

PANKREASIN SİSTİK TÖRƏMƏLƏRİ

M.R.HÜSEYNOVA, R.A. MƏMMƏDOV, N.Y.BAYRAMOV

ATU-nun I Cərrahi xəstəliklər kafedrası, Azərbaycan, Bakı

Case report

The cystic tumors of pancreas

M.R.Huseynova, R.A.Mammadov, N.Y.Bayramov

Summary: Considering the number of operations in the past pancreatic cyst derivatives pseudocyst was 37-57%. Increasing of advantages of radiological examination methods being used today, the figure has been reduced up to 10%.

The majority of patients diagnosed with non-specific symptoms in many cases the diagnosis is later became a subsidiary of Mucinous cysts.

Basically, the diagnosis of pancreatic mucinous cysts is casual radiological evaluating during the examination.

The main treatment for tumors of the pancreas cyst is surgical intervention. Most tumors are located in the tail of the pancreas, usually Mucinous cysts when performing the distal pancreatectomy with splenectomy is recommended. Located at the head of the pancreas in derivatives are carried out in the pancreaticoduodenectomy.

Презентация больного

Кистозные образования поджелудочной железы.

М.Р. Гусейнова, Р.А. Мамедов, Н.Ю. Байрамов

Резюме: Кистозные образования поджелудочной железы встречаются достаточно редко. Так как у большинства больных наблюдаются неспецифические симптомы, то определение диагноза муцинозного кистозного образования порой запаздывает. Как обычно, муцинозные кистозные образования диагностируются в результате случайных радиологических исследований.

Раньше кистозные образования поджелудочной железы считали псевдокистами, и количество хирургических операций составляло 37-57%. С усовершенствованием радиологических методов исследования этот показатель снизился на 10%.

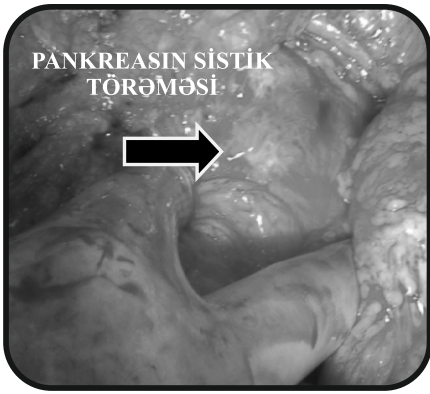
Основным методом лечения кистозных образований поджелудочной железы является хирургическое вмешательство. Муцинозные кистозные образования поджелудочной железы обычно располагаются в хвостовом отделе. По этой причине, наряду с дистальной панкреатэктомией рекомендуется проведение спленэктомии. При расположении же кистозных образований в головке поджелудочной железы проводится панкреатодуоденэктомия.

Açar sözlər: pankreas, pankreas sistləri, musinoz sistlər, pankreas rezeksiyası

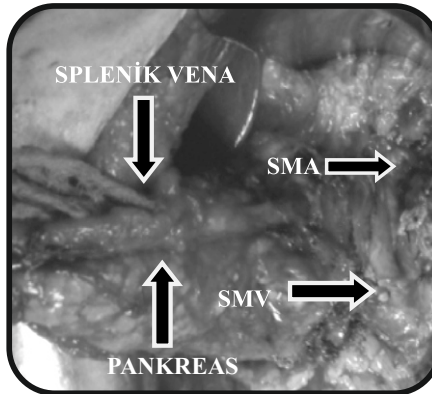
Giriş: Pankreasın sistik törəmələrinə nadir hallarda rast gəlinir. Bu törəmələr neoplastik olub olmadığına görə iki qrupa bölünür. Neoplastik olmayan törəmələrin 75%-ni pankreatitin ağırlaşması olan psevdokistlər təşkil edir³. Digər neoplastik törəmələr sistik olub, bunların da 90%-ni seroz və musinoz sistik törəmələr və intraduktal papilyar törəmələr təşkil edir¹¹. Epiqastral nahiyədə dolğunluq hissi, kürəyə irradiasiya edən qarın ağrısı, ürəkbulanma və qusma kimi əsas şikayətlərlə bilinir. Bu törəmələr radioloji müayinə üsulları və bəzən hətta morfoloji müayinə zamanı psevdosist kimi göstərilir. Preoperativ müayinələrdə CEA, elastaza 1, CA 19-9, CA 72-4, CA 15-3 təyin edilir.

Xəstə təqdimatı: 30 yaşında qadın xəstə başqa bir klinikaya epiqastral nahiyədə olan güclü ağrılardan və bu ağrıların son bir ay ərzində 2 dəfə təkrarlanmasını qeyd edir, ürəkbulanma, ümumi halsızlıq şikayətləri ilə daxil olmuşdur. Abdominal kompyuter tomoqrafiya zamanı mədəaltı vəzin cismində 12x8 sm ölçülərində qalın divarlı, septaları olan kista aşkarlanmışdır. Xəstəyə "Laparotomiya. Sistoenterostomiya. Böyük piyliyin rezeksiyası" əməliyyatı icra edilmişdir. Xəstə əməliyyatdan sonrakı dövrdə konservativ müalicə almışdır. Əməliyyat zamanı alınmış biopstatların patoloji müayinəsində "Maliqn neqativ. Sist divarında lizis olunmuş hemorragiya sahələri. Endometroid sistin morfoloji əlamətləri" qeyd edilirdi. İmmunohistokimyəvi müayinədə tumorun morfoimmunoloji quruluşu degenerativ miksoid leyomiomaya uyğun olduğu görüldü. 4 aydan sonra təkrari müayinə zamanı mədəaltı vəzidə sistin yenidən əmələ gəlməsi müşahidə olunmuşdur və xəstə bizim klinikaya müraciyyət etmişdir. Xəstənin bədən kütlə indeksi 25,7 olaraq hesablandı. Daxil olarkən arterial təzyiqi 110/60 mmHg, nəbzi 74/dəq. vurğu, ritmik,

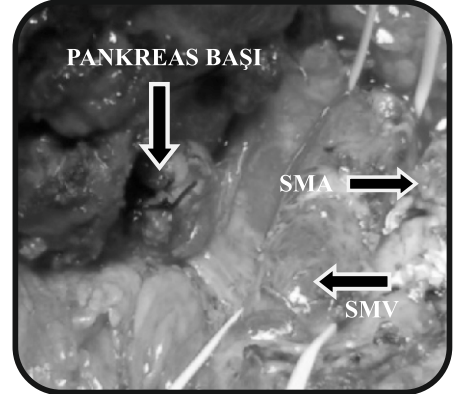
orta dolğunluqdadır. Obyektiv müayinə zamanı patologiya aşkarlanmamışdır. Laborator müayinə zamanı WBC – 5,6 x 10⁹/L, HGB – 11,4 q/dl ↓, PLT – 253 x 10⁹/L, ALT – 11,64 U/L, AST – 13,5 İU/L, GGT – 20,02 İU/L, ALP – 43,17 U/L ↓, Total bilirubin – 0,25 mg/dl ↓, Kreatinin – 0,52 mg/dL, Amilaza – 54,98 U/L, Albumin – 4,8 g/dL, qlükoza (aclıq) – 102,11 mg/dL, CRP -0,04 mg/L, CEA – 0,41 İU/mL, CA 19-9 – 2,5 İU/mL, İNR – 1,13. Abdominal kompyuter tomoqrafiya zamanı mədəaltı vəzin boynu və cismində 57x36 mm ölçüsündə daxilində arakəsmələrin izləndiyi düzgün konturlu sistik törəmə (Makrosistik adenoma?), törəmənin superior mezenterik venaya və splenik venaya invaziyası müşahidə edildi. Planlı əməliyyatönü hazırlıqdan sonra xəstə əməliyyata alındı. Əməliyyat zaman məlum oldu ki, mədəaltı vəzinin törəməsi superior mezenterik və splenik venalara invaziya etmiş, lakin invaziya dərəcəsi 120° keçməmişdir (şəkil 1,2). Qərara alındı ki, mədəaltı vəzin distal rezeksiyası icra edilsin. Yanaşı olaraq splenektomiya icra olundu. Törəmə damara invaziya olan hissəsindən sıxıcı qoyularaq kəsilib götürüldü. Damar defektinə tikiş qoyuldu (şəkil 3). Əməliyyat zamanı alınmış preparatların (şəkil 4, 5, 6) patoloji müayinəsi zamanı mədəaltı vəzin musinoz polikistoz sisti, dalağın qırmızı pulpasının hiperplaziyası aşkarlanmışdır.



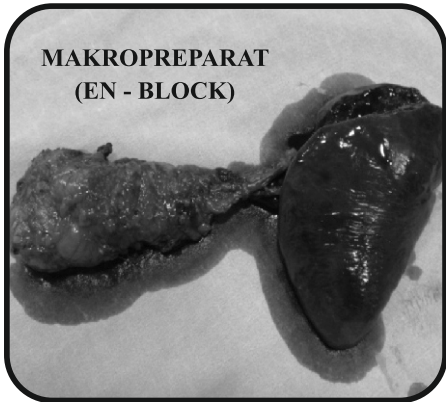
Şəkil 1



Şəkil 2



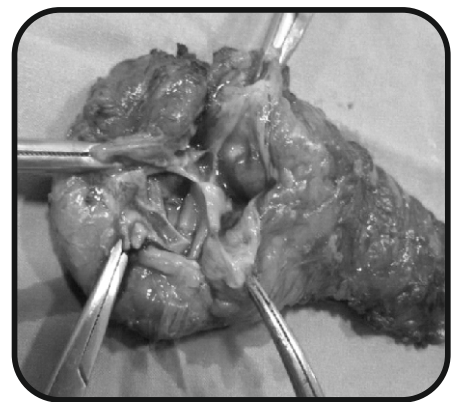
Şəkil 3



Şəkil 4



Şəkil 5

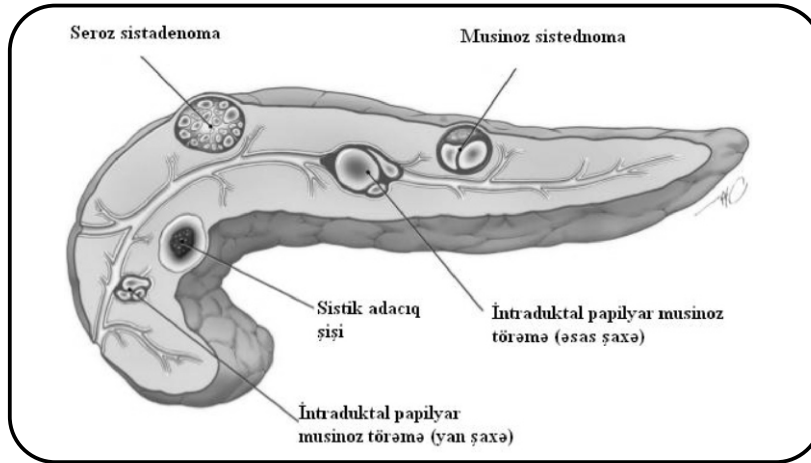


Şəkil 6

Müzakirə: Pankreas sistlərinin tarixçəsinə baxdıqda, ilk olaraq 1824-cü ildə Becourt tərəfindən qeyd edilmişdir. 1978-ci ildə ilk dəfə olaraq Compagno və Oertel xəstənin şikayətləri ilə pankreasın sisti arasında olan əlaqəni və seroz-musinoz kistlər zamanı müşahidə olan klinik əlamətləri təqdim etmişdilər. İnkişaf edən texnologiyanın sayəsində musinoz sistlərin bədləşmə potensialını ortaya çıxarmaq mümkündür. Keçmişdə pankreasın sistik törəmələrini psevdosist hesab edərək aparılan əməliyyatların sayı 37-57% təşkil edirdi. Günümüzdə istifadə olunan radioloji müayinə üsullarının təkmilləşməsiylə bu göstərici 10%-a qədər azalmışdır⁶⁻⁹.

Pankreas kistlərinin 5-15%-ini neoplastik sistlər təşkil edir⁷. Bu kistlərin ayrılıqda 4 növü vardır:

1. Seroz sistik törəmələr (SKT);
2. Musinoz sistik törəmələr (MKT);
3. Intraduktal papilyar müsinoz törəmələr (İPMT);
4. Nadir hallarda rast gəlinən törəmələr (sistik insulinoma, solid papilyar törəmələr, asinar hüceyrəli kistadenosarkomalər).



Xəstələrin çoxunda spesifik olmayan simptomlar müşahidə olduğundan müsinoz sistik törəmə diaqnozu bir çox hallarda gec qoyulur. Esasən, təsadüfi radioloji müayinə zamanı aşkarlanırlar. Klinik əlamətlərə epiqastral nahiyədə ağrı, ürəkbulanması, qusma və çəki itkisi aiddirlər. Bu şikayətlər törəmənin ətraf orqanları sıxdığı halda baş verir. Törəmə pankreas başında yerləşdiyi halda sarılıq əlamətlərinə də rast gəlinə bilər⁶.

Radioloji müayinədə müsinoz sistik törəmələrdə periferik kalsifikasiyalar izlənə bilər. Törəmənin ətraf orqanları sıxdığı halda bu orqanların yerdəyişməsi də müşahidə olunur. Ultrasəs müayinəsi zamanı isə bu törəmələrin arxa divarının exogenliyinin artması qeyd edilir. Bu cür sistlərin müayinəsi zamanı ən dəyərli məlumat kompyuter tomoqrafiyası vasitəsilə almaq mümkündür⁹.

Musinoz sistik törəmələrin böyük hissəsi adenokarsinomalardan fərqli olaraq pankreasın quyruq hissəsində yerləşirlər⁷. Ortalama olaraq 8-10 sm olmaqla 30 sm-ə çatan ölçüləri də qeyd edilmişdir⁷. Makroskopik olaraq 1 makrosistdən və ya bir-birilə əlaqəli olan bir neçə sistdən ibarət olurlar. Eyni zamanda bu sistlərin intraduktal papilyar müsinoz törəmələrdən fərqli olaraq pankreatik axacaqla əlaqəsi yoxdur. Sist daxilində yumurta ağına bənzər maye olur. Pankreatik axacaqla əlaqəsi olmadığından sistin mayesində pankreas enzimləri (amilaza) tapılmaz. Sistin daxili təbəqəsi müxtəlif ölçülü atipik epitelial hüceyrələrdən ibarətdir. Sistin mayesində CEA konsentrasiyası adətən yüksək olur. CEA > 192 ng/mL olmağı sistin müsinoz olduğunu göstərir.

Sistin növü	Cins	Yaş	Rastgəlmə
Seroz sistadenoma	Q>K	70-80	30-40%
Musinoz sistik törəmələr	Q>K	50-60	10-45%
Intraduktal papilyar musinoz törəmələr	Q=K	60-80	20-33%
Sistik endokrin törəmələr	Q=K	50-70	<10%

Bir müsinoz sistik törəmədə aşağıdakılar qeyd edilirsə maliqn prosəyə şübhə yarana bilər:

- Sistin 5 sm-dən böyük olması;
- Sist divarının qalın və kəl-kötür olması;
- Sist daxilində və divarında kiçik kütlələrin olması;
- Sist divarında kalsifikasiyanın olması.

Mikroskopik incələmədə müsinoz sistik törəmələr bir qatlı musin ifraz edən epitellə örtülüdür. Bu epiteldə displastik dəyişikliklər əmələ gələ bilər. Sistin daxilində təzyiq artdıqda bu epitelial təbəqədə nekroz izlənilir. Psevdsistlərdən fərqli olaraq müsinoz sistik törəmələrin tərkibində amilazanın səviyyəsi aşağı, musin boyanması isə müsbətdir.

Pankreasın sistik törəmələrində əsas müalicə üsulu cərrahi müdaxilədir. Musinoz sistik törəmələrin çoxu pankreas quyruğunda yerləşdiyindən adətən splenektomiya ilə birlikdə distal pankreatektomiya məsləhət görülür. Pankreas başında yerləşən törəmələrdə isə pankreatikoduodenektomiya icra edilir.

Təqdim etdiyimiz xəstədə də cərrahi müdaxilə zamanı bu prinsiplər nəzərə alınmışdır.

Yekun: Pankreasın sistik törəmələri özəlliklə orta yaşlarda və qadınlarda daha çox rast gəlinir. Adenokarsinomalar qədər invaziv olmasa da premaliqn kimi qəbul edilib cərrahi müalicə tətbiq edilməlidir. Nadir hallarda residiv və metastaz olsa belə rezeksiyadan sonrakı proqnoz qənaətbəxşdir. Diaqnozun qoyulmasında radioloji müayinə üsullarının rolu böyük olsa da bir çox hallarda əməliyyatdan sonrakı patoloji müayinənin nəticəsinə əsasən diaqnoz dəqiqləşdirilir¹⁰

ƏDƏBİYYAT:

1. Adsay NV, Klimstra DS, Compton CC. Introduction: cystic lesions of the pancreas. *Semin Diagn Pathol* 2000;17:1–6
2. Thompson LDR, Becker RC, Przygodzki RM, Adair CF, Heffess CS. Mucinous cystic neoplasm (mucinous cystadenocarcinoma of low-grade malignant potential) of the pancreas. *Am J Surg Pathol* 1999;23:1–16.
3. Klöppel G. Pseudocysts and other non-neoplastic cysts of the pancreas. *Semin Diagn Pathol* 2000;17:7–15.
4. Wilentz RE, Albores-Saavedra J, Hruban RH. Mucinous cystic neoplasms of the pancreas. *Semin Diagn Pathol* 2000;17:31–42.
5. Compagno J, Oertel JE. Mucinous cystic neoplasms of the pancreas with overt and latent malignancy (cystadenocarcinoma and cystadenoma). *Am J Clin Pathol* 1978;69:573–80.
6. Sakorafas G, Sarr M. Cystic neoplasms of pancreas; What a clinician should know. *Cancer treatment reviews* 2005;31:507-535
7. Govender D. Mucinous cystic neoplasms of pancreas. *Current diagnostic pathology (Mini-symposium: Pathology of the exocrine pancreas)* 2005;11:110-116
8. Goh KPB, Tan YM, Chew PC, Chung YFA, CHOW PKH, Wong W.K, Ooi L.L.J.P, Cystic neoplasms of pancreas with mucine production. *The Journal Of Cancer Surgery* 2005;31:282-287
9. Scott J, Martin I, Redhead D, Hammond P, Garden O.J, Mucinous cystic neoplasms of the pancreas: Imaging and diagnostic difficulties. *Clinical Radiology*. 2000;55:187-192
10. Brian K.P. Goh, Yu-Meng Tan, Yaw-Fui AC, Pierce K.H, Chow, Wai-Keong W, Cystic lesions of the pancreas: an appraisal of an aggressive resectional policy adopted at a single institution during 15 years. *The american journal of surgery* 2006;192:148-154
11. Brugge WR, Lauwers GY, Sahani D, et al. Cystic neoplasms of the pancreas. *N Engl J Med* 2004;351:1218–26.

Rəyçi: *ATU-nun II Cərrahi xəstəliklər kafedrasının assistenti:*

t.ü.f.d. Qasımov R.Ş.

Redaksiyaya 19.10.2017-ci il tarixində daxil olmuşdur.