

# Pankreasın Solid Psödopapiller Tümörü

## Solid Pseudopapillary Tumor of the Pancreas: Case Report

Dr. İsmail YAMAN,<sup>a</sup>  
Dr. Hayrullah DERİCİ,<sup>a</sup>  
Dr. Gülen DEMİRPOLAT,<sup>b</sup>  
Dr. Kamile KURT<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Genel Cerrahi AD,

<sup>b</sup>Radyoloji AD,

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Balıkesir

<sup>c</sup>Patoloji Bölümü,

Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi,  
Manisa

Geliş Tarihi/Received: 12.04.2010

Kabul Tarihi/Accepted: 03.06.2010

Yazışma Adresi/Correspondence:

Dr. İsmail YAMAN

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Genel Cerrahi AD, Balıkesir,

TÜRKİYE/TURKEY

ismailyaman35@gmail.com

**ÖZET** Pankreasın solid psödopapiller tümörü, nadir görülen ve düşük malign potansiyelli bir tümördür. Genellikle pankreasın gövde ve kuyruğuna yerleşim göstermektedir. Olguların çoğu asemptomatiktir ve genellikle rastlantısal olarak yapılan tetkikler esnasında tanı almaktadır. Bu çalışmada, nonspesifik semptomlarla başvuran pankreas solid psödopapiller tümörlü bir olgunun sunulması amaçlanmıştır. Otuziki yaşındaki kadın hasta bir yıldır devam eden karın ağrısı, karın üst kısmında dolgunluk hissi ve çabuk doyma şikâyetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın karın bilgisayarlı tomografisinde pankreas kuyruğundan geliştiği düşünülen, yaklaşık 10 cm çapında, kontrast madde ile boyanan iyi sınırlı kistik lezyon saptandı. Olguya distal pankreatektomi uygulandı. Patoloji sonucu solid psödopapiller epitelyal neoplazm olarak rapor edildi. Olgunun 28 aylık izleminde bölgesel nüks ya da metastaz saptanmadı. Pankreasın solid psödopapiller tümör gibi tüm şüpheli neoplazmlarında tedavi total eksizyondur. Total eksizyondan sonra bölgesel nüks ve uzak metastaz görülmesi oldukça nadirdir.

**Anahtar Kelimeler:** Pankreas; pankreas tümörleri

**ABSTRACT** Solid pseudopapillary tumor of the pancreas is a rare neoplasm with low malignant potential. It is generally located in the body or tail of the pancreas. Most of the patients are asymptomatic and are diagnosed incidentally. In this study, a case of pseudopapillary tumor of the pancreas with nonspecific symptoms is presented. A 32-years old female patient presented with upper abdominal fullness, early satiety and abdominal pain of one year duration. Abdominal computed tomography demonstrated a 10 cm cystic lesion, with well defined borders and contrast enhancement in the wall, arising from the tail of the pancreas. Distal pancreatectomy was performed. Histopathologic diagnosis was solid pseudopapillary neoplasm of the pancreas. No recurrent mass or metastases were diagnosed during a follow up period of 28 months. The treatment of suspicious pancreatic neoplasms like pseudopapillary tumor is total excision of the mass. Local recurrence or distant metastasis is very rare after total excision.

**Key Words:** Pancreas; pancreatic neoplasms

**Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol 2011;18(1):47-50**

**P**ankreasın solid psödopapiller tümörü (SPT) düşük malign potansiyelli bir epitelyal tümör olu, tüm pankreatik tümörlerin ancak %0.1-2.7'sini oluşturmaktadır.<sup>1,2</sup> İlk kez 1959 yılında Frantz<sup>3</sup> tarafından bildirilmiş ve 1981 yılında Klöppel ve ark.<sup>4</sup> tarafından klinik özellikleri tanımlanmıştır. Literatürde Frantz tümörü, düşük dereceli papiller neoplazm, papiller kistik karsinoma, solid kistik papiller neoplazm gibi birçok değişik

isimle de adlandırılmaktadır.<sup>5,6</sup> Genellikle pankreasın gövde ve kuyruğuna yerleşim göstermektedir. Boyutları 2-20 cm arasında değişmekle birlikte, tümörün ortalama çapı 10-11.5 cm olarak bildirilmektedir.<sup>5,6</sup> Olguların çoğu asemptomatiktir ve genellikle rastlantısal olarak veya karında kitle nedeni ile yapılan tetkikler esnasında tanı almaktadır.<sup>1,5</sup> Nadiren rüptür, kanama veya enfeksiyon gibi bir komplikasyonla ortaya çıkabilmektedir.<sup>5</sup>

Bu çalışmada, pankreas gövde ve kuyruğunda yerleşim gösteren SPT'li bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

## OLGU SUNUMU

Otuz iki yaşındaki kadın hasta bir yıldır devam eden karın ağrısı, karın üst kısmında dolgunluk hissi ve çabuk doyma şikâyetleri ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede epigastriumdan sol hipokondriuma uzanan 10 x 10cm'lik palpabl kitle mevcuttu. Rutin laboratuvar tetkikleri, karbonhidrat antijen 19.9 (CA19.9) ve karsino embriyjenik antijen (CEA) değerleri normal sınırlarda idi. Karın ultrasonografisi (USG)'nde umbilikus hizasında karın sol kısmına uzanan, 10 cm çapında, kistik alanlar içeren semisolid kitle mevcuttu. Karın bilgisayarlı tomografisi (BT)'nde pankreas kuyruğundan geliştiği düşünülen, yaklaşık 10 cm çapında, kontrast madde ile boyanan, septasyonlar ve duvardan lümene doğru uzanan mural nodül ve

projeksiyonlar içeren iyi sınırlı kistik lezyon mevcuttu (Resim 1A, B). Hastada pankreas psödokisti-ni düşündürecek geçirilmiş pankreatit atağı bulunmaması, CEA ve CA19.9 değerlerinin normal sınırlarda olması, BT incelemesinde kistik neoplazmı düşündüren spesifik görüntülerin bulunmaması, lokalizasyonu ve çevre yapılarla ilişkileri açısından rezektabl olması ve yapılacak ek girişimlerin tedavi şeklini değiştirmeyeceği düşünüldüğünden olguya pankreasın kistik neoplazmı ön tanısı ile cerrahi girişim planlandı. Laparotomide pankreas kuyruk ve gövdenin bir kısmını içine alan semisolid 10 x 10 cm boyutlarında kitle mevcuttu. Gözlemde karın içinde başka bir patoloji saptanmadı. Olguya distal pankreatektomi uygulandı. Piyesin makroskobik incelemesinde tümör 12 cm çapında, iyi sınırlı, kesit yüzeyi solid, yer yer kistik, mukoid, kalın fibröz kapsüllü görünümde idi ve kavitede 150 cc seropürülan sıvı mevcuttu. Mikroskobik incelemede tümörde kistik dejenerasyonla birlikte solid, papiller projeksiyonlar gösteren, eozinofilik sitoplazmalı, kromatinden orta derecede zengin tümör hücreleri mevcuttu ve solid psödopapiller epitelyal neoplazm olarak rapor edildi (Resim 2). Yapılan immünohistokimyasal incelemede tümör hücrelerinde progesteron reseptörleri pozitif olarak saptandı. Cerrahi sınırlar salimdi. Olgunun 28 aylık takiplerinde bölgesel nüks ya da metastaz saptanmadı.



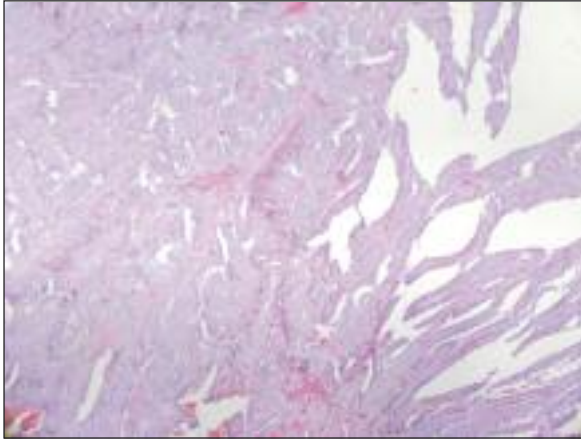
**RESİM 1A:** Kontrastsız BT görüntüsü.

Pankreas kuyruğundan geliştiği düşünülen, 10 cm çapında, septasyonlar ve duvardan lümene doğru uzanan mural nodül ve projeksiyonlar içeren iyi sınırlı kistik kitle.



**RESİM 1B:** Kontrastlı BT görüntüsü.

Kontrast madde ile boyanan kistik kitle.



**RESİM 2:** Hematoksilen eozin boyamada x10 büyütmede tümördeki papiller projeksiyonlar.

## TARTIŞMA

SPT pankreasın nadir görülen tümörlerinden biri olup, İngilizce literatürde Şubat 2010 tarihine kadar toplam 718 vaka bildirilmiştir.<sup>7</sup> Bu tümörler genellikle nonspesifik bası semptomları ile veya başka bir nedenle yapılan görüntüleme yöntemlerinde tesadüfen ortaya çıkarmaktadır. Daha çok pankreas kuyruk ve gövde yerleşimli olduklarından büyük çaplara ulaşmış olsalar da mekanik bağırsak tıkanıklığı ve sarılık gibi bulgulara nadiren neden olurlar.<sup>5</sup> Olgumuzda tümör pankreas kuyruk ve kısmen gövde yerleşimli idi ve çabuk doyma, karın üst kısmında dolgunluk hissi gibi nonspesifik bası semptomları mevcuttu.

SPT'li olguların çoğu genç kadınlardır, erkekler olguların ancak %7'sini oluşturmaktadır.<sup>5,8</sup> Bu nedenle tümörün östrojen ve progesteron gibi cinsiyet hormonlarıyla ve reseptörleriyle ilişkili olduğu ileri sürülmüştür.<sup>7</sup> Yeh ve ark.<sup>9</sup> tüm vakalarda progesteron reseptörlerinin varlığını göstermişlerdir. Olgumuz hormon ve reseptörlerinin aktif olduğu yaşta bir kadındı ve progesteron reseptörleri tümör hücrelerinde pozitif bulundu. Ayrıca olgumuzda literatürle uyumlu olarak CEA, CA19.9 ve pankreatik enzimler normal düzeyde idi.

BT incelemesinde genellikle büyük, kapsüllü, solid ve kistik alanlar içeren heterojen yapıdadır.

Periferik duvar kalsifikasyonu ve kontrast tutulumu vardır.<sup>1</sup> BT ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) gibi yöntemler de tümörün 5 cm'den büyük olması, kist duvarının 3 mm'den kalın olması, intramural nodül saptanması, solid-kistik kanama ve nekroz alanlarının bulunması malignite potansiyelini arttıran bulgulardır.<sup>2,8</sup> Olgumuzun BT'sinde pankreas psödopapiller neoplazmını düşündürülen bulgular mevcuttu.

Pankreasın kistik neoplazmlarının preoperatif dönemde tanısını koymak güçtür.<sup>1,5,7,8</sup> Kitlenin ayırıcı tanısında retansiyon kistleri, psödokistler, kistik neoplazm alt tipleri, duktal hücreli adenokarsinomlar, hemanjiyomalar ve anjiyosarkomlar yer alır.<sup>2,5,6</sup> Dennis ve ark.<sup>1</sup> lezyonun benign malign ayrımını yapabilmek için kitleden iğne aspirasyon biyopsisi ile alınan materyalden sitoloji, CEA, CA19-9, karbonhidrat antijen 72-4 tetkiklerinin yapılmasını önermektedir. Tüm bunlara rağmen tanı koymak güç olabilir. Ayrıca benign kistik neoplazmlarda zaman içerisinde malign transformasyon görülebilir.<sup>5</sup> Bu nedenle pankreasın SPT gibi tüm şüpheli neoplazmlarında tedavi total eksizyondur ve genellikle eksizyon sonrasında kür sağlanır.<sup>5,8</sup> Tümör yerleşimine göre pankreatikoduodenektomi, distal veya subtotal pankreatektomi gibi cerrahi girişimler uygulamak gerekebilir.<sup>5,8</sup> Total eksizyondan sonra bölgesel nüks ve uzak metastaz görülmesi oldukça nadirdir, 5 yıllık ortalama sağkalım oranı %95 civarındadır.<sup>5,8</sup> Vagholkar ve ark.<sup>10</sup> kemoterapi ve radyoterapinin, Bulak ve ark.<sup>6</sup> neoadjuvan kemoterapinin etkinliğinden bahsetse de, literatürdeki genel görüş SPT'lerin tedavisinde kemoradyoterapinin belirgin bir yanıt oluşturmakta başarısız olduğu yönündedir.<sup>5,8</sup> Olgumuz postoperatif 28. ayda olup, izlemleri normal olarak seyretmektedir.

Sonuç olarak pankreasın SPT'leri nadir görülür, kesin tanı için laboratuvar tetkikleri ve görüntüleme yöntemleri, gereğinde iğne aspirasyon biyopsisi yapılmalıdır. Tedavide total eksizyon uygulanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Ng DZ, Goh BK, Tham EH, Young SM, Ooi LL. Cystic neoplasms of the pancreas: current diagnostic modalities and management. *Ann Acad Med Singapore* 2009;38(3):251-9.
2. Haholu A, Sönmez G, Yiğit N. [Preoperative diagnosis of solid pseudopapillary tumor of the pancreas: a case report]. *Erciyes Medical Journal* 2008;30(2):120-4.
3. Frantz VK. Tumor of the pancreas. *Atlas of Tumor Pathology*. 1<sup>st</sup> ed. Washington DC: Armed Forces Institute of Pathology; 1959. p.32-3.
4. Kloppel G, Solcia E, Longnecker DS, Capella C, Sobin LH. Histological typing of tumours of the exocrine pancreas. *International Histological Classification of Tumours*. 2<sup>nd</sup> ed. Berlin: Springer-Verlag; 1996. p.11-21.
5. Perek S, Perek A, Şarman K, Kılıç İ, Andıcan A. [Papillary cystic tumors of pancreas: A case report]. *Cerrahpasa Journal of Medicine* 2007;38(2):65-8.
6. Bulak H, Eroğlu E, Sağlıcan Y, Oral S. [Solid and papillary epithelial neoplasm of the pancreas (case report)]. *Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol* 1998;9(1):41-5.
7. Watanabe D, Miura K, Goto T, Nanjo H, Yamamoto Y, Ohnishi H. Solid pseudopapillary tumor of the pancreas with concomitant pancreas divisum. A case report. *J Pancreas* 2010;11(1):45-8.
8. Peker Y, Tatar F, Ekinci N. [Solid pseudopapillary tumor of pancreas: Low-grade carcinoma (2 cases)]. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2004;3(2):102-5.
9. Yeh TS, Jan YY, Chiu CT, Ho YB, Chen TC, Lee KF, et al. Characterisation of oestrogen receptor, progesterone receptor, trefoil factor 1, and epidermal growth factor and its receptor in pancreatic cystic neoplasms and pancreatic ductal adenocarcinoma. *Gut* 2002; 51(5):712-6.
10. Vagholkar KR, Ganatra MP, Srinivasan P. Papillary cystic neoplasm of the pancreas (Case report and review of literature). *Bombay Hospital J* 2001;43(4):574-9.