

PANKREASIN SOLİD VE PAPİLLER TÜMÖRÜ

Nagehan ÖZDEMİR BARIŞIK¹, Aylın EGE GÜL¹, Halise FİLİK¹, Sevinç KESER¹, Mehmet YILDIRIM², Nusret ERDOĞAN³

Epigastrik ağrı ve kilo kaybı nedeniyle hastanemize başvuran 50 yaşındaki kadın hastada abdominal BT sonucu distal pankreatik kitle saptandı. Total olarak rezeksiyon edilen kitle pankreasın solid-papiller tümörü olarak değerlendirilmiştir. Nadir ve genç yaşlarda görülen, asemptomatik seyreden ve insidental olarak saptanan low-grade malign potansiyelli tümörü literatür bilgileri ışığında incelemeyi amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Pankreas, Solid ve Papiller Tümör, Low Grade

SOLID AND PAPILLARY TUMOR OF THE PANCREAS

A female patient of 50 years old complained epigastric pain and weight loss. Abdominal computerized tomography revealed a mass in the tail of pancreas. She underwent an operation and the mass had been resected completely. In pathologic examination the mass has been evaluated as solid and papillary tumor of the pancreas and has low grade malign potential. This kind of pancreas tumor is frequently asymptomatic, occurs in young adults. We evaluated the case in accordance with revert literature.

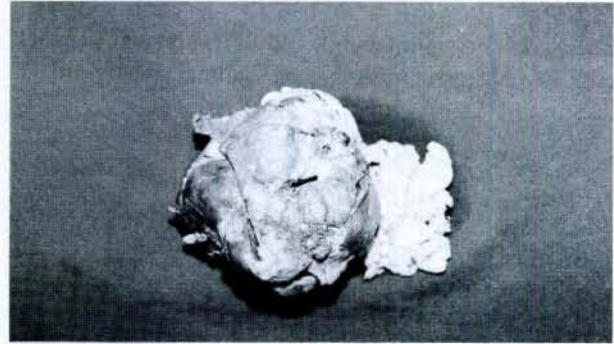
Key Words: Pancreas, Solid and Papillary Tumor, Low Grade

Pankreasın solid ve papiller tümörü (PSPT) veya papiller kistik tümörü oldukça nadir görülen bir tümördür^{1,2,3}. Sıklıkla genç kadınlarda görülür. Ortalama görülme yaşı 19,5'tir⁴. Pankreasın nonendokrin tümörlerinin %0,7-2,5'ini oluşturur⁵. Makroskopik ve histolojik özelliklerinden dolayı pankreasın solid ve papiller epitelyal neoplazmı, solid-kistik tümör, papiller epitelyal neoplazm, papiller kistik tümör olarak da adlandırılır^{4,6}. PSPT teşhis edilinceye kadar genellikle asemptomatiktir. Bazı vakalarda ise hafif bir abdominal ağrı, belli belirsiz gastrointestinal semptomlar ve çok nadir olarak sarılık bildirilmiştir. Kitle sıklıkla başka bir nedenle yapılan radyolojik incelemede fark edilir⁵.

OLGU

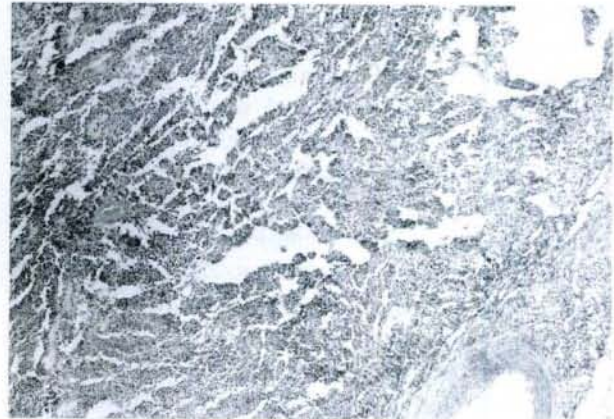
Elli yaşında kadın hasta, kilo kaybı ve epigastrik ağrı yakınmaları ile Genel Cerrahi Kliniği'ne başvurmuştur. Fizik muayenesinde sol subkostal bölgede kitle palpe edilmiştir. Batın USG'si ve abdominal BT incelemede kitlesel lezyonun pankreas distalinde olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle operasyona alınan hastaya distal pankreatektomi ve splenektomi uygulanmıştır. Makroskopik incelemede çevre pankreas dokusundan düzgün sınırla ayrılmış, kapsüllü, yuvarlakça, lobüle yüzeyli 12 cm. çapında tümör kitlesi ve buna bitişik 12x6x3 cm. ölçülerinde dalak piyesi görüldü (Şekil 1).

Tümör kesiti gri-pembe renkte ve elastik kıvamdaydı. Dalak kesiti ise hiperemik görünümde olup hilusta en büyüğü 0,5 cm. çapında 8 adet lenf nodu mevcuttu. Mikroskopik incelemede çevre pankreas dokusundan



Şekil 1. Yuvarlak, enkapsüle, lobüle yüzeyli, solid kitle.

düzgün sınırla ayrılmış, küçük uniform nükleuslu, eozinofilik veya berrak sitoplazmalı epitelyal hücrelerden oluşan tümör mevcuttu. Papiller konfigürasyon tümörün ana karakterini oluşturmakla birlikte mikrokistik ve solid alanlar da izlenmekteydi (Şekil 2).



Şekil 2. Papiller yapılar oluşturan tümöral yapı (H+Ex100).

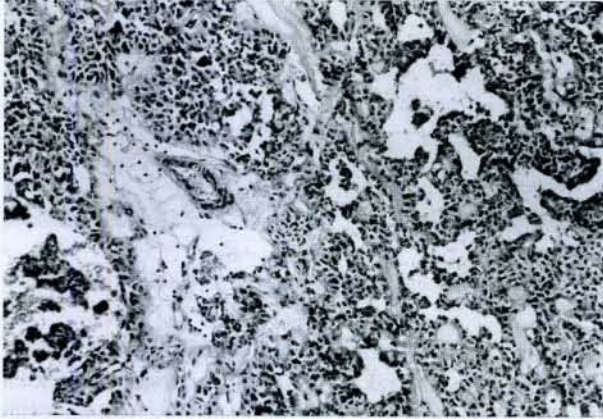
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi¹ Patoloji Bölümü,
² Genel Cerrahi Kliniği, ³ Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Bölümü

Papiller yapılar ince fibrovasküler bir kor etrafında bir kaç sıra kolumnar veya kübik hücre sıralanması ile oluşmuştu. Fibrovasküler yapıda belirgin miksoid dejenerasyon görülmekte olup tümör az sayıda mitotik figürler içermektedir (Şekil 3).



Şekil 3. Fibrovasküler kor etrafında dizilen kübik epitel hücreleri (H+Ex200).

Stromada perivasküler miksoid dejenerasyon yanısıra eritrosit ve histiosit infiltrasyonu seçilmekteydi (Şekil 4).



Şekil 4. Vasküler yapılar çevresinde miksoid dejenerasyon alanları (H+Ex200).

Dalak pulpası genişlemiş ve eritrositlerle doluydu. Lenf nodu kesitlerinde yapı korunmuştu. Konvansiyonel histokimyasal inceleme sonucu diastase rezistan PAS pozitif intra ve ekstrasellüler çok sayıda hyalin globüller görüldü. Formalinle fikse edilmiş parafin bloklardan elde edilen 4-5 mikron kalınlığındaki kesitlere Labeling Strept Avidin Biotin (LSAB) yöntemiyle uygulanan immünohistokimyasal incelemede tümör hücrelerinde S-100 (Biogenex San Ramon CA) monoklonal antikoruna ile diffüz ve kuvvetli pozitif, vimentin (Biogenex San Ramon CA) monoklonal antikoruna ile fokal ve zayıf pozitif boyanma saptandı. Sitokeratin, CEA ve EMA (Biogenex San Ramon CA) ile boyanma olmadı. Bu klinik, histopatolojik ve immünohistokimyasal bulgularla olgu pankreasın solid ve papiller tümörü olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Pankreasın solid ve papiller tümörü 1959 yılında Frantz's tarafından tanımlanmış olup bu güne kadar ancak 300 civarında olgu bildirilmiştir. Sıklıkla genç kadınlarda görülmesi ve cerrahi rezeksiyondan sonra son derece iyi prognoza sahip olması nedeniyle diğer pankreas neoplazilerinden ayrı bir antite olarak kabul edilmektedir. Olguların 2/3'ünde herhangi bir klinik semptom olmaksızın abdominal kitle, %53'ünde ise karn ağrısı vardır⁵. Tümör çoğu vakada başka bir hastalık ya da travma nedeniyle yapılan radyolojik incelemelerde insidental olarak tespit edilir. Tümör için spesifik bir laboratuvar metod veya radyolojik görünüm tanımlanmamıştır⁵. Olgumuz epigastrik ağrı ve kilo kaybı şikayetleri ile Cerrahi Kliniği'ne başvurmuş olup, palpasyonda subkostal kitle ve BT incelemesinde pankreas distalinde kitlesel lezyon tespit edilmiştir.

Pankreasın solid ve papiller tümörü 2,5-20 cm. arasında değişen boyutlarda görülmekle birlikte ortalama tümör çapı 10 cm.'dir. Tümör genellikle iyi sınırlı olmasına rağmen çevre dokuları invaze edebilir. Hemen her olguda tümörün tamamının cerrahi olarak çıkarılması mümkündür. Bizim olgumuzda tümör 12 cm. çapında, çevre pankreas dokusundan düzgün sınırla ayrılmış, kapsüllü kitle olup cerrahi olarak total rezeksiyon edilmiştir. Bu tümörlerin çoğu benign veya low-grade malign potansiyele sahiptir. Ancak %10-15 oranında tümörün çevre organlara invazyonu, lokal rekürrens veya uzak metastaz şeklinde agresif seyrettiği bildirilmiştir⁴. Lokal rekürrens ve hatta uzak metastaz bulgusu saptanan hastalar bile cerrahi rezeksiyon ile başarılı bir şekilde tedavi olurlar ve bu olguların hastaliksız sağ kalım süreleri oldukça uzundur. Olgumuz Mayıs 1997'de opere edilmiştir ve halen rekürrens veya metastaz saptanmamıştır.

Tümörün histogenezi hakkında tartışmalar mevcut olup, "nöroendokrin marker"lar ile kuvvetli pozitif boyanma göstermesi ve nadir görülen sitoplazmik nörosekretuar granüllere benzeyen organeller içermesi nedeniyle nöroendokrin orijinli olduğu öne sürülmektedir. Ancak bir çok araştırmacı bunun aksine "nöroendokrin marker" ile boyanmanın nöroendokrin tümör demek için yeterli olmadığını savunmaktadır^{2,4}. PSPT'nin sıklıkla genç kadınlarda görülmesi hormonal katkıyı akla getirmiştir. Literatürde bazı tümörlerde östrojen ve progesteron reseptör pozitifliği bildirilmiştir⁴. Pankreasın duktal adenokarsinomu, müsinöz kistadenokarsinomu, pleomorfik karsinomu, asiner hücreli tümörleri, adacık tümörleri ve hatta normal pankreas dokusu CEA ile pozitif boyanma göstermesine rağmen PSPT'inde boyanma olmaz^{1,2,4,5}. Bizim olgumuz nöroendokrin bir marker olan S-100 ile diffüz ve kuvvetli boyanma, vimentin ile fokal ve zayıf boyanma göstermiştir. Sitokeratin ve CEA ile boyanma görülmemiştir. Olgumuz immünohistokimyasal boyanma paterni bakımından literatür ile uyumludur^{2,4}.



Sonuç olarak, PSPT benign veya low-grade malign gidişle ve cerrahi tedaviye mükemmel yanıtı ile özel bir klinikopatolojik antitedir. Ultrastrüktürel ve immünohistokimyasal çalışmalara rağmen histogenezi halen belirlenememiş olan bu tümör, mikroglandüler pankreatik tümör, ekzokrin pankreatik tümör ve embriyonal tip karsinom ile yakından ilişkilidir². Olgumuz literatürde bildirilenlerin aksine daha ileri yaşta saptanmıştır. Bu da PSPT'nin uzun yıllar asemptomatik oluşu ve çoğunlukla benign seyirli özelliğiyle açıklanabilir.

KAYNAKLAR

1. Kuo T, Su JJ, Chien CH. Solid and Papillary Neoplasm of the Pancreas. *Cancer* 1984,54:1469-1474.

2. Stommer P, Kraus J, Stoltte M, Giedl J. Solid and Cystic Pancreatic Tumors. *Cancer* 1991,67:1635-1641.
3. Rosai J. Pancreas and Ampullary Region in Ackerman's Surgical Pathology Chapter 15. 8th ed. Rosai J. St. Louise Mosby Year Book 1996: 969-1013.
4. Pettinato G, Manivel JC, Ravetto C et al. Papillary Cystic Tumor of the Pancreas. *Am. J. Clin. Pathol.* 1992, 98: 478-488.
5. Scifani LM, Reuter VE, Coit DG, Brennan MF. The Malignant Nature of Papillary and Cystic Neoplasm of the Pancreas. *Cancer* 1991, 68: 153-158.
6. Walker PD. Pancreas in Surgical Pathology. Chapter 10 1st ed. Karcioğlu ZA, Someren A. DC Heath and Company Lexington Massachusetts Toronto.1985: 309-338.