

Pankreasın seröz kistadenomu (Mikrokistik adenom): Olgu sunumu

Serous cystadenoma of the pancreas (Microcystic adenoma): Case report

Banu DOĞAN GÜN¹, Burak BAHADIR¹, Neslihan KÖKTEN¹, Bülent Hamdi UÇAN², Şükrü Oğuz ÖZDAMAR¹

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı¹, Genel Cerrahi Anabilim Dalı², Zonguldak

Seröz kistadenom pankreasın nadir gözlenen benign kistik bir lezyondur. Bu lezyonlar, abdominal kitle, gastrointestinal sistem ya da safra yolları obstrüksiyonu şeklinde bulgu verebilecekleri gibi, insidental olarak da gözlenebilirler. Bu makalede epigastrik ağrı, bulantı, kusma şikayetleri ile başvuran, koledokolitiazis ön tanısı ile ameliyata alınan 82 yaşında kadın hasta sunulmuştur. Olgunun operasyon sırasında pankreas başı bölgesinde nodülarite saptanması üzerine Whipple operasyonu yapılmıştır. Spesimen üzerinde, pankreas başında bal-pateği görünümünde alan izlenmiş olup; mikroskopik olarak küçük, yuvarlak santral yerleşimli nükleuslara sahip, şeffaf sitoplazmalı küboidal hücrelerin döşediği çok sayıda kist yapıları gözlemlendi. Patern olarak anaplazi kriterleri izlenmedi ve mitoz yönünden inaktif idi. Histokimyasal olarak "Periodic acid-Schiff" ile hücre sitoplazmalarında, immünohistokimyasal olarak ise "Epithelial Membrane Antigen" ile lüminal yüzde, düşük molekül ağırlıklı keratin ile tümör hücre sitoplazmalarında reaksiyon izlendi. Bu bulgularla olgu seröz kistadenom olarak rapor edildi. Seröz kistadenom, pankreasın az gözlenen kistik bir neoplazmi olmasına rağmen, ayırıcı tanıda pankreasın diğer kistik tümörleri ve yanı sıra neoplastik olmayan kistleri de akılda tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Pankreas, kist, seröz kistadenom, mikrokistik adenom

Serous cystadenoma is a rarely seen benign cystic lesion of the pancreas. These lesions manifest with the symptoms of abdominal mass and gastrointestinal and bile duct obstruction, or may be seen incidentally. Herein we report an 82-year-old woman presenting with epigastric pain, nausea and vomiting with a pre-diagnosis of cholelithiasis. Whipple operation had been performed due to a nodularity seen at the head of the pancreas. The operation specimen revealed a well circumscribed mass with multiple tiny cysts giving the tumor a honeycomb appearance; multiple cysts lined by small, cuboidal cells having centrally located nucleus with clear cytoplasm were seen microscopically. There seemed to be no signs of anaplasia and the lesion was mitotically inactive. Histochemically positive staining was revealed in the cell cytoplasm with periodic acid-Schiff. Immunohistochemically with epithelial membrane antigen, staining was seen at the luminal surfaces of the cells, and with low molecular weight keratin, positive reaction was seen in the cytoplasm of the tumor cells. The lesion was thus diagnosed as serous cystadenoma based on these findings. Despite its rarity, serous cystadenoma should be kept in mind in the differential diagnosis of the cystic tumors as well as other non-neoplastic cysts of the pancreas.

Key words: Pancreas, cyst, serous cystadenoma, microcystic adenoma

GİRİŞ VE AMAÇ

Seröz kistadenom (mikrokistik adenom) pankreasın nadir görülen benign kistik bir lezyondur. Genellikle kadınlarda ve yaşamın 7. dekadında sık gözlenir ve lezyonlar çoğunlukla pankreasın baş kısmında yerleşme eğilimindedir. Olguların büyük kısmı abdominal ağrı, bulantı-kusma gibi nonspesifik bulgularla ortaya çıkabildiği gibi herhangi bir nedenle yapılan radyolojik görüntüleme yöntemleri sırasında da insidental olarak saptanabilir (1-3). Pankreas başında yerleşen lezyonlar, gastrointestinal ve biliyer sistemde obstrüksiyona neden olup buna bağlı semptomlar da gözlenebilir (3).

Bu çalışmada koledokolitiazis operasyonu sırasında pankreasta insidental olarak saptanan

seröz kistadenoma olgusu sunulmuş, pankreasın kistik lezyonlarında malignite kriterleri ve ayırıcı tanı tartışılmıştır.

OLGU

Epigastrik ağrı, bulantı ve kusma şikayetleri ile Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Acil Polikliniği'ne başvuran 82 yaşındaki kadın hastanın, fizik muayenesinde batın bölgesinde derin palpasyonda hassasiyet saptanmıştır. Hikayesinde 15 yıl önce kolesistektomi operasyonu geçirdiği ve 2 yıl önce aynı şikayetlerle başvurduğu sağlık merkezinde yapılan endoskopik retrograd kolanjiopankreatikografide koledokta taş tespit edildiği öğrenildi. Koledokoli-

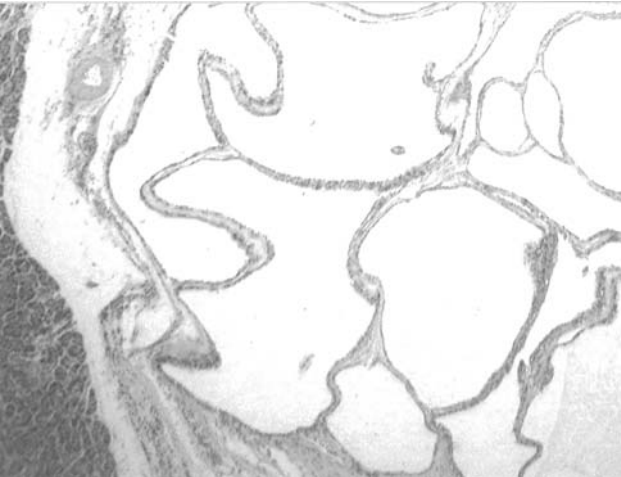
tiazis nedeni ile operasyona alınan hastada, operasyon sırasında pankreas başında nodülerite tespit edilmesi üzerine Whipple operasyonu uygulandı.

Makroskopik olarak Whipple operasyonu spesimeni üzerinde pankreas başında 4.5x3.5x2.5 cm ölçülerinde nodüler alan izlendi. Bu alanın kesitlerinde milimetrik çaplarda çok sayıda kistik yapı içeren balpeteği görünümü mevcuttu (Resim 1).

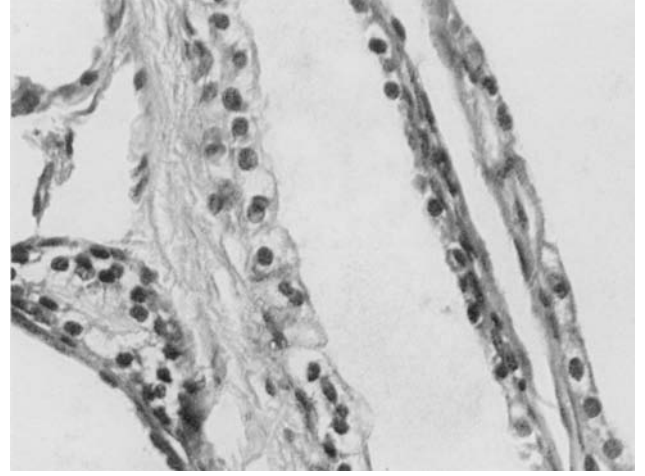


Resim 1. Milimetrik çaplarda çok sayıda kistik yapı içeren süngerimsi tümör dokusu

Mikroskopik kesitlerde pankreas dokusu içerisinde fibröz stromada yer yer küçük yuvarlak, santiral yerleşimli nükleuslara sahip şeffaf sitoplazmalı küboidal ve bazı alanlarda tek sıralı yassı hücrelerin döşediği çok sayıda farklı boyutlarda kistik yapılar izlendi (Resim 2).

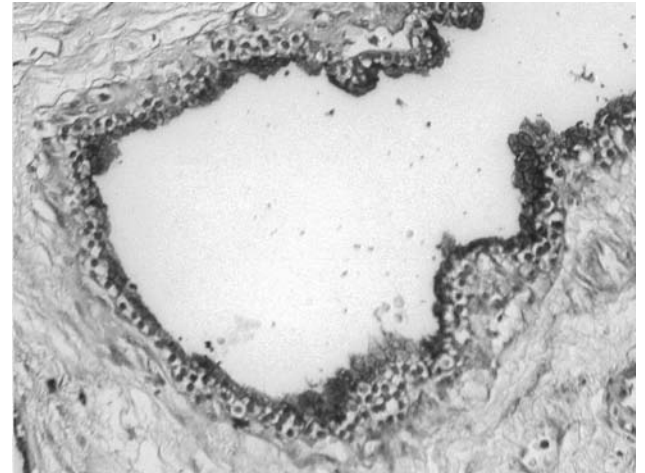


Resim 2. Pankreas dokusu içerisinde fibröz stromada çok sayıda farklı boyutlarda kistik yapılar (H&E)

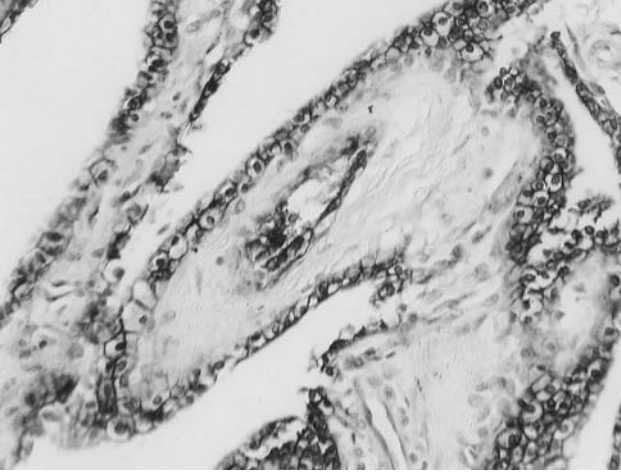


Resim 3. Periodic Acid Schiff ile hücre sitoplazmalarında fokal boyanma (PAS)

Tümör hücreleri anaplazi kriterleri ve mitoz içermemekteydi. Histokimyasal olarak Periodic acid-Shiff ile hücre sitoplazmalarında fokal boyanma mevcuttu (Resim 3). İmmünohistokimyasal olarak Epithelial Membrane Antigen ile kistlerin lüminal yüzünde (Resim 4), düşük molekül ağırlıklı keratin ile tümör hücre sitoplazmalarında reaksiyon izlendi (Resim 5). Bu bulgularla olgu seröz kistadenoma olarak rapor edildi.



Resim 4. Epithelial Membrane Antigen ile kistlerin lüminal yüzündeki hücrelerde immünoekspresyon (B-SA peroksidaz, DAB)



Resim 5. Düşük molekül ağırlıklı keratin ile tümör hücre sitoplazmalarında immünreaksiyon (B-SA peroksidaz, DAB)

TARTIŞMA

Seröz kistadenom ya da mikrokistik adenom pankreasın nadir görülen bir neoplazisi olup, pankreasın tüm kistik neoplazilerinin %25'ini oluşturur. Lezyonlar genellikle soliter kitle şeklinde gözlenmekle birlikte, diffüz tutulum çok nadir olup, von Hippel-Lindau hastalığı olanlarda bildirilmiştir (4). Seröz mikrokistik adenomun tanısında radyolojik görüntüleme yöntemlerinden bilgisayarlı tomografide saptanan "santral skar" oluşumu patognomoniktir; ancak bu görünüm olguların sadece %30'unda bulunur ve ayrıca pankreasın görüntülenmesindeki zorluklardan dolayı hastaların sadece %40'ında preoperatif tanı konulabilir (1). Bizim olgumuzda da lezyon preoperatif olarak tespit edilmemiş olup, kolesistolitiazis nedeni ile operasyona alınan hastada insidental olarak saptanmıştır.

Seröz kistik neoplazmlar; seröz mikrokistik adenom, seröz oligokistik-kötü sınırlı adenom, von Hippel-Lindau hastalığı ile ilişkili kistik adenom ve seröz kistadenokarsinom olarak sınıflandırılabilir. En sık görülen subtipi seröz mikrokistik adenomdur (5). Bütün seröz kistik tümörler, küboidal veya yassı şekilli, küçük oval santral yerleşimli nükleuslu ve soluk şeffaf sitoplazmalı benzer hücre tiplerinden oluşur. Seröz kistik tümörlerin sınıflandırmasında, lezyonun makroskopik görünümü -kistlerin boyutu ve sayısı- yanı sıra, histopatolojik özellikleri de önemlidir (5).

Seröz kistik neoplazmlar uzun yıllardan beri tamamen benign olarak kabul edilmekle birlikte malign formu -seröz kistadenokarsinoma- son yıllarda bildirilmiştir (2, 5, 6).

Bildirilen seröz kistadenokarsinom olgularında tümör hücrelerinin hafif nükleer polimorfizm, nükleer atipi ve perinöral invazyon göstermeleri dışında diğer histolojik ve immünohistokimyasal özellikleri seröz kistadenom ile benzerlik gösterir. Anaplöid DNA paterninin gözlenmesi seröz kistadenomlar yanı sıra makrokistik adenomlarda da izlenebilir (3). Kolon, karaciğer, bölgesel lenf nodları, dalak ve mide gibi organlara uzak metastazların varlığı seröz kistadenokarsinom tanısını kesinleştirir (5).

Seröz kistadenomlar tek başlarına gözlenebileceği gibi, pankreatik endokrin tümörler, pankreas divisumu, dorsal pankreas anomalisi ve diğer pankreas anomalileri ile birlikteliği olan olgular da bildirilmiştir (4, 7-9). Olgumuzda bu birliktelikler mevcut değildir.

Tedavilerinin farklı olmasından dolayı seröz kistadenomların, psödokistlerden ve diğer kistik lezyonlarından ayırıcı tanısı oldukça önemlidir (1). Seröz oligokistik adenom, uniloküler olmasından dolayı müsinöz kistadenom ve psödokistlerle karışabilir. Psödokistleri olan hastalar daha yaşlıdır ve genellikle geçirilmiş bir pankreatit ve travma hikayeleri vardır (3). Endoskopik retrograd pankreatikografide, psödokist olgularının %70'i pankreatik kanal ile ilişkili olmakla birlikte seröz kistadenomlarda bu ilişki yoktur (1). Radyolojik görüntüleme yöntemleriyle seröz kistadenomlarda intratümöral kalsifikasyonun, müsinöz kistadenom ve psödokistlerde periferik kalsifikasyonun gözlenmesi ayırıcı tanıda değerlidir (1).

Malign eşdeğerleri de bildirilmiş olmakla birlikte, pankreasın kistik lezyonlarının çoğu benign davranış gösterir. Rezeksiyon genellikle büyük lezyonlarda semptomları düzeltmek için veya malignite potansiyeli daha yüksek olan müsinöz lezyonlardan seröz kistik neoplazilerin ayırımının yapılamadığı durumlarda uygulanır (10). Bununla birlikte bazı yazarlar pankreasın bütün kistik lezyonlarının rezeksiyonunu önerirken, bazıları daha selektif yaklaşımı tercih etmektedirler (10).

Pankreasın seröz kistadenomu az gözlenen kistik bir neoplazm olmakla birlikte, pankreasın kistik lezyonlarında malignite kriterlerinin değerlendirilmesi ve ayırıcı tanıda yer alan diğer kistik tümörlerden ve non-neoplastik kistlerden ayırdedilmeleri, tedavi modalitelerinin farklı olmalarından dolayı önemlidir.

KAYNAKLAR

1. AS Koksak, M Asil, N Turhan ve ark. Serous microcystic adenoma of the pancreas: Case report and review of the literature. *Turk J Gastroenterol* 2004; 15: 183-6.
2. Hruban RH, Wilentz RE. Non-neoplastic cysts and neoplasms of pancreas. In: Cotran RS, Kumar V, Robbins SL, Editors. *Pathologic basis of disease*. 7th ed. Philadelphia. WB Saunders 2005; 946-8.
3. Rosai J. *Rosai and Ackerman's Surgical Pathology*, 9th ed. Philadelphia. Mosby 2004; 1075-6.
4. SY Baek, BC Kang, HY Choi, et al. Pancreatic serous cystadenoma associated with islet cell tumour. *British J Radiol* 2000; 73: 83-6.
5. M Kosmahl, U Pauser, K Peters, et al. Cystic neoplasms of the pancreas and tumor-like lesions with cystic features: a review of 418 cases and a classification proposal. *Virchows Arch* 2004; 445: 168-78.
6. C Lundstedt, S Dawiskiba. Serous and mucinous cystadenoma/cystadenocarcinoma of the pancreas. *Abdomin Imag* 2000; 5: 201-6.
7. I Sluvkin, GR Hafez, JE Niederhuber et al. Combined serous microcystic adenoma and well-differentiated endocrine pancreatic neoplasm. *Arch Pathol Lab Med* 2003; 127: 1369-72.
8. MO Ustun, N Tugyan, M Tunakan. Coexistence of an endocrine tumour in a serous cystadenoma (microcystic adenoma) of the pancreas, an unusual association. *J Clin Pathol* 2000; 53: 800-2.
9. T Masatsugu, K Yamaguchi, K Chijiwa, et al. Serous cystadenoma of the pancreas associated with pancreas divisum. *J Gastroenterol* 2002; 37: 669-73.
10. JF Tseng, AL Warshaw, S Dushyant, et al. Serous cystadenoma of the pancreas: Tumor growth rates and recommendations for treatment. *Ann Surg* 2005; 242: 413-21.