

Konjenital gerçek pankreas kisti: nadir bir olgu

Ahmet Kazez, Nusret Akpolat, Ercan Kocakoç, Mehmet Ergun Parmaksız, Ayşe Aysel Köseoğulları

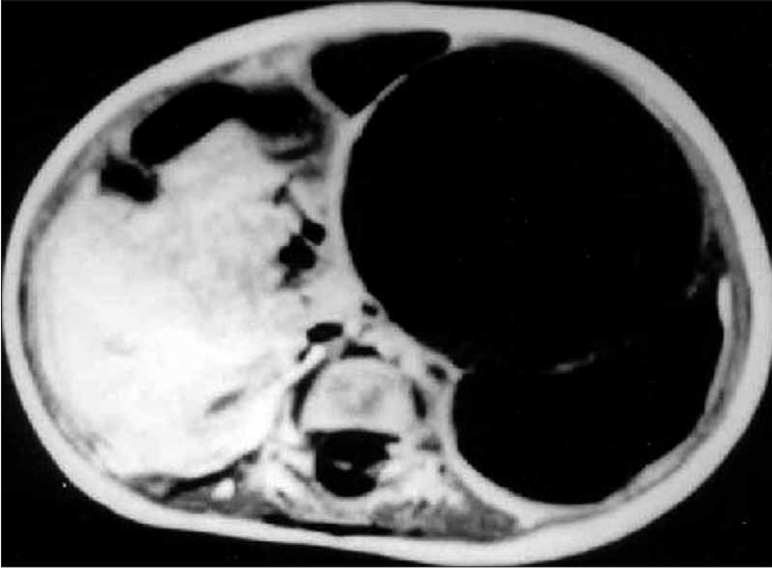
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi (A.K. ✉ akazez@firat.edu.tr, M.E.P., A.A.K.), Patoloji (N.A.) ve Radyoloji (E.K.) Anabilim Dalları, Elazığ.

Travma kaynaklı olmayan pankreas kistleri çocukluk yaş grubunda oldukça nadir görülür ve bu gruptaki tüm pankreas kistlerinin %1'inden daha azı gerçek pankreas kistleridir. Olguların büyük çoğunluğu 2 yaş altında bulgu verirler (1-3). Literatürde sadece 25 olgu konjenital gerçek pankreas kisti olarak tanımlanmıştır ve bunlara ait manyetik rezonans (MR) inceleme bulguları bildirilmemiştir (4). Gerçek kistlerde kist içeriği enzim düzeyleri normal sınırlardadır. Olgu; nadir görülmesi, kist içeriğinde yüksek enzim aktivitesi göstermesi ve MR bulgularının irdelenmesi amacıyla sunuldu.

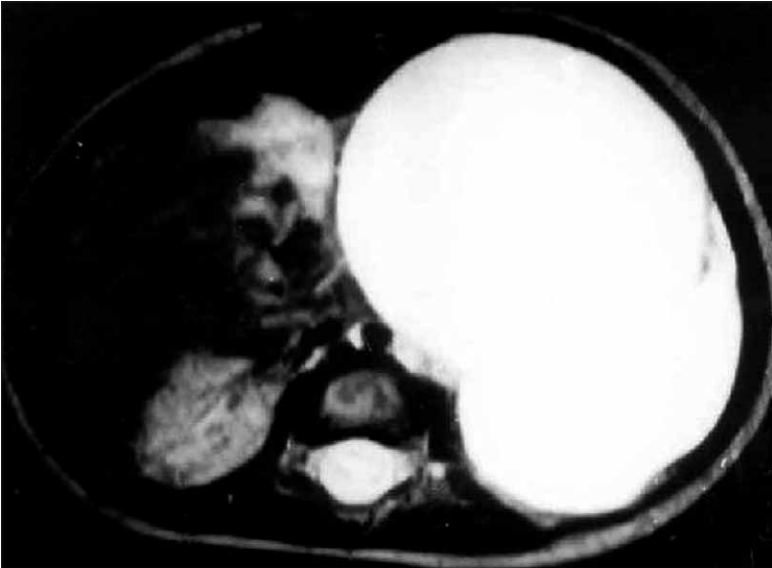
Olgu bildirisi

Dört aylık, 6800 g ağırlığında erkek olgu, yaklaşık bir aydan beri ailesi tarafından fark edilen karın şişliği nedeni ile kliniğimize getirildi. Özgeçmişinde miadında doğmuş olduğu ve doğum sonrası dönemi sorunsuz geçirdiği öğrenildi. Başka bir şikayet tanımlanmayan olgunun fizik muayenesinde genel durumu iyi, aktif, rahat görünümdeydi. Vital bulguları özellik göstermiyordu. Batında sol orta ve alt kadrantları dolduran, mobil, düzgün yüzeyle kitle palpe edildi. Diğer organ-sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde rutin kan ve idrar biyokimyası normal sınırlardaydı. Batın ultrasonografisinde batında orta hattın solundan pelvise kadar uzanan, dalak medialinde, sol böbrek ve dalak komşuluğunda, 9.5x8x6 cm ölçülerinde, bilobule kistik lezyon belirlendi. Batın MR tetkikinde sol böbreği postero-laterale ve dalağı superiyora iten, pankreas korpus ve kuyruğu ile ara planları izlenemeyen, bilobule, kistik, T1 ağırlıklı görüntüde hipo ve T2 ağırlıklı görüntüde hiperintens sinyal özelliğinde kitle tespit edildi (Şekil 1, 2).

Duplikasyon kisti, mezenter kisti veya pankreas kisti ön tanısı ile ameliyata alınan olgunun eksplorasyonunda pankreas kuyruk kısmından köken alan, çevre yapılara yapışıklık göstermeyen, içinde açık sarı renkli kist sıvısı içeren, birbirine bitişik iki adet büyük kistik yapı, devamında da pankreas kuyruğunda milimetrik kistlerin olduğu tespit edildi (Şekil 3). Pankreasın kuyruk kısmı normalden geniş görünümde idi. Dalak koruyucu distal pankreatektomi ile birlikte total kistektomi uygulandı. Ameliyat sonrası sorunsuz seyreden olgu altıncı gün taburcu edildi. Altı aylık takibinde herhangi bir problem gelişmedi.



Şekil 1. Transvers T1 ağırlıklı MR kesitinde, batın sol üst kadranda lobüle konturlu hipointens kitle izleniyor.



Şekil 2. Transvers T2 ağırlıklı MR kesitinde, batın sol üst kadranda lobüle konturlu hiperintens kitle görülüyor.

Histolojik incelemede pankreas kuyruğunda genel olarak basıklaşmış kübik epitel ile döşeli, pankreas dokusu ile iç içe, değişik şekil ve büyüklüklerde kistik boşluklar izlendi (Şekil 4). Kist içeriği sıvının biyokimyasal incelemesinde amilaz değeri 300 U/L olarak bulundu.

Tartışma

Pankreas kistleri; konjenital-gelişimsel kistler, retansiyon kistleri, duplikasyon kistleri, psödokistler, neoplastik kistler ve parazitik kistler olmak üzere altı grupta incelenmektedir (3). İlk üç kist tipi, gerçek kistler olarak da adlan-

dırılmaktadır ve bunların kist duvarlarında gerçek epitel yapısı vardır (5). En sık görülen post travmatik pankreas psödokistlerinde kist duvarında epitel yapısı görülmez (1-3).

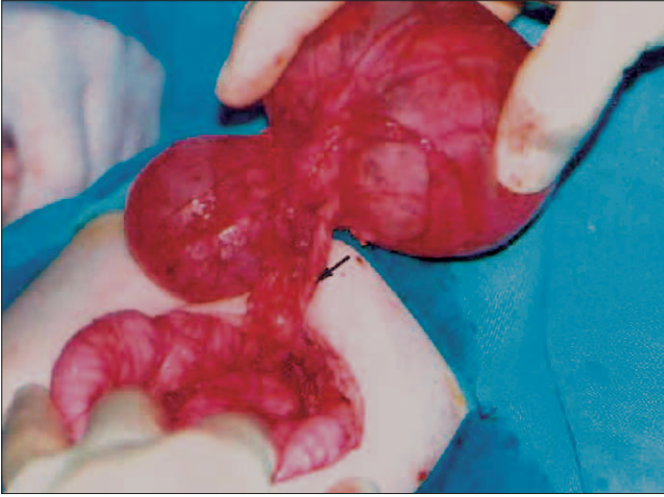
Konjenital pankreas kistleri genellikle iki yaşından önce bulgu verirler. Literatürde bildirilen 25 olgunun çoğu iki yaşın altında tanımlanmıştır (4). Gerçek kistlerin primitif pankreatik duktusların sekestrasyonuna bağlı bir gelişim anomalisi sonucunda oluştuğu kabul edilir (6). Olguda iki büyük kistin yanı sıra pankreas kuyruğuna doğru devamlılık gösteren milimetrik kistler duktal gelişim anomalisi lehine değer-

lendirildi. Ayrıca kist duvarındaki epitel yapısı da gerçek bir kist olduğunu gösterdi.

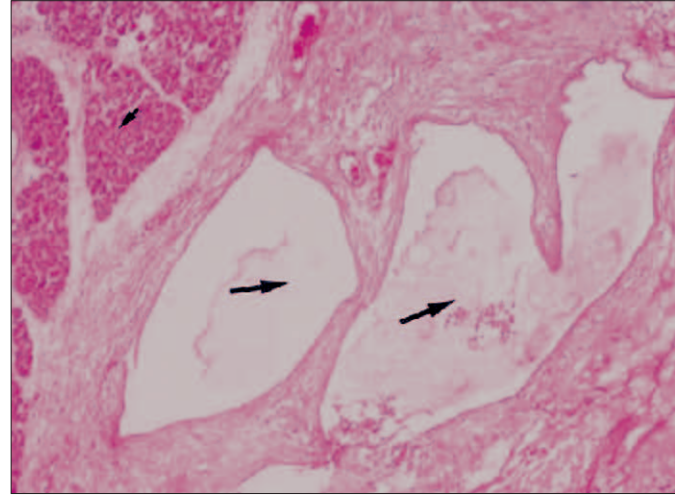
Genellikle asemptomatik olmakla birlikte, karında distansiyon, kusma, sarılık veya pankreatit bulguları gösterebilirler (1, 2). Olguda mevcut kiste bağlı belirgin bir semptom gözlenmemiştir. Gerçek kistlerin en sık yerleşim yeri, pankreas kuyruk veya gövde kısmıdır (%62), baş kısmında yerleşim %32 olguda bildirilmiştir (1). Sunulan olguda gerçek kistin en sık köken aldığı pankreas kuyruğunda yerleştiği belirlendi.

Konjenital kist içeriğinin incelemelerinde genellikle düşük enzim düzeyleri gösterilmiştir (3). Retansiyon kistlerinin ise enzim içeriği oldukça yüksek (1000-3000 U/L) değerlerdedir. Retansiyon kistleri duktal sistemin kronik obstrüksiyonuna sekonder gelişen ve genellikle ileri yaşlarda ortaya çıkan kistlerdir. Histopatolojik olarak konjenital gerçek kistlerden ayırmak zordur. Olguda kist içeriğinde amilaz düzeyi serum değerinden yüksek olarak, 300 U/L olarak bulundu. Kist içeriği sıvıda amilaz değeri normal sınırların üzerinde olmakla birlikte bu değer retansiyon kistlerinde beklenen düzeyin altındadır. Olgunun yaşı da göz önünde bulundurulduğunda kistin konjenital gerçek pankreas kisti olduğu sonucuna varılmıştır.

Abdominal kitlelerin değerlendirilmesinde ultrasonografi kistik-solid ayırımını hızlı ve güvenilir yapabilen bir tetkiktir. Bununla birlikte kitlenin daha iyi lokalize edilmesi için bilgisayarlı tomografi (BT) veya MR görüntülemeye sıklıkla ihtiyaç duyulmaktadır. Dev kitlelerde, kitlenin tam olarak hangi organdan kaynaklandığının gösterilmesinde, MR görüntülemeye yetersiz kalabilmektedir. Ancak kitlenin çevre dokularla ilişkisi ve uzanımlarını, MR tetkikinin multiplanar kapasitesi sayesinde, BT'den daha iyi gösterebileceği kabul edilir. Sunulan olguda MR görüntüleme yapılmış ve T1A ağırlıklı kesitlerde hipo, T2A ağırlıklı kesitlerde de hiperintens sinyal özellikleri ile bu bölgede yerleşen diğer kistik yapılardan ayırt edilemeyen özellikler göstermiştir. Buna rağmen pediatrik olgularda ultrasonografide saptanan



Şekil 3. Ameliyat sırasında bilobüle kistik kitlenin pankreas kuyruğu ile devamlılık gösterdiği dikkati çekiyor (ok: pankreas kuyruğu).



Şekil 4. Histopatolojik olarak normal pankreas dokusu (küçük ok) ve farklı büyüklüklerde, basık kübik epitelle döşeli kistik oluşumlar (büyük oklar) (HEx40) izleniyor.

dev kitlelerin natür ve uzanımlarının değerlendirilmesi için X-ışını kullanılmaması nedeni ile MR görüntülemenin iyi bir seçim olacağını düşünmekteyiz.

Kistlerin tedavisinde imkan varsa total eksizyon tercih edilmektedir. Bu mümkün değilse internal drenaj yöntemleri önerilmektedir (2, 7). Olguda distal yerleşimli kist, dalak korunarak, distal pankreatektomi ile birlikte total olarak çıkarılabilmektedir.

Sonuç olarak; gerçek pankreas kistlerinde kist içeriği enzim düzeyleri beklenenden daha yüksek bulunabilir. MR inceleme bu bölge lezyonlarında kistin kaynaklandığı organı tanımlamada yeterli olamamakla birlikte, CT'ye tercih edilebilir. Cerrahi tedavide mümkünse total eksizyon tercih edilmelidir ve bu sırada dalak korunmalıdır.

Kaynaklar

1. Auringer ST, Ulmer JL, Summer TE, Turner CS. Congenital cyst of the pancreas. J Pediatr Surg 1993; 28:1570-1571.
2. Agarwala S, Lal A, Bhatnagar V, Dinda AK, Mitra DK: Congenital true pancreatic cyst: presentation and management. Tropical Gastroenterology 1999; 20:87-88.

CONGENITAL TRUE PANCREATIC CYST: A RARE CASE

ABSTRACT

Congenital true pancreatic cysts are very rarely seen in children. We report magnetic resonance imaging features of a case of congenital true pancreatic cyst with a high level of enzymatic activity which, to the best of our knowledge, have not previously been reported. A 4-month-old boy was admitted to our clinic with a history of abdominal swelling for one month. A mobile, smooth, non-tender mass was palpated on the left side of the abdomen during physical examination. Ultrasonography and MR imaging revealed a bilobular cystic mass sized 9.5 x 8 x 6 cm. The spleen was displaced superiorly, whereas the left kidney was displaced posteriorly. Obliteration of the peripancreatic fat planes between the cystic mass and tail of the pancreas was observed. During abdominal surgical exploration, the pancreatic tail was larger than normal, and a pancreatic cyst arising from the tail of the pancreas was observed. Total cystectomy was performed with distal pancreatectomy. Although it is extremely rare in children, congenital true pancreatic cysts should be diagnostically considered in cases involving a cystic mass neighboring the pancreas. MR imaging is not helpful in differential diagnosis of other cysts originating from neighboring organs. Total excision with distal pancreatectomy and splenic preservation are advised for distal pancreatic cysts.

Key words: • pancreas • cyst • child • magnetic resonance imaging

Diagn Interv Radiol 2006; 12:31-33

3. Rowe MI, O'Neill JA Jr, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG. Disorders of the Pancreas. In: Essentials of Pediatric Surgery. St.Louis: Mosby, 1995; 663-674.
4. Casadei R, Campione O, Greco VM, Marrano D. Congenital true pancreatic cysts in young adults: case report and literature review. Pancreas 1996; 12:419-421.
5. Daher P, Diab N, Melki I, Abi-Aad G, Korkmaz G. Congenital cyst of the pancreas. Antenatal diagnosis. Eur J Pediatr Surg 6:180-182.
6. Cotran RS, Kumar V, Robbins SL. Robbins Pathological Basis of Disease. 4th ed. Philadelphia: WB-Saunders, 1989; 981-1010.
7. Crowley JJ, McAlister WH. Congenital pancreatic pseudocyst: a rare cause of abdominal mass in a neonate. Pediatr Radiol 1996; 26:210-211.