



## PANKREASIN BENİGN LEZYONLARININ HİSTOPATOLOJİSİ

Şirin KÜÇÜK<sup>1</sup>

### AKUT PANKREATİT

Akut pankreatit, klinik olarak akut karın ağrısı, serum amilaz ve lipaz düzeylerinde artış ile karakterize pankreasın inflamatuvar bir hastalığıdır. Bu hastalığın insidansı son 20 yılda artış göstermekte ve Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 200.000'den fazla hastaneye yatıştan sorumlu tutulmaktadır. Hastalığın %80'ini hafif seyreden ve ciddi morbidite olmaksızın düzeler. Ancak vakaların %20'sinde ataklar daha şiddetlidir ve önemli ölçüde artmış morbidite ve mortaliteyle ilişkilidir. Bu antite otopsilerde sık görülmekle birlikte cerrahi patoloğlar tarafından nadiren saptanır. Bazen de, pankreatik neoplazmalar akut pankreatit olarak ortaya çıkar ve pankreatik neoplazmalara komşu akut pankreatit odakları görülebilir (1).

### Klinik Özellikler

Akut pankreatit, tipik olarak sırta yayılan akut sabit ağrı ile karakterizedir. Şiddetli akut pankreatit vakalarında, nekroz periumbilikal bölgeye (Cullen belirtisi) ve karın yan tarafına doğru ilerleyerek bu bölgelerde mavimsi kutanöz lezyonlara neden olur. Tanı, serum amilaz ve lipaz yüksekliğinin gösterilmesiyle doğrulanır (1,2). Ayrıca akut pankreatit tanısını doğrulamak için

sıvı toplanması ve nekroz gibi lokal komplikasyonları göstermek, hastalığın ciddiyetini puanlamak için Kontrastlı Bilgisayarlı Tomografi (BT) kullanılır. Akut pankreatit epizodları hafif ve kendi kendini sınırlayan sadece kısa süreli hastaneye yatış gerektiren klinik bir bulgu oluşturabileceği gibi kalıcı hipovolemi ve çoklu organ disfonksiyonu da oluşturabilir. Hastalığın şiddetini tahmin etmek için bir dizi skorlama sistemi kullanılmaktadır. En yaygın olanı Sıralı Organ Yetmezliği Değerlendirmesi (SOFA) puanı, Ranson kriterleri, Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi (APACHE II) puanlamasıdır (1).

### Etiyoloji ve Patogenez

Akut pankreatitin en yaygın iki tetikleyicisi, ana safra kanalının taşlarla tıkanması ve alkol kullanımımıdır (1,2). Safra taşı kaynaklı pankreatit tipik olarak yaşlı kadınları etkiler. Safra taşları biliyer obstrüksiyonun en yaygın nedeni olmasına rağmen, periampuller tümörler ve pankreas başını tutan neoplazmalar gibi diğer obstrüksiyon türleri de akut pankreatite neden olabilir. Alkole bağlı akut pankreatit olguları ise orta yaş erkeklerde daha sık görülür ve akut pankreatit olgularının yalnızca küçük bir bölümünü (>80 g günlük alım) oluşturur. Deneysel çalışmalarda, pankreasın ekzokrin salgılarında geçici artış,

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Uşak Üniversitesi/Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji AD, ata2012irin53@yahoo.com

oranda yer değiştirdiği görülmektedir. İyi biçimlendirilmiş bir kapsülü yok gibi görünse de, sınırları iyi çizilmiştir. Langerhans adacıkları nispeten korunmuştur ve tipik olarak dağınık ve küçük, ama iyi korunmuş asiner elementler bulunmaktadır. Önemli bir inflamasyon yoktur. Bi-tişik pankreas veya yumuşak doku kompresyon belirtileri saptanabilir. Mikroskopik düzeyde, ana ayırıcı tanı, literatürde bireysel vaka raporları olarak bildirilen iyi diferansiye liposarkomlardır. Ancak olgun lipositlerin varlığı, lezyonun keskin sınırları, lipoblastların olmaması ve lezyon içinde normal pankreas parankiminin bulunması liposarkomu dışlamamıza yarayan bulgulardır (5).

## SONUÇ

Pankreasta neoplastik olmayan birçok patoloji malign bir neoplazmayı taklit eden kistik veya solid kitle oluşturabilir. Preoperatif olarak klinik malign neoplazma tanısı alan ve pankreatektomi yapılan olguların yaklaşık %5 kadarının patolojik incelemesinde nonneoplastik bir lezyon olduğu saptanmıştır. Pankreasta neoplastik olmayan ve psödötümör oluşturan tüm benign lezyonları tanımlamak, akılda tutmak malign neoplazmlardan özellikle de duktal adenokarsinomlardan ve malign kistik neoplazmalardan ayırt etmek için oldukça önemli ve gereklidir.

## KAYNAKLAR

- Deshpande V. (2015). Developmental Disorders of the Gallbladder, Extrahepatic Biliary Tract, and Pancreas. Robert D. Odze, & John R. Goldblum (Eds.), *Odze and Goldblum Surgical Pathology of the GI Tract, Liver, Biliary Tract, and Pancreas* (3<sup>rd</sup> ed, pp.1055-1100). Philadelphia, PA: Elsevier Inc.
- Campbell F, & Verbeke C.S. (2021). *Inflammatory Disorders*. Fiona Campbell, & Caroline S. Verbeke (Eds.), *Pathology of the Pancreas* (2<sup>nd</sup> ed, pp.87-136). Switzerland: Springer
- Torres US, Matsumoto C, Neto ACM, et al. Common and Uncommon Benign Pancreatic Lesions Mimicking Malignancy: Imaging Update and Review. *Semin Ultrasound CT MR*. 2018;39(2):206-219.
- Adsay N, Zamboni G. Paraduodenal Pancreatitis: A Clinico-Pathologically Distinct Entity Unifying ‘Cystic Dystrophy of Heterotopic Pancreas’, ‘Para-Duodenal Wall Cyst’ and ‘Groove Pancreatitis’. *Semin Diagn Pathol* 2005;21:247-254
- Basturk O, Askan G. Benign Tumors and Tumor-like Lesions of the Pancreas. *Surg Pathol Clin*. 2016; 9(4): 619-641.
- Zamboni G, Capelli P, Scarpa A, et al. Nonneoplastic mimickers of pancreatic neoplasms. *Arch Pathol Lab Med*. 2009;133:439-53.
- Chatelain D, Vibert E, Yzet T, et al. Groove pancreatitis and pancreatic heterotopia in the minor duodenal papilla. *Pancreas*. 2005;30(4):92-95.
- Adsay NV, Zamboni G. Paraduodenal pancreatitis: a clinico-pathologically distinct entity unifying “cystic dystrophy of heterotopic pancreas” “para-duodenal wall cyst” and “Groove pancreatitis”. *Semin Diagn Pathol*. 2004;21:247-54.
- Stolte M, Weiss W, Volkholz H, et al. A special form of segmental pancreatitis: ‘groove pancreatitis’. *Hepatogastroenterology* 1982;29:198-208.
- Liu TH, Consorti ET. Inflammatory pseudotumor presenting as a cystic tumor of the pancreas. *Am Surg* 2000;66:993-997.
- Kloppel G, Adsay NV. Chronic pancreatitis and the differential diagnosis versus pancreatic cancer. *Arch Pathol Lab Med*. 2009; 133:382-7.
- Klöppe G. Chronic pancreatitis, pseudotumors and other tumor-like lesions. *Mod Pathol*. 2007; 20:113-131.
- Adsay NV, Bandyopadhyay S, Basturk O, et al. Chronic pancreatitis or pancreatic ductal adenocarcinoma? *Semin. Diagn Pathol*. 2004;21:268-276.
- Castell-Monsalve FJ, Sousa-Martin JM, Carranza-Carranza A. Groove pancreatitis: MRI and pathologic findings. *Abdom Imaging*. 2008; 33:342-8.
- Kalb B, Martin DR, Sarmiento JM, et al. Paraduodenal pancreatitis: clinical performance of MR imaging in distinguishing from carcinoma. *Radiology*. 2013; 269:475-81.
- Casetti L, Bassi C, Salvia R, et al. “Paraduodenal” pancreatitis: results of surgery on 58 consecutive patients from a single institution. *World J Surg*. 2009;33:2664-9.

17. Thomson L.D.R., & Basturk O., & Adsay N.V.(2016). Pankreas. Mills S.E., & Doğusay G.B. (Eds.), Stenberg's Diagnostic Surgical Pathology (çeviri) içinde (6. ed., s.1596-1604 ). İzmir: O'Tip Kitabevi
18. Kerr AA. Cysts and pseudocysts of the pancreas. *Surg Gynecol Obstet.*1918;27:40.
19. Kloppel G. Pseudocysts and other non-neoplastic cysts of the pancreas. *Semin Diagn Pathol.* 2000;17:1-7.
20. Kloppel G, Mailliet B. Pseudocysts in chronic pancreatitis: a morphological analysis of 57 resection specimens and 9 autopsy pancreata. *Pancreas.* 1991;6: 266-274.
21. P. Demetter, L. Verset. Benign, premalignant and malignant pancreatic cystic lesions: the pathology landscape. *Acta gastroenterol. belg.* 2017;80:293-298.
22. N Volkan Adsay. Cystic lesions of the pancreas. *Modern Pathology.* 2007;20:71-93.
23. Kloppel G. Chronic pancreatitis of alcoholic and nonalcoholic origin. *Semin Diagn Pathol.* 2005;21:227-236.
24. Kloppel G. Acute pancreatitis. *Semin Diagn Pathol.* 2005;21:221-226.
25. Habashi S, Draganov P.V. Pancreatic Pseudocyst. *World. J. Gastroenterol.* 2009, 15 : 38-47.
26. Jin YM, Yim H, Choi IJ. Pancreatic serous cystadenoma mimicking pseudocyst. *Yonsei Med J.* 1997;8:63-65.
27. Munoz NA, Takehara H, Komi N, et al. Papillary and cystic tumor of the pancreas possibly concealed within a pseudocyst. *Acta Paediatr JPN.* 1992;34: 316-323.
28. Machado MC, Montagnini AL, Machado MA, et al. Cystic neoplasm diagnosed as pancreatic pseudocyst: report of 5 cases and review of the literature. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo.* 1994;49:246-249.
29. Oehler U, Jurs M, Kloppel G, et al. Osteoclast-like giant cell tumour of the pancreas presenting as a pseudocyst-like lesion. *Virchows Arch.* 1997;431:215-218.
30. Myung SJ, Kim MH, Lee SK, et al. Adenosquamous carcinoma of the pancreas: differentiation from pancreatic pseudocyst. *Gastrointest Endosc* 1998;47: 410-413.
31. Di Sena V, de Paulo GA, Macedo EP, et al. Choledochal cyst mimicking a pancreatic pseudocyst: case report and review. *Gastrointest Endosc.* 2003;58:620-624.
32. Brun A, Agarwal N, Pitchumoni C.S. Fluid collections in and around the pancreas in acute pancreatitis. *J. Clin. Gastroenterol.* 2011;45 : 614-625.
33. Aghdassi A, Mayerle J, Kraft M et al. Diagnosis and treatment of pancreatic pseudocysts in chronic pancreatitis. *Pancreas,* 2008,36 :105-112.
34. HookEy LC, Debroux S, Delhaye M et al. Endoscopic drainage of pancreatic-fluid collections in 116 patients : a comparison of etiologies, drainage techniques, and outcomes. *Gastrointest. Endosc.,* 2006, 63 : 635-643.
35. Kuba H, Yamaguchi K, Shimizu S, et al. Chronic asymptomatic pseudocyst with sludge aggregates masquerading as mucinous cystic neoplasm of the pancreas. *J Gastroenterol.*1998;33:766-769.
36. Brugge W.R. Approaches to the drainage of pancreatic pseudocysts. *Curr. opin. Gastroenterol.,* 2004, 20 : 488-492.
37. Pauser U, Kosmahl M, Kruslin B, et al. Pancreatic solid and cystic hamartoma in adults: characterization of a new tumorous lesion. *Am J Surg Pathol.* 2005;29:797-800.
38. Pauser U, Silva MT, Placke J, et al. Cellular hamartoma resembling gastrointestinal stromal tumor: a solid tumor of the pancreas expressing c-kit (CD117). *Mod Pathol.* 2005;18:1211-1216.
39. Yamaguchi H, Aishima S, Oda Y, et al. Distinctive histopathologic findings of pancreatic hamartomas suggesting their "hamartomatous" nature: a study of 9 cases. *Am J Surg Pathol.* 2013;37:1006-13.
40. Altinel D, Basturk O, Sarmiento JM, et al. Lipomatous pseudohypertrophy of the pancreas: a clinicopathologically distinct entity. *Pancreas.* 2010;39:392-7.