

# Uzun süre izlenimli müsin salgılayan pankreas tümörlü bir olgu

Dr. Hasan ÖZKAN, Dr. Hiromitsu SAISHO, Dr. Taketo YAMAGUCHI, Dr. Takeshi ISHIHARA, Dr. Toshio TSUYUGUCHI, Dr. Yasuharu KIKUCHI, Dr. Masao OHTO

First Department of Internal Medicine, Chiba University School of Medicine, 1-8-1 Inohana, Chuo-ku, Chiba City, Japan

## ÖZET

*Bu olgu sunumu 11 yıldır takip edilmekte olan müsin salgılayan pankreas tümörlü bir hasta ile ilgilidir. Son zamanlarda bu tür pankreas tümörü artan ilgi odağı haline gelmiş olup invazif pankreas adenokanserinden oldukça farklı karakteristik klinikopatolojik özellikler arz eder. Kanser tanısı ve cerrahisinden önce 9 yıl süre ile kronik pankreatit olarak takip edilen hasta ile 2 yıl önce karşılaştık. US, CT, ERCP ve pankreatoskopik muayeneleri içeren araştırmalarımızdan sonra yavaş ve sinsi büyüyen müsin salgılayan pankreas tümörü tanısı konuldu. Bu olguda proksimal duodenopankreatektomi yapıldı. Patoloji tümörü intraduktal papiller adenokanser olarak tespit etti. Cerrahiden sonra şimdiye kadar geçen süre içerisinde nüks görülmedi. Hastanın genel durumu iyi. Nadir görülmesi, uzun süreli klinik takibi ve hastalığın tanısında yeni geliştirilen ultra-thin pankreatoskopun da önemli katkısı nedeniyle olguyu sunmaya değer bulduk.*

**Anahtar kelimeler: Müsin salgılayan pankreas tümörü, pankreatoskopi**

**İLK** kez 1982'de Japonya'dan Ohhashi ve arkadaşları müsin salgılayan pankreas tümörü başlığı altında 4 olguyu kapsayan deneyimlerini bildirdiler (1). Son yıllarda uzun süre kronik pankreatit benzeri semptom ve belirtiler gösteren, yavaş büyüyen, düşük derecede malignitesi olan ve cerrahiden sonra invazif pankreas adenokanserine oranla daha iyi prognozlu bir tümör olarak batı literatüründe de yer almaya başladı (2). Sıklıkla kronik pankreatit öyküsü ve pankreas kanallarındaki erken değişimlerin pankreatogramlarda kronik pankreatiti taklit etmesi nedeniyle bu tümörün invazif pankreas adenokanserinden olduğu kadar kronik pankreatitiden de ayırıcı tanısının yapılması önem arz etmektedir (3). Kanser tanısı ve cerrahisinden önce 9 yıl kronik pankreatit tanısıyla periyodik muayenelerle takip edilen ve 2 yıl önce yaptığımız kontrolde müsin salgılayan pankreas tümörü tanısı konulup opere edilen bu olguyu literatür bilgileri eşliğinde sunuyoruz.

## OLGU

18 yıllık alkol alma öyküsü olan 52 yaşında erkek hasta periyodik kontrolü için 2 yıl önce hastanemi-

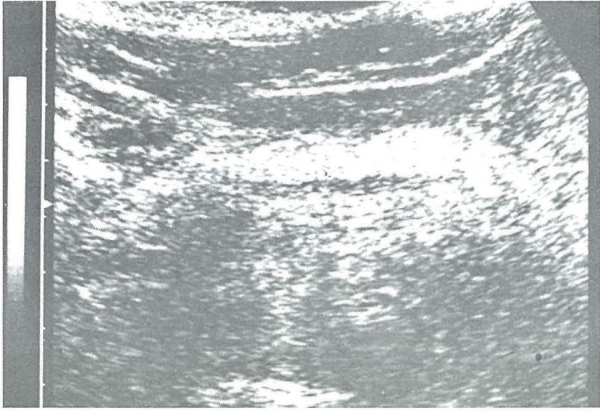
## SUMMARY: Mucin-producing tumor of the pancreas: a case report

*This report deals with a case of intraductal papillary adenocarcinoma of the pancreas who has been followed up for 11 years. Recently, mucin-producing tumor of the pancreas has been increasingly aroused attention as a clinical entity that is characterized by unique clinicopathologic features distinct from those of pancreatic duct cell adenocarcinoma. We have encountered a patient with a mucin-producing neoplasm of the pancreas, who had been under periodic observation for 9 years prior to diagnosis of carcinoma and surgery. A 52-year-old male who had been investigated by utilizing US, CT, ERCP, and also pancreatoscopy for chronic pancreatitis developed a mucin-producing intraductal papillary adenocarcinoma of the pancreas. The imaging techniques had presented insidious growth of the tumor during a 9-year follow-up period. In this case, a proximal duodenopancreatectomy was performed. Pathologic examination revealed intraductal papillary adenocarcinoma. So far, the patient has been well. For the time being, no recurrence was determined for 2 year after surgery.*

**Key words: Mucin-producing tumor of the pancreas, pancreatoscopy**

ze başvurdu. 1983 yılındaki ilk muayenesinde glukozüri, artmış serum amilaz seviyesi ve ERCP'de pankreas kanalının 2.5 mm olduğu tespit edilmiş (Resim 1A, B). Hastaya diabetes mellitusun eşlik ettiği kronik pankreatit tanısı konmuş. Hasta 6 ay aralıklarla US ve ERCP muayeneleri ile takip edilmiş ve diyabeti diyetle ayarlanmış. 1987'de yapılan ERCP kanalın 9 mm lik bir genişlikte olduğunu göstermiş. 1992'de yapılan ERCP de ise 13 mm lik belirgin bir pankreas kanalı genişlemesini tespit ettik (Resim 2A, B). Buna ilaveten duodenoskopi sırasında papilla Vater'in şiş ve genişlemiş, orifisden artmış mukus sekresyonunun olduğu gözlemlendi. Daha sonra dış çapı 1.95 mm olan yüksek rezolüsyonlu mini pankreatoskopi yaptığımız muayenede pankreas başında ERCP'de dolma defektleri olarak gösterilen alanda kanal içinde yarısaydam villus benzeri epitelyal büyümeler diye adlandırdığımız tipik pankreatoskopik bulguyu (Resim 3) ve bol miktarda berrak jel benzeri müsin tespit ettik.

1992'deki başvuruda fizik muayenede hastanın



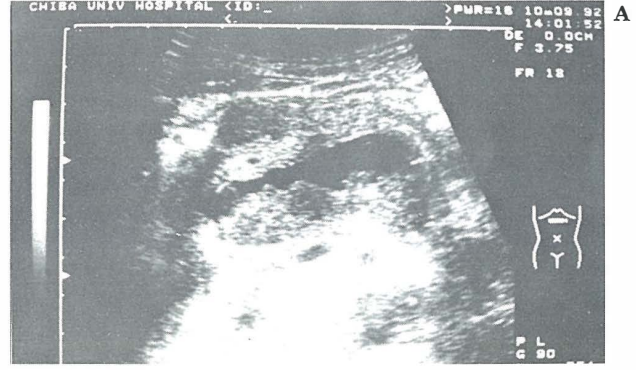
**Resim 1.**  
**A.** Başlangıçtaki ilk US pankreas kanalının 2.5 mm genişlikte olduğunu gösteriyor.  
**B.** Başvurudaki ERCP.



**B**

vital bulgularının ve beslenme durumunun normal olduğu gözlemlendi. Karın yumuşaktı ve organ büyümesine rastlanılmadı. Bununla birlikte epigastriumda hafif bir duyarlılık vardı. Laboratuvar bulguları ise şu şekilde idi. Hb: 13.5 gr/dl, Htc: 40.5%, BK: 8100/mm<sup>3</sup>, Total protein: 7.5 gr/dl, GOT: 12, GPT: 9, LDH: 287 IU/L, Total bilirubin: 1.6 mg/dl, Direk bilirubin: 0.2 mg/dl, ALP: 169 IU/L, ve serum amilazı: 57 IU/L. OGTT diabetik eğri gösterdi. Pankreatik fonksiyon test (Bentromide test): %70, serum CEA: 225 ng/dl, CA 19-9: 84 IU/L olarak ölçüldü. Elastaz-1, Dupan-2 ve SP an-1 seviyeleri ise normal limitler içinde idi. Düz karın grafisi herhangi bir kitle ya da anormal kalsifikasyon göstermedi. CT'de genişlemiş pankreas kanalı tespit edildi. Selektif çölyak anjiyografi normaldi.

Tüm bu bulgulardan hareketle hastaya müsin salgılayan pankreas tümörü tanısı konuldu ve proksimal duodenopankreatektomi yapıldı (Resim 4). Histopatolojik olarak da intraduktal papiller adenokarsinom tespit edildi. Lenf metastazı yoktu. Histokimyasal çalışmalar tümör hücrelerinin PAS, mucicarmin ve alcian-blue ile pozitif boyandığını gösterdi (Resim 5). Hastanın şu anda



**Resim 2.**  
**A.** Operasyon öncesi US'de pankreas kanalı derecede dilate.  
**B.** Operasyon öncesi yapılan son ERCP pankreas kanalının 13 mm olduğunu ve dolma defektlerini gösteriyor.

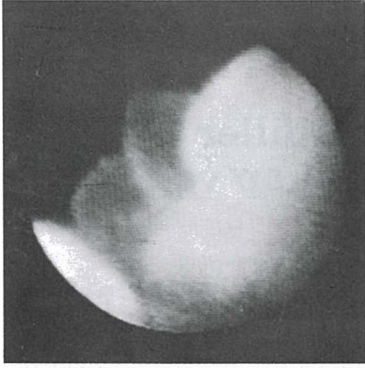
**B**

genel durumu iyi, cerrahiden sonra 2 yıl içinde herhangi bir nükse rastlanmadı.

## TARTIŞMA

Pankreasın müsin salgılayan tümörü özellikle Japonya'dan artan sıklıkla bildirilmektedir. Bununla beraber hala yanlış teşhis konusu olan bu tümör daha yaygın olan pankreasın müsinoz adenomu ve adenokarsinomundan ayrılması önem arz etmektedir.

Yaşlı erkeklerde, sıklıkla pankreasın başında yerleşen müsin salgılayan pankreas tümörü histolojik olarak intraduktal papiller neoplazmlar içinde yer alırlar. Pankreas ana kanalının yaygın genişlemesi ya da yan dalların kistik genişlemesi, artmış müsin salgılanmasına bağlı şişmiş papilla Vateri, açık, yayılmış orifisten yoğun mukus atılımı ve kanalda biriken müssinden dolayı pankreatogramlarda görülen dolma defektleri tipik bulgulardır. Yüksek rezolüsyonlu yeni geliştirilmiş mini pankreatoskop ile yaptığımız bir çalışmada 8 müsin salgılayan pankreas tümürlü hastanın 6'sında tespit ettiğimiz tipik yarısaydam villus benzeri müközal büyümeleri bu hastalığın en önemli karakteristik bulgularından birisi olarak tanımladık (4). Bu tür tümörlerin tanısında



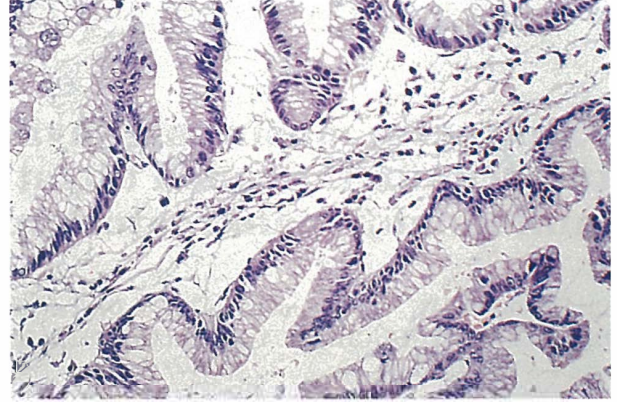
**Resim 3.** Olgunun yüksek rezolüsyonlu miniskop ile yapılan pankreatoskopisi müsin salgılayan pankreas tümörüne özgü tipik villus benzeri endoskopik paterni gösteriyor.



**Resim 4.** Hastanın ameliyat materyali kanalın ileri derecede genişlemiş olduğunu ve çevre dokuda tümör yayılımını ve büyük miktarda müsin birikimini gösteriyor.

ERCP ve pankreatoskopi günümüzde en iyi metodlardır. Bugünkü bilgilere göre yavaş gelişen, düşük dereceli malignite olan ve cerrahiden sonra pankreasın invazif adenokanserine oranla daha iyi prognozu olan bir tümördür. Müsin salgılayan pankreas tümörlü hastalarda operasyon sonrası 5 yıllık yaşam süresi beklentisi %60.7 olarak bulunmuş iken pankreas kanserinde 3 yıllık yaşam %12 olarak bildirilmiştir (5).

Müsinöz kistik neoplazmda olduğu gibi müsin salgılayan pankreas tümörünün gelişim sürecinde de hiperplaziden adenoma ve karsinomaya doğru değişikliklerin uzun süre içinde gerçekleştiği bildirilmektedir (6). Sunduğumuz bu olguda, 9 yıllık takip süresi içinde US ve ERCP ile tespit edilen ve pankreas kanalındaki uzun süre içinde gerçek-



**Resim 5:** Histopatoloji intraduktalpapiller adenokanseri gösteriyor (Hematoksilin-Eosin, orjinalinden büyütme x 200).

leşen sürekli değişimlerin bu tümörün yavaş gelişen bir doğaya sahip olduğunu desteklemektedir.

Obara ve arkadaşları (7) müsin salgılayan pankreas tümörlü 9 hastayı içeren çalışmalarında takip süresi 6-50 ay ortalama 30 aydı. Bu süri içerisinde hastaların tümünde pankreas kanalında giderek artan bir genişleme olduğu tespit edildi. 2 olgu ana kanal diğer 7 olgu ise yandal tipti. 6 hastanın histopatolojik tanısı intraduktal papiller adenokanser olarak tespit edilirken 3 olguda papiller adenoma olarak belirlendi. Operasyonlar sonrası takip süresi ise 3 ila 41 ay ortalama 22 aydı. Altı hasta halen takip edilmekte ve nüksün olmadığı rapor edilirken geri kalan hastalardan biri akciğer, diğeri safra yolları kanserinden ve sonuncusuda pankreatektomi operasyonu komplikasyonundan öldükleri bildirildi.

Kronik pankreatit öyküsü, diabetes mellitus ve pankreas kanalında dolma defektleri ile birlikte genişleme tespit edilen hastalar US, CT, ERCP ve mümkünse pankreatoskopik muayenelerle periyodik olarak takibe alınmalıdır. Eğer takip süresinde pankreatoskopi yapılamadığı durumlarda diğer metodlar ile kanalda giderek artan bir genişleme, duodenoskopide şişmiş, yaygınlaşmış papilla ve orifisten bol miktarda dışarı akan müsin maddesi ve ERCP de dolma defektleri tespit edildiği zaman müsin salgılayan pankreas tümörü olasılığı dikkate alınarak hastanın erken cerrahi şansı değerlendirilmelidir.

#### KAYNAKLAR

1. Ohhashi K, Murakami Y, Murayama M, et al: Four cases of mucus secreting pancreatic cancer. Prog Dig Endosc (Japnca, İngilizce özet) 1982; 20: 348-351.
2. Rickaert F, Cremer M, Deviere J, et al: Intraductal mucin-hypersecreting neoplasms of the pancreas: a clinicopathologic study of eight patients. Gastroenterology 1991; 101: 512-519.
3. Obara T, Maguchi H, Saitoh Y, et al: Mucin-producing tumor of the pancreas: natural history and serial pancreatogram changes. Am J Gastroenterol 1993; 88: 564-569.
4. Özkan H, Saisho H, Yamaguchi T, et al. Evaluation of main pancreatic duct using a new ultra-thin pancreatoscope (Abstract). Int J Pancreatol 1994; 16(3): 333.
5. Nakazawa S, Yamao K: Mucin-producing tumor of the pancreas: the proposal of the new clinical entity and its revision. Dig Endosc 1991; 3: 144-56.
6. Yamao K, Nakazawa S, Naito Y, et al: Clinicopathological study of the mucous producing pancreas tumors. Jpn J Gastroenterology 1986; 83: 2588-97 (Japnca, İngilizce özet).
7. Obara T, Maguchi H, Saitoh Y, et al: Mucin-producing tumor of the pancreas: a unique clinical entity. Am J Gastroenterol 1991; 86: 1619-1625.