

Eşzamanlı pankreas multipl yan dal intraduktal papiller müsinöz neoplazm ve kolon adenokarsinom olgusu

A case of synchronous pancreatic multiple branch-type intraductal papillary mucinous neoplasm and colon adenocarcinoma

Mustafa Taner BOSTANCI¹*, Ahmet SEKİ¹, Mehmet şah BENK¹, Ata Türker ARIKK², Alper DİLLİ³

¹Dıřkayı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

²Dıřkayı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara

³Dıřkayı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Ankara

Z

Literatürde pankreatik intraduktal müsinöz neoplazma (İPMN) eşlik eden pankreatik ve ekstrapankreatik malignite varlığından söz edilmektedir. Çalışmamızda, 64 yaşında bir erkek hastada belirlediğimiz senkron multipl yan dal İPMN ve kolon kanseri olgumuzu sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: intraduktal papiller müsinöz neoplazi, kolon tümörü, senkron

ABSTRACT

Synchronous intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas associated with pancreatic and extrapancreatic malignities have been reported in the literature. In this study, we aimed to report a case of 64 years old male patient detected synchronous multiple branch-type IPMN and colon adenocarcinoma.

Keywords: intraductal papillary mucinous neoplasm, colon tumor, synchronous

Alındığı tarih: 15.01.2018

Kabul tarihi: 10.08.2018

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Mustafa Taner Bostancı, Dışkayı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, ankaya, Ankara

e-mail: mtanerbostanci@gmail.com

Yazarların ORCID bilgileri:

M.T.B. 0000-0003-0449-2340

GİRİş

Pankreasın kistik lezyonları görüntüleme yöntemlerinin yaygın kullanım alanı bulması ile birlikte günümüzde oldukça sık saptanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) nonpankreatik hastalık için MR çekilen bir hasta grubunda %20 oranında en az bir pankreatik kist gösterilmiştir ⁽¹⁾.

Intraduktal Papiller Müsinöz Neoplazm (İPMN) tüm pankreas kistik neoplazmların yaklaşık %20 ila 25'ini oluşturur. Tanımlandığı ilk yıllardan günümüze İPMN ile ilgili birçok çalışmada klinikopatolojik, radyolojik ve moleküler analizler yapılmıştır. İPMN, sıklıkla noninvazif, müsin üreten, ana pankreatik

kanal veya pankreatik yan dallardan kaynaklanan ve ilişkili olduğu kanalda farklı düzeylerde genişlemelere yol açan papiller epitelyal neoplazmlar olarak tanımlanmıştır ⁽²⁾.

İPMN yavaş büyüyen bir tümör olup, yan dal İPMN'lerin birçoğu takip edilebilmektedir. Malign dejenerasyon gösterenler hemen daima rezektabldır ve pankreatik duktal adenokarsinom ile kıyaslandığında çok daha iyi bir prognoza sahiptir ⁽³⁾.

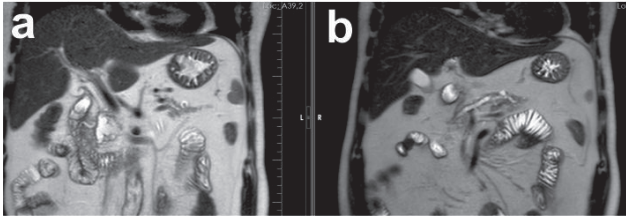
Son yıllarda yapılan bazı retrospektif çalışmalarda, İPMN'li hastaların pankreatik veya ekstrapankreatik maligniteler açısından büyük risk taşıdıklarını belirtmektedirler ^(4,5).

Biz bu bildirimiz de eşzamanlı belirlediğimiz

pankreas multipl yan dal İPMN ve kolon adenokarsinom olgumuzu literatür verileri eşliğinde değerlendirmek istedik.

OLGU SUNUMU

Altmış dört yaşında erkek hastaya dış merkezde yapılan rutin kontrol muayenesinde yalnızca pankreatik enzimlerinin (amilaz-lipaz) ılımlı yüksek çıkması üzerine çekilen batın bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinde pankreas başında kistik lezyon belirlenmiştir. Bunun üzerine hastanemize başvuran hastanın yapılan incelemelerinde, ilave olarak BT’de sigmoid kolon düzeyinde duvar kalınlaşması olduğu gözlenmiş ve hastaya ayrıca olası kolon patolojisine yönelik kolonoskopi ve pankreastaki lezyonun değerlendirilmesine yönelik üst batın magnetik rezonans görüntüleme (MR) / kolanjiopankreatografi (MRCP) tetkikleri yapılmıştır. Kolonoskopide sigmoid kolon düzeyinde ülserovejetan kitle, transvers kolon proksimalinde yaklaşık 1 cm çaplı polipoid lezyon ve çekumda ileoçekal valve komşu yaklaşık 2 cm çaplı yine polipoid lezyon görülmüştür. Sigmoid kolondaki lezyondan biyopsi alınıp transvers kolondaki lezyon forseps ile çıkarılmış, çekumdaki lezyon ise geniş tabanlı ve valvin üzerinde olması nedeniyle çıkarılmamıştır. Sigmoid kolondaki lezyonun biyopsi sonucu adenokarsinom şeklinde gelirken transvers kolondaki lezyonun patoloji sonucu tübülovillöz adenom şeklinde gelmiştir. Bu arada MR/MRCP’de pankreasta büyüğü unsinat proçes düzeyinde ana pankreas kanalı ilişkili 35x30x23 mm boyutlarında, diğerleri gövde kesiminde yaklaşık 10x8x6 mm boyutunda ve



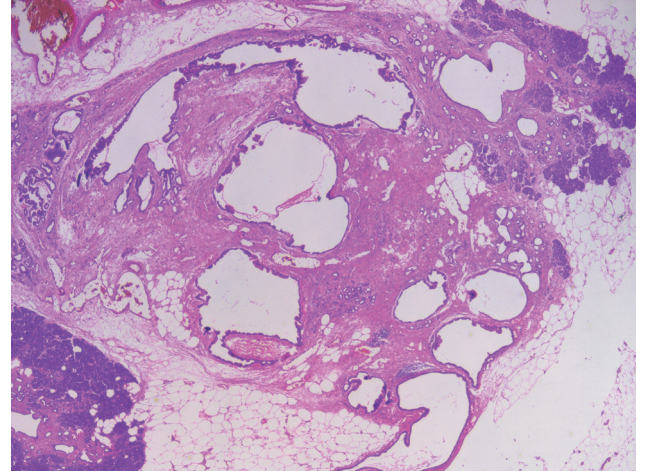
Resim1: Pankreas multipl yan dal İPMN’nin MR görüntüleri. a) Pankreas başı unsinat proçeste koronal T1AG’de hiperintens lobule konturlu 35X30 mm boyutlarında lezyon ve b) pankreas gövde kesiminde koronal T1AG’de hiperintens en büyüğü 10x8 mm boyutlarında ana pankreas kanalı ile ilişkili lezyonlar.

kuyruk kesiminde 9 mm boyutunda yan dal İPMN ile uyumlu kistik lezyonlar gözlenmiştir (Resim 1). Ayrıca pankreatik kanal çapı en geniş yerinde 5 mm ölçülmüştür ve milimetrik boyutta birçok yan dal genişlemeleri dikkati çekmiştir.

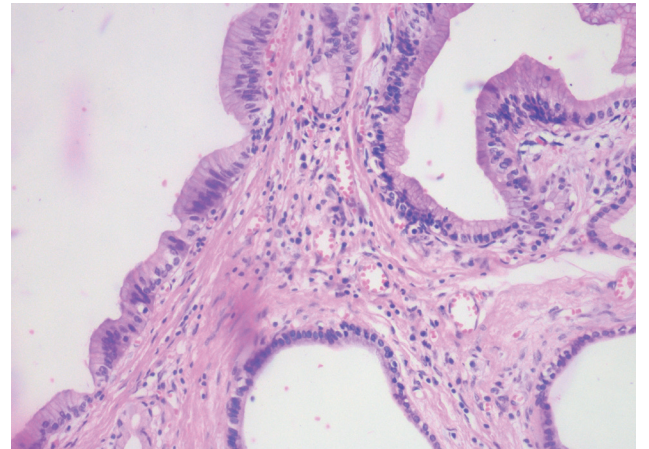
Bilinen bir hastalığı ve ilaç kullanım öyküsü olmayan hastanın kan tahlillerinde açlık kan şekeri yüksek (AKŞ: 261 mg/dl) bulunmuş tümör belirteçlerinin normal değerlerde olduğu görülmüştür. Hastanın soygeçmişinde bir özellik yoktur.

Hastamıza elde ettiğimiz veriler doğrultusunda dalak koruyucu total pankreatektomi+total abdominal kolektomi+ileorektostomi ameliyatı yapılmıştır.

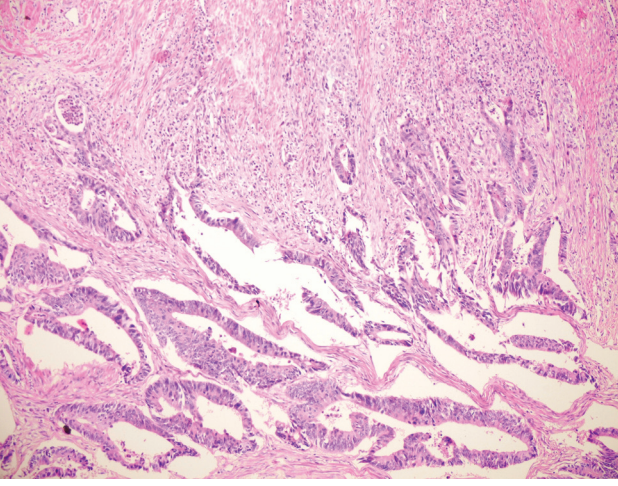
Hastamızda postoperatif 2. günde üst gastrointes-



Resim2a. Yan dal İPMN’nin histopatolojik görünümü. 2a) Gastrik tip intraduktal papiller müsinöz neoplazi (H&E, X2).



Resim 2b. Yan dal İPMN’nin histopatolojik görünümü. 2b) Düşük dereceli displazi içeren basit gastrik foveolar epitelium ile döşeli kistik yapılar (H&E, x20).



Resim 3. İPMN'ye eşlik eden kolon kanserinin histopatolojik görünümü.

Desmoplastik inflame stromada stratifikasyon gösteren atipik hücreler ile döşeli gland benzeri yapılar mevcuttur. (H&Ex20 obj).

tinal kanaması gelişmiştir; yapılan gastroskopide midede yoğun hematinize kan nedeniyle aktif kanama odağı net görülemedi ancak gastroenterostomi anastomoz hattında kanaması olduğu düşünülmüştür. Yoğun bakım ünitesinde 3'ü eritrosit replasmanı ve konservatif tedavi sonrası kanamanın kesildiği gözlenmiştir. Ardından serviste yapılan takiplerinde endokrinoloji konsültasyonlarında önerilen insülin dozları doğrultusunda kan şekeri kontrol altına alınan hasta postoperatif 14. günde taburcu edilmiştir.

Çıkarılan piyeslerin incelenmesi sonucu pankreas başında 3 cm çaplı, korpus ve kuyruk kesiminde ise multipl milimetrik boyutta yandal İPMN ile uyumlu lezyon belirlenmiştir. Histolojik incelemede pankreatik lezyonlarda pankreatik intraepitelyal neoplazi (PanIN1B, PanIN2) oluşumları görülmüştür (Resim 2). Total abdominal kolektomi piyesinin incelemesinde ise ileoçekal valv üzerinde 2 cm çaplı ve sigmoid kolondaki vejetan kitleye komşu 1 cm çaplı 2 adet tübülovillöz adenom belirlenmiştir. Sigmoid kolondaki geniş tabanlı 3,5 cm çaplı vejetan kitlenin incelenmesinde tümörün T3 tümör olması ve çıkarılan 23 lenf nodunda metastaz görülmemesinden dolayı evre IIA (AJCC 2010) olarak değerlendirilmiştir (Resim 3).

Hastaya taburculuk sonrası adjuvan tedavi veril-

memiştir. Medikal onkoloji ve endokrinoloji kliniğinin kontrolünde periodik takip programına alınmıştır. Postoperatif 11. ayda hastamızın kontrolleri olağan seyretmekte olup, kan glukoz değerleri endokrinoloji kliniğince düzenlenen insülin dozları ile 140-160 mg/dl düzeylerinde seyretmektedir.

TARTIŞMA

Pankreas İPMN'i kıyasla son yıllarda tanımlanmış bir patolojik durum olup, ilk olarak 1982 yılında bildirilmiştir ⁽⁶⁾.

Pankreasın kistik neoplazilerinden olan İPMN, ana pankreas kanalı ile ilişkili olması ve ovariyen tip stromaya sahip olmaması ile karakterizedir; ana veya yan dal pankreas kanalının kistik genişlemesi yoğun müsin üretimi ve epitelyumun intraduktal papiller büyümesine bağlıdır ⁽⁷⁾.

İPMN histolojik olarak adenomdan invazif karsinoma kadar değişen geniş bir spektrum da görülebilmektedir. İPMN, tümörün pankreatik kanalda tutulum yeri veya yaygınlığına bağlı olarak ana kanal, yan dal ve miks tip olmak üzere üçe ayrılmıştır. Tanımlandığı ilk yıllardan sonra yapılan klinik çalışmalarda İPMN'nin birçok hastada semptomatik olduğu, sıklıkla biliyer veya alkolik etiyojisi tanımlanamamış rekürren akut pankreatit atakları şeklinde kendini gösterdiği bildirilmiştir ⁽⁸⁾.

Ancak, son yıllarda kesitsel görüntüleme yöntemlerinin yaygın kullanımı nedeniyle insidental pankreas lezyonlarının özellikle kistik neoplazilerin belirlenmesi de artmıştır. Hatta bu radyolojik incelemelerin tanıda, tedavi öncesinde ve takip döneminde ki yaygın kullanımı ile İPMN hastalarında senkron veya metakron pankreatik veya ekstrapankreatik malignite belirlenmesini de arttırmıştır. İPMN hastalarında senkron ve/veya metakron ekstrapankreatik malignite oranını %10-52 olarak belirten çalışmalar mevcuttur ⁽⁹⁾.

Özellikle sindirim sistemi İPMN ilişkili ekstrapankreatik malignitelerin en sık görüldüğü yer olduğu belirtilmektedir. Batı toplumlarında İPMN ilişkili ekstrapankreatik kanserlerden en sık %3-12 oranı ile

kolorektal kanserler görülmekte iken, Uzakdoğu toplumlarında %6-15 oranı ile en sık gastrik kanserlerin görüldüğü belirtilmektedir (4). Bizim olgumuz da multipl yan dal İPMN'ye eşlik eden kolon tümörü olgusudur. Senkron patolojilere eşzamanlı müdahale edilmiştir ve hastamızın ayaktan takipleri sorunsuz devam etmektedir.

İPMN'li hastalarda görüldüğü belirtilen diğer maligniteler ise özofageal tümörler, hepatobiliyer tümörler, karsinoid tümörler, gastrointestinal stromal tümörlerdir (4).

İPMN hastalarında sekonder malignitelerin ortaya çıkması ile ilişkili bazı risk faktörleri belirtilmektedir. İleri yaşlarda (özellikle 75-85 yaş arası), kadınlarda ve beyaz ırkta İPMN tanısı öncesinde, sırasında veya sonrasında ekstrapankreatik malignite için artmış risk olduğu belirtilmektedir (10).

Yapılan genetik çalışmalarda, MUC2 gen pozitif olan ve APC gen mutasyonu gösteren İPMN hastaları da ekstrapankreatik malignite gelişimi açısından artmış risk grubu olarak tanımlanmıştır (11).

İPMN'nin yavaş büyüyen bir tümör ve nispeten daha iyi prognoza sahip olması ilişkili malignitelerin prognostik önemini arttırmaktadır. Bu veriler ışığında İPMN tanısı koyulan hastaların sistemik taramasının yapılmasını ve tedavi sonrasında yakın takip edilmesini İPMN ilişkili pankreatik ve ekstrapankreatik malignitelerin erken tespit edilmesi açısından önemli olduğunu belirten birçok çalışma mevcuttur (12). Bizler de bu bilgiler ışığında İPMN belirlenmiş olan hastaların özellikle eşlik edebilecek gastrointestinal sistem tümörleri açısından da değerlendirilmesi gerektiği düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Brugge WR. Cystic lesions of the pancreas. A surprisingly common finding. ASGE guideline 2006;13.

2. Hruban RH, Takaori K, Klimstra DS, Adsay NV, Albores-Saavedra J, Biankin AV, et al. An illustrated consensus on the classification of pancreatic intraepithelial neoplasia and intraductal papillary mucinous neoplasms. *Am J Surg Pathol*. 2004;28(8):977-87. Review. <https://doi.org/10.1097/01.pas.0000126675.59108.80>
3. Kimura W, Sasahira N, Yoshikawa T, Muto T, Makuuchi M. Duct-ectatic type of mucin producing tumor of the pancreas new concept of pancreatic neoplasia. *Hepatogastroenterology*. 1996;43:692-709.
4. Reid-Lombardo KM, Mathis KL, Wood CM, Harmsen WS, Sarr MG. Frequency of extrapancreatic neoplasms in intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas: implications for management. *Ann Surg*. 2010;251:64-9. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181b5ad1e>
5. Larghi A, Panic N, Capurso G, Leoncini E, Arzani D, Salvia R, et al. Prevalence and risk factors of extrapancreatic malignancies in a large cohort of patients with intraductal papillary mucinous neoplasm (IPMN) of the pancreas. *Ann Oncol*. 2013;24:1907-11. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt184>
6. Ohhashi K, Murakami M, Murayama M. Four cases of mucous secreting pancreatic cancer. *Prog Dig Endosc*. 1982;20:348-51.
7. Klöppel G. Clinicopathologic view of intraductal papillary-mucinous tumor of the pancreas. *Hepatogastroenterology*. 1998;45:1981-5.
8. Sugiyama M, Izumisato Y, Abe N, Masaki T, Mori T, Atomi Y. Predictive factors for malignancy in intraductal papillary-mucinous tumours of the pancreas. *Br J Surg*. 2003;90:1244-9. <https://doi.org/10.1002/bjs.4265>
9. Tanaka M, Fernandez-Del Castillo C, Adsay V, Chari S, Falconi M, Jang JY, et al. International consensus guidelines 2012 for the management of IPMN and MCN of the pancreas. *Pancreatology*. 2012;12:183-97. <https://doi.org/10.1016/j.pan.2012.04.004>
10. Riall TS, Stager VM, Nealon WH, Townsend CM Jr, Kuo YF, Goodwin JS, et al. Incidence of additional primary cancers in patients with invasive intraductal papillary mucinous neoplasms and sporadic pancreatic adenocarcinomas. *J Am Coll Surg*. 2007;204:803-13. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2007.01.015>
11. Lee SY, Choi DW, Jang KT, Lee KT, Choi SH, Heo JS, et al. High expression of intestinal-type mucin (MUC2) in intraductal papillary mucinous neoplasms coexisting with extrapancreatic gastrointestinal cancers. *Pancreas*. 2006;32:186-9. <https://doi.org/10.1097/01.mpa.0000202939.40213.fd>
12. Baiocchi GL, Molino S, Frittoli B, Pigozzi G, Gheza F, Gaverini G, et al. Increased risk of second malignancy in pancreatic intraductal papillary mucinous tumors: Review of the literature. *World J Gastroenterol*. 2015;21(23):7313-9. <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i23.7313>