

EKTOPIK PANKREAS OLGUSU VE LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

AN ECTOPIC PANCREAS CASE AND REVIEWING LITERATURE

Sezgin YILMAZ¹, Coşkun POLAT¹, Çiğdem TOKYOL², Gökhan AKBULUT¹

¹ Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

² Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD

ÖZET: Pankreas dokusunun konjenital olarak normal anatomik yerleşim yerinin dışında bulunmasına heterotopik ya da ektopik pankreas adı verilir. Olguların çoğunluğu asemptomatik seyirlidir. Ancak semptomatik olgularda lezyon sıklıkla mide ve duodenumda yerleşim gösterir. Olgularda tanı çoğunlukla rastlantısal olarak başka bir nedenle yapılan laparotomilerle konur. Kesin tanı ise lezyonun histopatolojik incelemesiyle yapılabilir. Semptomatik olsun ya da olmasın tüm ektopik pankreas vakalarında eksizyon yapılmalıdır.

[Anahtar Sözcükler: Ektopik pankreas, pankreatit, kanama, kanser]

ABSTRACT: Ectopic pancreas or heterotopia is a congenital anomaly that is defined as pancreatic tissue which is not found in normally situated place. Most patients with ectopic pancreas are asymptomatic, however of those patients with any clinical symptom, the lesions are usually found in the stomach or duodenum. The diagnosis of ectopic pancreas is usually made incidentally at laparotomy that is performed for another problem. The precise nature of the lesion should be performed with pathological evaluation. The lesion should be excised in all patients with/without any symptom.

[Key Words: Ectopic pancreas, pancreatitis, hemorrhage, cancer]

GİRİŞ

Pankreas dokusunun konjenital olarak normal anatomik yerleşim yerinin dışında bulunmasına heterotopik ya da ektopik pankreas adı verilir. Tüm abdominal operasyonların %0.25'inde ektopik pankreas dokusuna rastlanır (1). Ektopik pankreas olguları %95 oranında üst gastrointestinal sistemde özellikle mide, duodenum ve jejunumda bulunur. Bununla birlikte daha nadir olarak safra kanalı, Meckel divertikülü, konjenital duodenum diaframı, mesane, Fallop tüpleri, ileum ve toraksda da bulunabildiği bildirilmiştir (2,3). Ektopik pankreas olguları genellikle asemptomatik olmakla birlikte semptomatik olguların çoğunlukla mide ve duodenum bölgesine lokalize olduğu görülür. Semptomatik vakalarda karın ağrısı, bulantı, kusma ve gastrointestinal sistem kanaması gibi

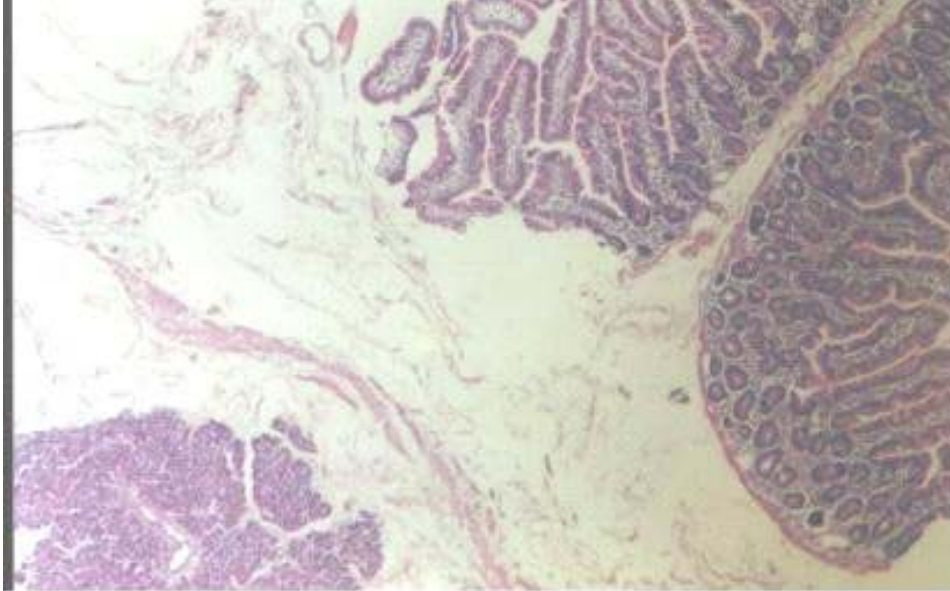
non-spesifik bulgular görülür. Gastrointestinal sistemde görülen ektopik pankreas dokusu beyaz-sarı renkte, yuvarlak ya da lobule konturlu ve çoğunlukla da milimetrik lezyonlar oldukları için asemptomatik vakalarda preoperatif olarak tanı konulması genellikle mümkün olmaz. Leiomyoma ya da karsinoma gibi kitle lezyonlarından ayırıcı tanısının yapılabilmesi için semptomatik olsun ya da olmasın ektopik pankreas saptanan her olguda kitlenin eksizyonu gereklidir (4). Bu vaka sunumunda mide adenokarsinomu nedeniyle opere edilen bir hastada jejunal metastaz izlenimi veren bir ektopik pankreas olgusu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

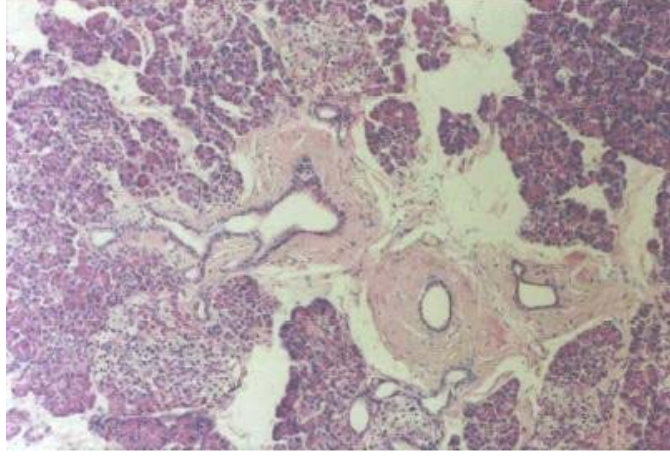
Bir aydır epigastriumda yanma hissi, katı gıdalara karşı yutma güçlüğü yaşayan 54

yaşında erkek hasta, Gastroenteroloji kliniği tarafından yapılan endoskopik biopsi sonucunun mide fundus karsinomu olarak gelmesi üzerine birimize sevk edildi. Hastanın öyküsünde 30 paket yılı sigara kullanımının olduğu görüldü. Fizik muayenede patolojik bulgusu yoktu. Laboratuvar bulgularından tam kan sayımı ve biyokimya bulguları orta derecede yükselmiş alkalen fosfataz değeri dışında normaldi. Tümör belirteçlerinden CEA 35,69 ng/ml ile yükselmiş olarak bulundu. Üst gastrointestinal endoskopisinde; özofagus 30.cm'de divertikül izlendi, mide fundusta 2cm çapında fragil-dokunmakla kanamalı, çevresindeki pililerde deformite olan mukozal düzensizlik tespit edildi. Mide fundustaki lezyondan birden fazla yerden biyopsi alındı. Patoloji sonucu adenokarsinom olarak rapor edildi. Tüm batin bilgisayarlı tomografide sol böbrek üst polde yaklaşık 1 cm çaplı kortikal kist, asendan kolon ve proximal kolon segmentlerinde diffüz duvar kalınlaşması ve lümende daralma ve perikolonik yağlı planlarda silinme, prostat boyutlarında artış, kontur düzensizliği, periprostatik yağlı planlarda kirlenme tespit

edildi. Bunun üzerine herhangi bir kolon patolojisi olup olmadığını anlamak için kolonoskopi yapıldı ancak anlamlı bir bulgu saptanmadı. Tüm batin ultrasonografik tetkikinde sol böbrekte 13 mm boyutunda basit kortikal kist tespit edildi. Toraks spiral CT'de özofagus distalinde dilatasyon ve seviyelenme gösteren effüzyon ve bu düzeyde mediastinal paraaortik alanda yumuşak doku artımı mevcuttu. Hasta bu bulgularla mide fundus adenokarsinomu tanısıyla ameliyata alındı. Total gastrektomi, özefagojejunostomi, Roux-en-Y uygulandı. Jejunumda bulunan kitle 5 cm'lik jejunal ansı içine alacak şekilde eksize edildi. Ayrıca ileum antimezenterik yönündeki 1cm'lik lezyon wedge rezeksiyon ile çıkarıldı. Patoloji sonucu mide fundus orta derecede diferansiye adenokarsinom, adenokarsinom metastazı (2 adet lenf nodu ve ileum cidarı), 21 adet reaktif lenf nodu, jejunum cidarı ektopik pankreas (Resim-1,2) ve ileumdaki kitle ise karsinom metastazı olarak rapor edildi. Postop dönemde yara yeri enfeksiyonu gelişen hasta uygun antibiyotik tedavisi ile enfeksiyonu yatıştıktan sonra postop 19. günde taburcu edildi.



Resim 1: Jejunum mukozası komşuluğunda submukozal yerleşimli çevreden iyi sınırlı ektopik pankreas dokusu (H&E X40).



Resim 2: Asinüs ve duktusları içeren ektojik pankreas dokusunun daha büyük büyütme ile görünümü (H&EX100).

TARTIŞMA

Ektojik pankreas patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte embriyonik hayatta ön barsağın rotasyonu esnasında ortaya çıkan bir defekten kaynaklandığı düşünülür. Olgular çoğunlukla asemptomatik seyrettiği için başka nedenlerle yapılan laparotomilerde saptanırlar, ancak özellikle mide ve duodenumda bulunan vakalar semptomatik olabilir ve peptik ülseri düşündürülen yaygın epigastrik yakınmalarla başvuru olabilir (2). Laparotomi yapılmayan vakalarda ise üst gastrointestinal sistemin görüntülenmesi esnasında saptanan polip, nodül ya da fokal duvar kalınlaşmalarının ayırıcı tanısında düşünülmelidir. Ancak böyle bir lezyonda kesin tanının ancak patolojik incelemeyle konulabileceği bilinmelidir. Ektojik pankreas olgularında semptomatik vakalar oldukça nadirdir ve lezyon yerleşim yeri ve boyutuna bağlı olarak yoğun gastrointestinal kanama, psödokist, abse, ya da tümör benzeri klinik tablolara neden olabilirler (5-7). Ektojik pankreas dokusu ilginç bir şekilde normal yerleşimli endopik pankreas dokusunun ilaçlara, travmaya ya da metabolik nedenlere karşı gösterdiği reaksiyonların aynısını gösterebilir (8). Ancak normal yerleşimli pankreasdan ayrı olarak sadece ektojik pankreasa lokalize pankreatit ve

ardından fatal seyreden vakalar da bildirilmiştir (9). Diğer taraftan nadiren ektojik pankreas dokusunda kanser gelişebilir (10). Bu vakalarda kesin tanı ancak patolojik incelemeyle konabilir bu yüzden ektojik pankreas dokusu olduğu düşünülen her vakanın eksizyonu gerekir. Bizim olgumuzda da benzer özelliklere sahip olan ince barsak kökenli iki adet kitle eksize edilmiş bunların biri adenokarsinom metastazı diğeri de ektojik pankreas dokusu olarak rapor edilmiştir. Ektojik pankreas dokusu, içerisinde normal pankreasda bulunan dokuların herhangi birisini bulundurulabilirse de çoğunlukla duktuslardan ve çevresinde bulunan müsin üreten nadir bezlerden oluşmuştur. Bazen bu duktusların çevresinde kalın düz kas demetleri bulunabilir. Ektojik pankreas içerdiği dokuya göre yapılan Heinrich sınıflandırmasına göre üçe ayrılır: Tip 1'de duktuslar, asinüsler ve endokrin adacık hücreleri, tip 2'de duktuslar ve asinüsler ve tip 3'de de sadece duktuslar ve nadir asinüsler bulunur (11). Gastrointestinal sistemde yerleşim gösteren olgular, yuvarlak ya da lobüllü, sarı-beyaz renkte ve boyutları birkaç milimetreden birkaç santimetreye kadar değişen kitleler olarak görülürler. Çok büyük kitlelerde santralde yerleşim gösteren bir göbekteşme bulunur ki burası çoğunlukla kitleyi drene eden kanaldır. Bu kanalın

tıkanmasıyla birlikte sadece bu lezyona sınırlı şiddetli pankreatit tablosu ortaya çıkabilir (8). Bizim olgumuzda da ektopik pankreas dokusu jejunumda bulunmaktaydı ve hastada buna ait olduğu düşünülen herhangi bir yakınma yoktu. Görüntüleme yöntemlerinden en çok tomografiden yararlanılır ve kitle leiomyoma ya da karsinoma benzer. Preoperatif olarak tomografi ile böyle bir görüntünün saptanması kitlenin tam olarak tanımlanabilmesi için laparotomi yapılmasını gerektirir (12). Yine ektopik pankreas dokusundan batın içine dökülen hücrelerin başka bir sebeple yapılan peritoneal yıkama örneklerinde yanlışlıkla malin hücre olarak değerlendirilebileceği de unutulmamalıdır (13). Sınırlı lokal eksizyon ektopik pankreas olgularında yapılması gereken cerrahi tedavidir. Ancak patolojik incelemede malin transformasyon bulunması cerrahi tedavinin yeniden değerlendirilmesini gerektirir.

Sonuç olarak ektopik pankreas olguları çok nadiren görülen vakalardır. Çoğunlukla asemptomatik olmakla birlikte, özellikle mide ve duodenumda yerleşim gösteren vakalar spesifik olmayan yakınmalara neden olabilir. Başka bir sebeple laparotomi yapılan vakalarda saptana bu tür lezyonlarda olgu semptomatik olsun ya da olmasın eksizyon gereklidir. Kesin tanı ancak patolojik incelemeyle konulabilir ve malignite saptanan vakalarda gerekirse cerrahi tedavi yeniden gözden geçirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Tanaka K, Tsunodo T, Eto T et al. Diagnosis and management of heterotopic pancreas. *Int Surg* 78: 32-35, 1993.
2. Lai EC, Tompkins RK. Heterotopic pancreas. Review of a 26 year experience. *Am J Surg* 151: 697-700, 1986.
3. Barbosa JJ, Dockerty MB, Waugh JM. Pancreatic heterotopia: a review of the literature and report of 41 authenticated surgical cases of which 25 were clinically significant. *Surg Gynecol Obstet* 107: 71-6, 1946.
4. Meneu JA, Fernandez-Cebrian JM, Alvarez-Baleriola I et al. Hemosuccus pancreaticus in a heterotopic jejunal pancreas. *Hepatogastroenterology* 46: 177-179, 1999.
5. Joo YE, Kim HS, Choi SK et al. Massive gastrointestinal bleeding caused by ectopic pancreas mimicking jejunal tumor. *Digestion* 64: 133-136, 2001.
6. Prasad TR, Gupta SD, Bhatnagar V. Ectopic pancreas associated with a choledochal cyst and extrahepatic biliary atresia. *Pediatr Surg Int* 7: 552-554, 2001.
7. Rubesin SE, Furth EE, Birnbaum BA et al. Ectopic pancreas complicated by pancreatitis and pseudocyst formation mimicking jejunal diverticulitis. *Br J Radiol* 70: 311-313, 1997.
8. Benbow EW. Simultaneous acute inflammation in entopic and ectopic pancreas. *J Clin Pathol* 41: 430-434, 1988.
9. Shimizu M, Matsumoto T, Sakurai T et al. Acute terminal pancreatitis occurring in jejunal heterotopic pancreas. *Int J Pancreatol* 23: 171-173, 1998.
10. Makhoulouf HR, Almedia JL, Sobin LH. Carcinoma in jejunal pancreatic heterotopia. *Arch Pathol Lab Med* 23: 707-711, 1999.
11. von Heinrich H. Ein Beitrag zur Histologie des sogen: Akzessorischen Pankreas. *Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol* 198: 392-401, 1909.
12. Wang C, Kuo Y, Yeunk K et al. CT appearance of ectopic pancreas: a case report. *Abdom Imaging*, 23: 332-333, 1998.
13. Sams VR, Benjamin E, Ward RH. Ectopic pancreas. A cause of false-positive peritoneal cytology. *Acta Cytol* 34: 641-644, 1990.

Yazışma Adresi:

Yrd. Doç. Dr. Sezgin Yılmaz
Afyon Kocatepe Üniversitesi,
Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama
Hastanesi, Genel Cerrahi İnönü Bulvarı, Afyon