

Pankreas psödökisti pankreas kanseri tanısında gecikmeye neden olur mu? Olgu sunumu

Does pancreatic pseudocyst cause a delay in the diagnosis of pancreatic neoplasm?
Case report

Behlül BAYDAR, Necdet ÖZÇAY, Can KEÇE, Fuat ATALAY

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Ankara

Pankreas kistik neoplazileri nadir rastlanır ve görüntüleme yöntemleriyle psödökist olarak yanlış tanımlanabilirler. Pankreasın diğer kistik lezyonlarına benzerlikleri nedeniyle ameliyat öncesi tanımlanmaları zordur. Ancak, endoskopik ultrasonografi pankreatik kistik lezyonların ayırıcı tanısında önemli bir görüntüleme metodudur. Bazen kistik kitlenin tüm değerlendirmelerine rağmen pankreas kistinin ayırıcı tanısı yapılamaz. Ameliyat öncesinde doğru tanıyı yapmak ve uygun tedaviyi sağlamak için pankreas neoplazilerini de düşünmemiz gerekir. Bu tür pankreatik psödökistler, pankreas neoplazilerinin tanı ve tedavisinde gecikmeye neden olabilir. Biz, ameliyat öncesinde pankreas psödökisti olarak tanımlanmış, ancak ameliyatında pankreas kistadenokarsinomu bulunan olguyu sunduk.

Anahtar sözcükler: Pankreas psödökisti, pankreas neoplazisi

Cystic neoplasms of the pancreas are rare and may be mistaken for pseudocysts by imaging studies. The preoperative diagnosis is difficult due to similarity to other cystic lesions of pancreas. However, endoscopic ultrasonography is a useful complementary imaging method for differentiation of a pancreatic cystic lesion. Occasionally, despite a complete evaluation of a cystic mass, the differential diagnosis of a pancreatic cyst may not be determined. In order to make a correct diagnosis before proceeding with the operation and to provide proper treatment, we also need to think of pancreatic neoplasms. Such pancreatic pseudocysts may cause a delay in the diagnosis and treatment of a pancreatic neoplasm. We report a new case of cystadenocarcinoma of pancreas diagnosed in the operation, misinterpreted as pancreatic pseudocyst preoperatively.

Key words: Pancretic pseudocyst, pancreatic neoplasm

GİRİŞ VE AMAÇ

Pankreatik psödökistler yüksek konsantrasyonlarda pankreatik enzimler içeren lokalize sıvı koleksiyonlarıdır. Pankreas parankiminde veya bezi çevre karın içi organlardan ayıran potansiyel boşluklarda bulunurlar. Genellikle pankreas psödökistinde altta yatan sebep akut pankreatit veya travmadır. Pankreasın diğer kistik neoplazilerinden ayırımında ultrasonografi, tomografi, manyetik rezonans (MRI), endosonografi, endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP), ince iğne aspirasyon biyopsisi (FNAB) gibi tanısal amaçlı teknikler kullanılır (1). Bunun yanında, CD45, CD68 gibi lökosit antijenleri, epiteliyal membran antijeni (EMA), karsinoembriyonik antijen (CEA), sitokeratin ve vimentin gibi immünohistokimyasal çalışmalar da tanı amaçlı kullanılabilir (2). Malign pankreatik kistik tümörleri benign neoplaziler ve psödökistlerden ayırmak için telomeraz aktivitesinin bakılması da ayırıcı tanıda yardımcı olabilir (3).

OLGU

Altmış üç yaşında, erkek hasta karın ağrısı, bulantı, kusma, kilo kaybı, karında dolgunluk şikayetleri ile hastaneye başvurmuş. Bir buçuk yıldır, tüm karında, beline doğru yayılan ağrısı olan hasta, 1 yılda 20 kg kadar zayıflamış. Özgeçmişinde pankreatit hikayesi olan hastanın son 1 aydır şikayetlerinde belirgin artış olmuş.

Fizik muayenesinde, batında geçirilmiş kolesistektomiye ait orta hat kesisi mevcut, ele gelen kit- le palpe edilmedi.

Laboratuvar bulgularında glukoz 151 mg/dl (70-105), alkalin fosfataz 308 U/L (0-200), diğer karaciğer enzimleri ve amilazı normal sınırlarda, sedimentasyon 26 mm/saat (0-15), beyaz küre sayımı $12,25 \times 10^3$ u/l (3,8-10, 6×10^3 u/l), CA 19-9 >1000 U/mL (0-39) olarak tespit edildi.

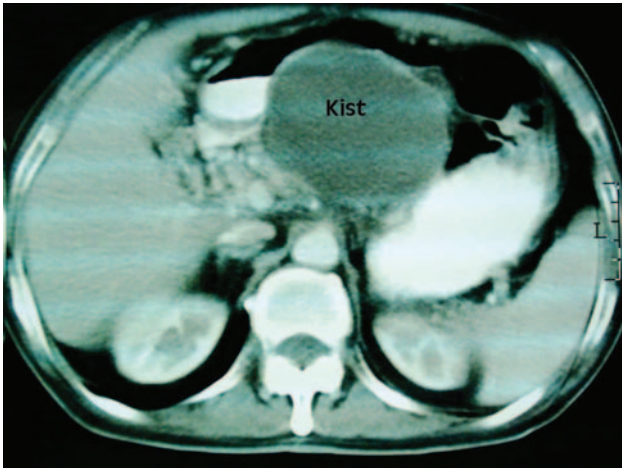
Hastaya yapılan abdominal ultrasonografide saf-

ra kesesi içinde çamur, kristaller ve taş ekoları alındı, pankreas gövde-kuyruk kesiminde yerleşmiş 7x8 cm çaplı, içinde debris içeren, duvar kalınlığı 5 mm ölçülen kistik kitle izlendi. Splenik venin proksimali açıktı, koledok çevresinde kollateraller izlendi. Mide, kistik kitle nedeniyle itilmişti. Karaciğerde 6. segmentte 13 mm çaplı, hemanjiomla uyumlu görünüm izlendi.

Ösofagogastroduodenoskopide korpus ön duvarında dıştan bası ve pangastrit izlendi, biyopsi alındı. Mideden alınan biyopsi sonucu kronik atrofik gastrit olarak rapor edildi.

Endosonografide pankreasa komşu kistler, kolelitiazis ve şüpheli splenik ven trombozu bildirildi.

Hastanın çekilen üst abdominal tomografisinde, karaciğer sağ lob posterior segmentte, inferior yerleşimde 2x1 cm boyutunda, ince duvarlı, çevresel kontrastlanma gösteren hipodens lezyon izlendi. İntrahepatik safra yolları ve koledok normal genişlikteydi. Safra kesesi boyut ve duvar kalınlığı normaldi, lümeninde taş, kitle saptanmadı. Dalak normal boyutlarda ve parankimi homojendi. Pankreas lokalizasyonunda orta hatta ve kısmen orta hattın solunda, superiorda karaciğer ve mide arasından başlayarak, inferiorda böbrek orta kesimine kadar uzanan, yaklaşık 10x8 cm boyutlarında, bilobe, ince duvarlı, hipodens kistik lezyon, pankreatik psödökist ile uyumlu olarak izlendi (Resim 1). Ayrıca bu kistin sol inferolateral komşuluğunda yaklaşık olarak 2 cm çapında, kalın duvarlı kistik lezyon izlendi. İnceleme alanına giren kemik yapılarda yoğun dejeneratif değişiklikler vardı.



Resim 1. Pankreasta kistik görünüm

Hasta pankreas psödökisti ön tanısıyla kliniğimize devir edildi ve kliniğimizde laparotomi uygulandı. Laparatomide karaciğer 7. segmentte bulunan, yaklaşık 1 cm çapındaki kitleden yapılan biyopsinin frozen çalışması sonucu adenokarsinom olarak bildirildi. Pankreas baş kısmında, kiste komşu olarak ele gelen kitle, tamamen çevre dokuya invazeydi. Buradan yapılan biyopsinin frozen sonucu da malign geldi. Pankreasta bulunan kitle çevre doku ve damarlara invaze olduğundan, küratif bir operasyon düşünülmedi, hastaya kistogastrotomi yapıldı. Kist içi sıvıdan serolojik inceleme için mayi ve kist duvarından biyopsiler alındı. Sonuçları malign olarak rapor edildi ve pankreas kistadenokarsinomu tanısı kondu. Hasta ameliyat sonrası 8. günde şiddetli üst gastrointestinal kanamadan kaybedildi.

TARTIŞMA

Pankreas kistadenokarsinomları nadir görülen malign tümörlerdir. Ultrasonografi veya tomografik yöntemlerde tipik psödökistlere benzerler (4). Pankreatik kistik lezyonların ayırıcı tanısı, tanısal yöntemlerdeki gelişmelere rağmen hala zordur (5). Son zamanlarda sıkça kullanılan bir tanı yöntemi de endoskopik ultrasonografidir (EUS). Özellikle psödökistleri pankreatik kistik tümörlerden ayırmada, seröz kistadenom ve müsinöz kistik tümör ayırıcı tanısında doğruluk oranları yüksektir (6). Yine EUS eşliğinde yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi de tanıda yardımcı olur (7). Eğer ameliyat öncesinde kistin malign-benign ayırımı yapılamıyorsa laparotomi endikasyonu vardır (8).

Sunulan olguda, ameliyat öncesi psödökist düşünüldüğünden kistin olgunlaşması için 6 hafta kadar beklenmiş. Bu bekleme süresi hastanın tedavisini geciktirmiş ve komplikasyon riskini arttırmıştır. Yapılan tetkiklerinde CA 19-9 değerinin 1000 U/mL'nin üzerinde olması malignite lehine olarak değerlendirilebilirken, batın ultrasonografisi, tomografisi ve EUS'ye göre yapılan yorumlar kistadenokarsinom düşündürmediğinden hasta psödökist tanısıyla takibe alınmıştır. Gerek ameliyat sırasında yapılan frozen çalışmaları gerekse ameliyat sonrasında yapılan patoloji çalışmaları sonucunda hastaya pankreas kistadenokarsinomu tanısı konulmuştur. Ancak kitlenin inoperabl olması nedeniyle sadece kiste yönelik olarak kistogastrotomi yapılmıştır. Sonuç olarak, özellikle pankreasın kistik lezyonlarında, mutlaka pankre-

atik kistik neoplazileri de ön tanıda düşünmeli ve değerlendirmelerimizi bu yönde şekillendirmeli-

yiz. Bu sayede yanlış tanıları ve tedavideki gecikmeleri önleyebileceğimizi düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Schwarz SI, Shires GT, Daly JM. et al. Principles of surgery. Pancreas, seventh ed. 1999; 1485-9.
2. Lee LY, Hsu HL, Chen HM. et al. Ductal adenocarcinoma of the pancreas with huge cystic degeneration: a lesion to be distinguished from pseudocyst and mucinous cystadenocarcinoma. Int J Surg Pathol. 2003 Jul; 11: 235-9.
3. Yeh TS, Cheng AJ, Chen TC. et al. Telomerase activity is a useful marker to distinguish malignant pancreatic cystic tumors from benign neoplasms and pseudocysts. J Surg Res. 1999 Dec; 87: 171-7.
4. Bedioui H, Moalla N-Manai MH, Chahbani S. et al. Pancreatic cystadenocarcinoma revealed by an acute pancreatitis and exploratory surgery. A rare case report. Tunis Med. 2003 Aug; 81: 586-90.
5. Chang CS, Sheen PC, Chang WT, et al. Solid and cystic tumor of the pancreas--three cases report.. Kaohsiung J. Med Sci. 2002 Jun; 18: 314-8.
6. Song MH, Lee SK, Kim MH. et al. EUS in the evaluation of pancreatic cystic lesions. Gastrointest Endosc. 2003 Jun; 57: 891-6.
7. Michael H, Gress F. Diagnosis of cystic neoplasms with endoscopic ultrasound. Gastrointest Endosc Clin N Am. 2002 Oct; 12:719-33.
8. Rosien U, Lauer P. Cystic lesions of the pancreas.. Med Klin (Munich). 1999 Jul 15; 94:3 77-85.