

Pankreatik endokrin tümörü taklit eden İntrapankreatik aksesuar dalak

Intrapancreatic accessory spleen imitating a pancreatic endocrine tumour

Mehmet Akif Türkoğlu*, Erdal Birol Bostancı, Melih Ereren, Seda Yamak, Rıza Sarper Ökten, Musa Akoğlu

Genel Cerrahi Anabilim Dalı (Dr. M. A. Türkoğlu), Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, TR-07059 Antalya, Gastroenterolojik Cerrahi Kliniği (Prof. Dr. E. B. Bostancı, Prof. Dr. M. Akoğlu), Radyoloji Kliniği (Dr. M. Ereren, Dr. R. S. Ökten), Patoloji Kliniği (Dr. S. Yamak), Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, TR-06230 Ankara

Özet

Aksesuar dalak toplumun yaklaşık %10'unda görülen ve embriyolojik gelişim sırasında oluşan bir anomalidir. Pankreasta lokalize olduğunda hipervasküler pankreatik tümörü taklit edebilir ve tanınabilir. Vakaların çoğu cerrahi rezeksiyondan sonra tanımlanır. Bu yazımızda nöroendokrin tümör şüphesiyle laparoskopik dalak koruyucu distal pankreatektomi yapılan 52 yaşındaki bir erkek olguyu sunuyoruz. Postoperatif histopatolojik inceleme ile lezyonun intrapankreatik aksesuar dalak olduğu açıkça çıktı.

Anahtar sözcükler: Aksesuar dalak, nöroendokrin tümör, laparoskopi, distal pankreatektomi

Abstract

Accessory spleens are present in 10% of population and are formed during embryonic development. When an accessory spleen is located in the pancreas, it may mimic a hypervascular pancreatic tumor and can make a diagnostic difficulty. Most of the cases were identified only after surgical resection. Herein, we present the case of a 52-year old man whom laparoscopic spleen-preserving distal pancreatectomy was performed with suspicion of neuroendocrine tumor. Postoperative histopathological examination revealed the intrapancreatic accessory spleen.

Keywords: Accessory spleen, neuroendocrine tumour, laparoscopy, distal pancreatectomy

Geliş tarihi/Received: 22 Ağustos 2012; **Kabul tarihi/Accepted:** 12 Ekim 2012

***İletişim adresi:**

Dr. Mehmet Akif Türkoğlu, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, TR-07059 Antalya. E-posta: macturko@hotmail.com

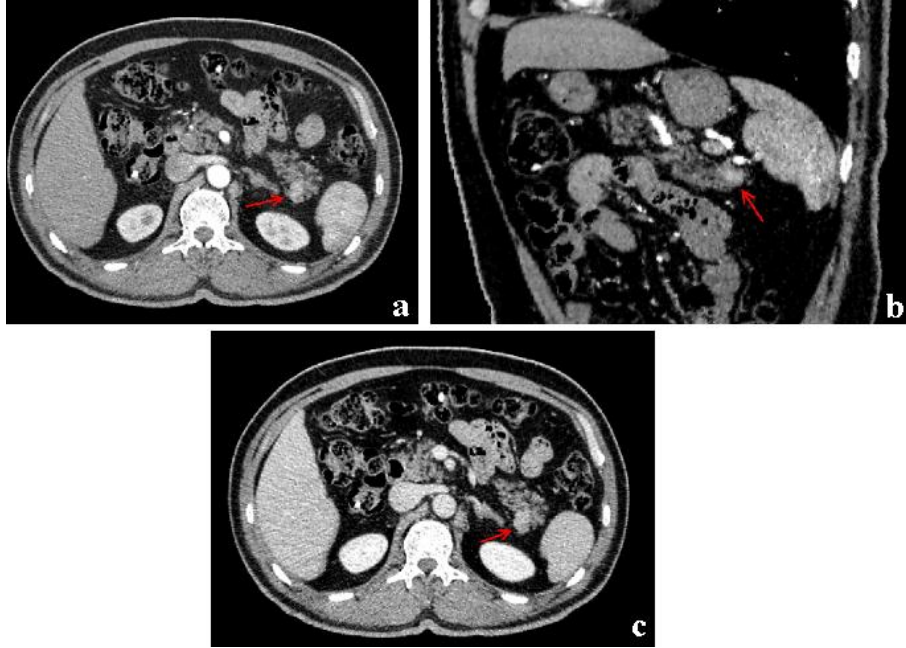
Giriş

Aksesuar dalak genel toplumun yaklaşık %10'unda görülen ve embriyolojik gelişim sırasında oluşan bir anomalidir. En sık yerleşim yeri splenik hilus olup sonraki en sık lokalizasyonu pankreas kuyruğudur. Otopsi serilerinde aksesuar dalak olgularının %17'sini intrapankreatik lokalizasyon oluşturmaktadır [1]. Bu lokalizasyondaki olgular pankreatik tümöre benzediğinden tanı koymak güçtür. Biz burada pankreas nöroendokrin tümörüyle karışan intrapankreatik aksesuar dalak (İPAD) olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu sunumu

Elli iki yaşındaki erkek olgumuz kabızlık ve ara ara oluşan karın ağrısı yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan dinamik Bilgisayarlı Tomografi (BT)'de pankreas kuyruk kesimi parankiminde 22x15mm boyutlarında bir kitle saptandı. İntravenöz kontrast madde (IVKM) öncesi pankreas parankimine göre hafif hiperdens görünümde

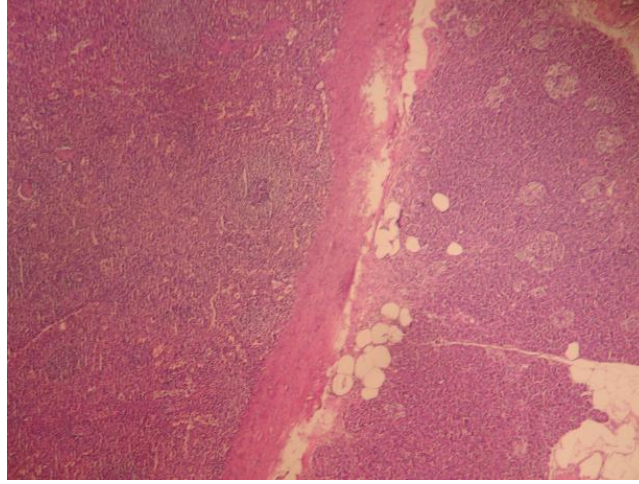
olan, İVKM sonrası kontrastlanan ve tüm fazlarda pankreas parankimine göre belirgin hiperdens olarak izlenen kitlenin pankreas nöroendokrin tümörü olabileceği düşünüldü (Resim 1). Alt ve üst gastrointestinal sistem endoskopileri ve Kromogranin A haricinde tümör belirteçleri (karsinoembriyjenik antijen, kanser antijen 19-9, alfa-fetoprotein) normal olan olguya tanı ve biyopsi amaçlı endosonografi yapıldı. Ancak kitleye, lokalizasyonu nedeniyle biyopsi yapılamadı. Kromogranin A düzeyi 270 mg/mL olan hastaya pankreas nöroendokrin tümörü şüphesiyle laparoskopik dalak koruyucu distal pankreatektomi yapıldı. Histopatolojik inceleme ile lezyona İPAD tanısı konuldu (Resim 2, 3). Olgu, sorunsuz olarak altıncı günde taburcu edildi.



Resim 1a. Arteriyel fazda elde olunan aksiyel **1b.** Oblik sagittal multiplanar reformat ve **1c.** Venöz fazda elde olunan aksiyel, kontrastlı BT görüntülerinde; pankreas kuyruk kesiminde lokalize olan ve dalak parankimi ile benzer karakterde kontrastlanarak pankreas parankimine göre hiperdens görünümde olan kitle lezyonu.



Resim 2. Rezeke edilen pankreas parankiminde sınırları belirgin kitle lezyonu.



Resim 3. Histopatolojik görüntülerde pankreas dokusunda fibröz kapsül ile çevrili kırmızı ve beyaz pulpanın seçildiği ektopik dalak (H&E).

Tartışma

Aksesuar dalak konjenital olarak splenik dokunun dalaktan ayrı heterotopik lokalizasyonda bulunmasıdır. Genellikle dorsal mezogastriumda lokalize, splenik prekürsör yapının yetersiz füzyonuna bağlı olarak gelişmektedir [2]. Üç bin olguluk bir otopsi serisinde %12,1 oranında aksesuar dalak saptanmış, bunların da %65'inin bir santimetre veya daha küçük olduğu belirlenmiştir [3]. Aksesuar dalak sıklıkla dalak hilusunda veya pankreas kuyruğuna yakın kısımda gözlenir. İPAD, nadir gözlenen bir antite olup literatürde az sayıda olgu bildirilmiştir [4]. İPAD, izole asemptomatik anomali olarak gözlenmesine karşın bazen klinik önem arz etmektedir. Radyolojik olarak nadiren tanınır ve nöroendokrin tümör, pankreatik adenokarsinom, solit psödopapiller tümör, adenom ve metastazlar ile karışabilir [4-7]. Çoğunda, bizim olgumuzda olduğu gibi tanı, cerrahi rezeksiyon sonrası konulur [4, 5]. İPAD genellikle yuvarlak şekilli, iyi sınırlı, BT'de karakteristik olarak homojen kontrastlanan lezyon görünümündedir ve genellikle 2 cm'den küçük boyuttadır [7]. Ancak İPAD'ın BT, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve ultrason bulguları nöroendokrin tümör ya da asiner hücreli karsinom gibi hipervasküler pankreas tümörleri ile oldukça benzer olduğundan görüntülemeye dayalı kesin tanı zor olabilir. Pankreas endokrin tümörlerinin %30-40'ı non-fonksiyone olup hormon düzeylerinin normal olması bu tümörlerin benign olduğunu göstermez. Ayırıcı tanıda oktreotid sintigrafisinin kullanımı, dalak dokusu da somatostatin reseptörlerini ekspres edebildiğinden sınırlıdır [8]. İPAD tanısından şüphe durumunda en spesifik görüntüleme metodu Tc 99m sülfür kolloid ile yapılan nükleer sintigrafidir [9]. Ancak İPAD'ların çoğunun boyutlarının küçük olması ve sintigrafinin BT ve MR'den daha düşük bir anatomik rezolüsyon sağlaması yanlış tanı konulmasına neden olabilir [4, 6]. Ayırıcı tanıda bir diğer yöntem mikrogranüller kullanılarak yapılan kontrastlı ultrasonografidir. Geç fazda granüllerin yalnızca hepatosplenik parankim tarafından tutulması aksesuar dalak ile pankreas tümörünü ayırmaya yardımcıdır [10]. Yine endoskopik ultrason eşliğinde ince iğne aspirasyonu biyopsisi duyarlı bir testtir ancak lezyonun yerleşimi itibarıyla işlem zor olabilir [11]. Laparoskopik distal pankreatektomi, nöroendokrin tümörler, kistik neoplazi ve bazı inflamatuvar hastalıklarda tercih edilmektedir. Splenektominin kombine diğer major abdominal organlarla rezeksiyonu, özellikle enfektif komplikasyonlar olmak üzere postoperatif morbiditede artış ile birlikte. Laparoskopik dalak koruyucu pankreatektomide hem açık cerrahiye hem de laparoskopik spleno-pankreatektomiye göre daha az intraoperatif kan kaybı, daha az postoperatif pankreatik fistül, daha kısa hastanede yatış zamanı ve daha iyi hayat kalitesi gözlenmiştir [12-14]. Yine dalak koruyucu cerrahi uzun dönemde kapsüllü bakterilere bağlı postsplenektomi sepsisini önlemektedir [12].

Asemptomatik intrapankreatik bir kitle saptandığında, dinamik kontrastlı BT incelemesinde tüm fazlarda kitlenin dalak parankimi ile aynı derecede kontrastlanması aksesuar dalak tanısını düşündürmelidir. Ancak birçok tanı aracı olmasına rağmen pankreas tümörüyle ayırıcı tanı zordur. Ayırıcı tanısı şüpheli bu tür olgulara laparoskopik yaklaşım ile postoperatif dönemde avantaj sağlanmaktadır.

Kaynaklar

1. Zeman M, Zembala-Nożyńska E, Sczasny J, Strączyński M, Wideł M. Intrapaneatic accessory spleen imitating a pancreatic neoplasm. *Pol Przegl Chir* 2011; 83: 568-70.
2. Chin S, Isomoto H, Mizuta Y, Wen CY, Shikuwa S, Kohno S. Enlarged accessory spleen presenting stomach submucosal tumor. *World J Gastroenterol* 2007; 13: 1752-4.
3. Halpert B, Gyorkey F. Lesions observed in accessory spleens of 311 patients. *Am J Clin Pathol* 1959; 32: 165-8.
4. Sothilingam N, Leedahl T, Krieglger S, Kanthan R, Moser MA. Intrapaneatic accessory spleen: A case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep* 2011; 2: 128-30.
5. Touré L, Bédard J, Sawan B, Mosimann F. Case note: intrapancreatic accessory spleen mimicking a pancreatic endocrine tumour. *Can J Surg* 2010; 53: E1-2.
6. Guo W, Han W, Liu J, Jin L, Li JS, Zhang ZT, Wang Y. Intrapaneatic accessory spleen: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2009; 15: 1141-3.
7. Kurmann A, Michel JM, Stauffer E, Egger B. Intrapaneatic Accessory Spleen Misdiagnosed as a Nonsecreting Endocrine Tumor: Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Gastroenterol* 2010; 4: 210-4.
8. Brasca LE, Zanello A, De Gaspari A, De Cobelli F, Zerbi A, Fazio F, Del Maschio A. Intrapaneatic accessory spleen mimicking a neuroendocrine tumor: magnetic resonance findings and possible diagnostic role of different nuclear medicine tests. *Eur Radiol* 2004; 14: 1322-3.
9. Sica GT, Reed MF. Case 27: intrapancreatic accessory spleen. *Radiology* 2000; 217: 134-7.
10. Ota T, Ono S. Intrapaneatic accessory spleen: diagnosis using contrast enhanced ultrasound. *Br J Radiol* 2004; 77: 148-9.
11. Lin J, Jing X. Fine-needle aspiration of intrapancreatic accessory spleen, mimic of pancreatic neoplasms. *Arch Pathol Lab Med* 2010; 134: 1474-8.
12. Warshaw AL. Distal pancreatectomy with preservation of the spleen. *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 2010; 17: 808-12.
13. Venkat R, Edil BH, Schulick RD, Lidor AO, Makary MA, Wolfgang CL. Laparoscopic distal pancreatectomy is associated with significantly less overall morbidity compared to the open technique: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg* 2012; 255: 1048-59.
14. Choi SH, Seo MA, Hwang HK, Kang CM, Lee WJ. Is it worthwhile to preserve adult spleen in laparoscopic distal pancreatectomy? Perioperative and patient-reported outcome analysis. *Surg Endosc* 2012 (DOI: 10.1007/s00464-012-2306-4).