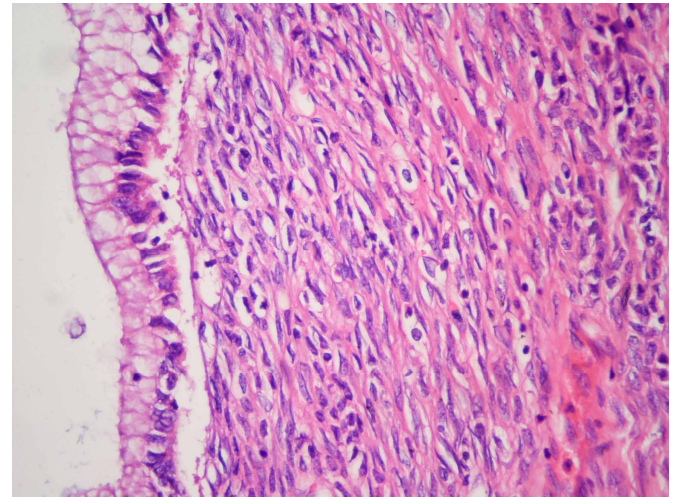
**Resim 1:** Kontrastlı batın tomografisinde pankreastan kaynaklanan 13\*11 cm boyutlu çevre organların yer değiştirmesine sebep olan yer yer sınırları bu organlardan net ayırt edilemeyen, multiloküle, kalın fibrotik ve kalsifiye duvarlı, septalı kistik kitle izlenmektedir.

Ameliyat sonrası dönemi genel olarak

sorunsuz seyreden hastada, gelişen diyabet nedeni ile insülin tedavisine başlanmıştır ve halen kontrol altındadır.



**Resim 2:** Yapılan ameliyatta çıkarılan tümör ve çevre organlar izlenmektedir. Spesimenin ortasında tümör, sağda dalak, solda önceki operasyonda yapılan Roux-n-Y kistojejunostomi anastomozunun jejenunal ansı, altta kalın barsak segmenti görülmektedir.



**Resim 3:** Tek tabakalı müsin salgılayan kolumnar epitelin altında ovaryan stroma

## TARTIŞMA

Pankreas kistlerinin tarihçesine bakıldığında, ilk olarak 1824'de Becourt tarafından tariflenmiştir. 1978'de Compagno ve Oertel ilk olarak hastanın hikayesi ile kist patolojisi arasındaki ilişkiyi ve seröz-müsinöz kist ayrımının klinik önemini tariflemiştir. Gelişen teknolojiyle birlikte giderek yaygınlaşan



görüntüleme sistemleri, müsinöz kistlerin malignite potansiyellerini ortaya koymaya yardımcı olmuştur. Geçmişte pankreasın kistik lezyonlarında psödokist düşünülerek yapılan ameliyatlara literatürdeki oranı % 37-57 arasında değişmektedir. Günümüzde radyolojik görüntüleme yöntemlerinin gelişmesiyle bu oran % 10'a kadar düşmüştür<sup>6,9</sup>.

Pankreas kistlerinin yaklaşık % 5-15'ini neoplastik kistler oluşturur<sup>7</sup>. Bunlar kendi içinde 4 alt başlıkta toplanabilir:

- 1) Seröz kistik neoplaziler (SKN)
- 2) Müsinöz kistik neoplaziler (MKN)
- 3) İntraduktal papiller müsinöz neoplaziler (İPMN)
- 4) Nadir görülen neoplaziler (sistik insülinoma, solid papiller neoplazi, asiner hücreli kistadenokarsinom)

Hastaların çoğu spesifik olmayan semptomlara sahip oldukları için geç konulan müsinöz kistik neoplazi tanısı, genellikle başka bir sebeple yapılan radyolojik görüntüleme esnasında tesadüfen fark edilir. Semptomu olan gruptaki hastalarda genellikle epigastrik bir karın ağrısı, buna eşlik eden bulantı, kusma ve kilo kaybı olabilir. Tüm bu şikayetler kitlenin çevre organlara olan basısı nedeni ile bu organların yer değiştirmesinden kaynaklanır. Nadiren kitle pankreas başında olursa sarılık da görülebilir. Çok nadiren metastaz yaptıkları için sistemik şikayetler genellikle görülmez<sup>6</sup>.

Radyolojik tanıda direkt batın grafilerinde MKN'da periferik kalsifikasyonlar saptanabilir. Kitlenin çevre organlara olan basısına bağlı bu organlarda yer değişikliği izlenebilir. Ultrasonografik olarak incelendiğinde ise arka duvar ekojenitesi güçlü olan multiloküler kistler olarak görünürler. Kalsifikasyonlar mevcut ise bunlara bağlı yansıyan ekojenik gölgeler tespit edilebilir. Bilgisayarlı Tomografi bu kistleri tanımlamak için bilinen en değerli yöntemdir, iyi sınırlı, multiloküle ve yer yer periferik kalsifikasyonlar

içeren kistik kitleler olarak görünürler<sup>9</sup>.

MKN'lerin büyük bir kısmı adenokanserlerin aksine pankreas kuyruk kısmına lokalizedirler<sup>7</sup>. Boyutları ortalama 8-10 cm olmakla beraber 30 cm'ye kadar olan vakalar bildirilmiştir<sup>7</sup>. Makroskopik olarak 1 makrokistten veya birbirine komşu ama ilişkili olmayan birçok kistten oluşabilirler. Aynı zamanda bu kistler İPMN'lerin aksine pankreas kanalıyla ilişkili değildirler. Makroskopik olarak incelendiğinde yukarıda tariflenen gruplardan hangisinde olduğunu söylemek zordur. Bu ancak birçok mikroskopik kesit alındığında anlaşılabilir.

Mikroskopik olarak incelendiğinde müsinöz kistik neoplaziler tek tabakalı müsin salgılayan küboidal epitelle döşelidir. Bu epitelde zaman içinde displastik değişiklikler meydana gelebilir. Zaman geçtikçe kist içindeki basınç arttığında bu epitel tabakada basınca bağlı nekroz ve devamlılığın bozulması izlenebilir. Benign-malign ayırımında önemli olan displastik değişiklikler tüm kist yüzeyinin herhangi bir yerinde görülebileceği için ameliyat sırasında yollanan frozen bilgileri yanıltıcı olabilir. Bu kistlerin patolojik özelliklerinin tam olarak ortaya konması için kistin birçok yerinden kesit alınması önerilir.

MKN'lerin ayırıcı tanısında en önemli lezyon psödokist ve İPMN'lerdir. Psödokistte kist içeriğindeki amilaz değeri yüksek, müsin boyaması negatif iken MKN'lerde amilaz değeri düşük, müsin boyaması pozitifdir. İPMN'de kist büyüklüğü genellikle küçük, pankreatik kanal geniş ve kitle daha çok pankreas başına lokalizedir. MKN ise kuyruk kısmına lokalize olur ve pankreas kanalı normal genişliktedir<sup>8</sup>. Epitelin mikroskopik incelemesi MKN-İPMN ayırımını yapmada pek yarar sağlamaz, ancak subepitelyal stroma incelendiğinde İPMN'de kanallarda gevşek bir fibroz stroma izlenirken, MKN'de iğsi ovaryen stroma bulunur.

Pankreasın kistik lezyonlarında tedavi yöntemi cerrahi rezeksiyondur. MKN'lerin çoğunluğu pankreas kuyruğu lokalizasyonunda olduğundan genellikle splenektomi ile birlikte distal pankreatektomi tercih edilir. Pankreas başı





lokalizasyonundaki tümörlerde pankreatikoduodenektomi tercih edilen operasyon tipidir. Adenokarsinomların aksine ne kadar büyük olurlarsa olsunlar MKN'lerin çevre organlara invazyonu nadir görüldüğünden cerrahi rezeksiyon her boyuttaki müsinöz kanserde denenmelidir. Literatürde bu hastalıkta uygulanan cerrahi rezeksiyon genellikle pankreas ve dalak ile sınırlıdır. Fakat olgumuzdaki lezyon pankreasa komşu transvers kolon, sol sürrenal, ve ince barsaklara invaze olduğundan literatürdeki bildirilen olgulardaki rezeksiyon sınırından daha geniş bir rezeksiyon yapılmıştır. Sunulan hastada da cerrahi yöntem uygulanırken bu prensip ile hareket edilmiştir. Tam bir cerrahi rezeksiyonla 5 yıllık yaşam beklentisi % 94 civarında olan bu nispeten iyi seyirli pankreas kitlelerinin görüntülenmelerini takiben aksi bir durum olmadıkça rezeksiyon şansının verilmesi uygun olacaktır.

Pankreasın kistik neoplazileri özellikle orta yaşlarda ve kadınlarda sık görülmekle birlikte adenokarsinoma göre çok daha az sıklıkla görülürler. Adenokanserler kadar invaziv olmasalar da premalin kabul edilip cerrahi rezeksiyon uygulanmalıdır. Nadiren nüks ve metastaz bildirilse de rezeksiyon sonrası prognoz iyidir. Tanısı gelişen görüntüleme yöntemleriyle daha kolay olsa da bazen ancak ameliyat sonrası patolojik incelemeyle konmaktadır<sup>10</sup>.

## KAYNAKLAR

1. Adsay NV, Klimstra DS, Compton CC. Introduction: cystic lesions of the pancreas. *Semin Diagn Pathol* 2000;17:1-6
2. Thompson LDR, Becker RC, Przygodzki RM, Adair CF, Heffess CS. Mucinous cystic neoplasm (mucinous cystadenocarcinoma of low-grade malignant potential) of the pancreas. *Am J Surg Pathol* 1999;23:1-16.
3. Klöppel G. Pseudocysts and other non-neoplastic cysts of the pancreas. *Semin Diagn Pathol* 2000;17:7-15.
4. Wilentz RE, Albores-Saavedra J, Hruban RH. Mucinous cystic neoplasms of the pancreas. *Semin Diagn Pathol* 2000;17:31-42.
5. Compagno J, Oertel JE. Mucinous cystic neoplasms of the pancreas with overt and latent malignancy (cystadenocarcinoma and cystadenoma). *Am J Clin Pathol* 1978;69:573-580.
6. Sakorafas G, Sarr M. Cystic neoplasms of pancreas;What a clinician should know. *Cancer Treat Rev* 2005;31:507-535
7. Govender D. Mucinous cystic neoplasms of pancreas. *Curr Diag Pathol (Mini-symposium:Pathology of the exocrine pancreas)* 2005;11:110-116
8. Goh KPB, Tan YM, Cheow PC, et al. Cystic neoplasms of pancreas with mucin production. *J Can Surg* 2005;31:282-287
9. Scott J, Martin I, Redhead D, Hammond P, Garden O.J. Mucinous cystic neoplasms of the pancreas:Imaging and diagnostic difficulties. *Clin Radiol.* 2000;55:187-192
10. Brian K.P. Goh, Yu-Meng Tan, Yaw-Fui AC, Pierce K.H, Chow, Wai-Keong W, Cystic lesions of the pancreas: an appraisal of an aggressive resectional policy adopted at a single institution during 15 years. *Am J Surg* 2006;192:148-154