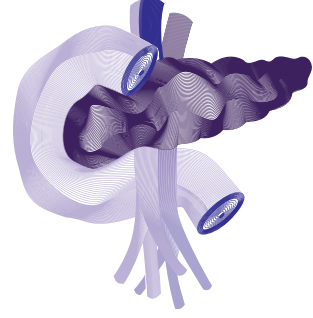


# Bölüm 4

## Pankreasın Endokrin Hastalıkları



Süleyman SÜRMEİ<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Endokrin pankreas neoplazmları göreceli olarak nadirdir sıklığı yaklaşık 5/1000000'tir. Bunlar insülinoma, gastrinoma, VIPoma, glukagonoma, somatostatinoma ve fonksiyonel olmayan adacık hücreli tümörleri olarak sınıflanır. (1)

### İNSÜLİNOMA

Endojen hiperinsülinizme bağlı hipogliseminin en yaygın nedeni olan insülinomalar, pankreasın en yaygın fonksiyonel endokrin neoplazmıdır.(2) İnsülinomalar genel popülasyonda milyonda 1-4 kişide görülür ve tüm pankreas neoplazilerinin %1-2'sini temsil eder. İnsülinomalar her yaşta ortaya çıkabilir ve eşit bir cinsiyet dağılımına sahip olabilir. İnsülinomaların %90 kadarı benigndir, %90'ı soliterdir, > %90'ı intrapancreatik bölgelerde görülür ve %90'ının çapı < 2 cm'dir. İnsülinomalar pankreasın tamamına eşit olarak dağılmıştır. İnsülinomaların çoğu pankreasta bulunur ve hipoglisemiye neden olan ekstrapankreatik insülinomalar oldukça nadirdir (insidans < %2). Ekstrapankreatik insülinomalar en sık duodenal duvarda bulunur. İnsülinomaların etiyojisi ve patogenezi bilinmemektedir.(3)

<sup>1</sup> Uzm Dr. SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, suleymansurmeli75@gmail.com

inhibe ettiği bildirilmiştir. Somatostatin glukagonomalı olgularda semptomları kontrol altına almakta ve alevlenmeleri engellemektedir. Pretrombotik bir hastalık olduğu için hastalara asetil salisilik asit de verilmelidir.(16)

Nonfonksiyone adacık hücreli tümörler:

Pankreatik endokrin tümörlerin çoğu bir veya daha fazla hormon salgılar ve salınan hormonlara bağlı karakteristik klinik semptomlarla neden olurlar. En sık görülen pankreas adacık tümörü insülinomdan sonra 2. Sıklıkta görülen tümörler fonksiyon görmeyen adacık hücreli tümörlerdir. Bunlar boyut ve lokalizasyon nedeniyle sessiz kaldıkları için genellikle tanı konduğunda maligndirler. Bazıları pankreatik polipetit ile boyandıkları için pp düzeyleri yüksektir. Klinik bulgu olmadığından bu tümörler tomografi veya ultrason ile tesadüfen saptanırlar. Bu nedenle tanı anında genellikle büyük boyutlara ulaşırlar ve metastaz yaparlar. Bu tümörler von hippel lindau sendromu gibi diğer MEN sendromları ile birlikte görülebilirler. Nonfonksiyone tümörler yavaş seyirlidir.(1)

## KAYNAKLAR

1. Brunicaudi FC. Schwartz's principles of surgery. ABSITE and board review. Tenth edition. ed. New York: McGraw-Hill Education Medical; 2016. p. p.
2. SERVICE FJ, McMAHON MM, O'BRIEN PC, BALLARD DJ, editors. Functioning insulinoma—incidence, recurrence, and long-term survival of patients: a 60-year study. Mayo Clinic Proceedings; 1991: Elsevier.
3. Öberg K, Eriksson B. Endocrine tumours of the pancreas. Best practice & research Clinical gastroenterology. 2005;19(5):753-81.
4. Noone TC, Hosey J, Firat Z, Semelka RC. Imaging and localization of islet-cell tumours of the pancreas on CT and MRI. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism. 2005;19(2):195-211.
5. Morita S, Machida H, Kuwatsuru R, Saito N, Suzuki K, Iihara M, et al. Preoperative localization of pancreatic insulinoma by super selective arterial stimulation with venous sampling. Abdominal imaging. 2007;32(1):126-8.
6. Shin LK, Brant-Zawadzki G, Kamaya A, Jeffrey RB. Intraoperative ultrasound of the pancreas. Ultrasound quarterly. 2009;25(1):39-48.
7. Suzuki K, Miyamoto M, Miyamoto T, Hirata K. Insulinoma with early-morning abnormal behavior. Internal medicine. 2007;46(7):405-8.
8. Vezzosi D, Bennet A, Fauvel J, Caron P. Insulin, C-peptide and proinsulin for the biochemical diagnosis of hypoglycaemia related to endogenous hyperinsulinism. European Journal of Endocrinology. 2007;157(1):75-83.
9. McAuley G, Delaney H, Colville J, Lyburn I, Worsley D, Govender P, et al. Multimodality preoperative imaging of pancreatic insulinomas. Clinical radiology. 2005;60(10):1039-50.

10. Kann P, Ivan D, Pflutzner A, Forst T, Langer P, Schaefer S. Preoperative diagnosis of insulinoma: low body mass index, young age, and female gender are associated with negative imaging by endoscopic ultrasound. *European journal of endocrinology*. 2007;157(2):209-13.
11. Okabayashi T, Shima Y, Sumiyoshi T, Kozuki A, Ito S, Ogawa Y, et al. Diagnosis and management of insulinoma. *World journal of gastroenterology*. 2013;19(6):829-37.
12. Keller HR, Record JL, Lall NU. Multiple endocrine neoplasia type 1: a case report with review of imaging findings. *Ochsner Journal*. 2018;18(2):170-5.
13. Cingam SR, Botejue M, Hoilat GJ, Karanchi H. Gastrinoma. 2017.
14. Vinik A, Pacak K, Feliberti E, Perry RR. Somatostatinoma. 2015.
15. Sandhu S, Jialal I. ViPoma. *StatPearls [Internet]*. 2021.
16. ALARSLAN P, YILDIRIM A, ÖZKAN D, SALMAN T, AYKAS A, BAŞKAN Z, et al. GLUKAGONOMA: OLGU SUNUMU. *Ege Tıp Dergisi*. 2002;41(4):247-9.