

Pankreasta Lenfanjiyom: Ender Bir Olgu

Pancreatic Lymphangioma: A Rare Case Report

● Ahmet Gökhan Sarıtaş, ● Figen Doran*, ● Kivılcım Erdoğan*, ● Abdullah Ülkü,
● Uğur Topal, ● Hakan Karataş**

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Balcalı Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Adana, Türkiye

*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

**Adana Numune Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Adana, Türkiye

Öz

İntraabdominal bölgede çok nadir görülen lenfanjiyomlar pankreasta kistik kitle şeklinde oluşum göstermektedir. Pankreas kitlelerine yaklaşımda ayırıcı tanıda yer alması gerekmektedir. Preoperatif dönemde teşhis konulması, uygulanacak tedavi yöntemini belirlemede önemlidir. Bu yazıda insidental olarak saptanan pankreatik lenfanjiyom vakasını literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Anahtar Sözcükler: Pankreas, lenfanjioma, kitle

Abstract

Intraabdominal lymphangioma is a rare disease. Pancreatic counterpart occurs as cystic mass and should be kept in mind in cystic pancreatic lesions. It is important to diagnose preoperatively to choose therapy modality. Presenting case is a rare pancreatic lymphangioma which was diagnosed incidentally.

Keywords: Pancreas, lymphangioma, mass

Giriş

Lenfanjiyomlar, lenfatik kanalların konjenital malformasyonlarıdır. Genellikle servikal ve aksiller bölgede görülür. İntraabdominal lenfanjiomalar nadir (1/100.000) görülen benign tümörlerdir (1). Pankreas yerleşimli lenfanjiyom çok nadir olup rapor edilen olguların % 1 'inden azını oluşturur (2). İlk kez 1913 yılında Koch tarafından tanımlanmıştır. Pankreatik lenfanjiyom tüm yaş gruplarında görülebilir ve kadınlarda daha sık görülürler (3). Kistik ve kavernöz olmak üzere iki tipi vardır (1-3).

Kitle nedeniyle nonspesifik semptomlar görülebilir. Enfeksiyon, rüptür gibi komplikasyonlara bağlı semptom verebilir ya da asemptomatik vakalar insidental olarak saptanabilir (2,3). Ultrasonografi (USG), Bilgisayarlı Tomografi (BT) veya Magnetik Rezonans (MR) gibi görüntüleme yöntemleri ile pankreasın diğer kistik-solid lezyonlarından ayrılması güçtür; bu nedenle preoperatif tanı koymak zordur (4). Tanıda biyopsinin yeri önemlidir

ancak kesin tanı cerrahi eksizyon sonrası histopatolojik inceleme ile konur. Tedavisi total eksizyondur (2-5).

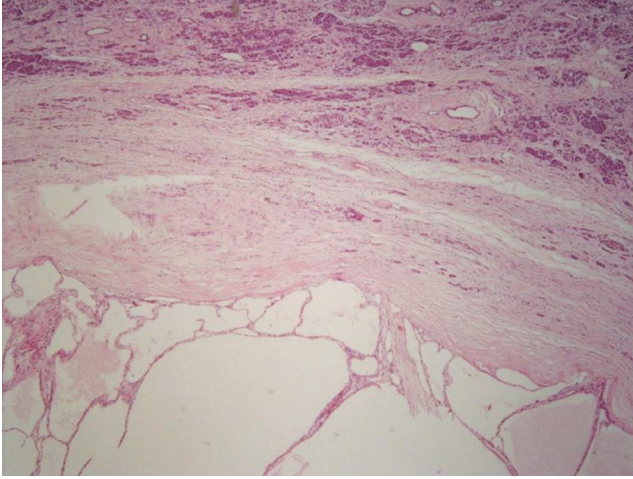
Olgu

Elli dokuz yaşında bayan hasta kliniğimize epigastrik ağrı, bulantı, kusma ve ateş şikayeti ile başvurdu. Bilinen DM, HT ve morbid obezite hastalığı mevcut. Fizik muayenede epigastrik bölge ve sağ üst kadranda defans, rebound ve hassasiyet saptandı. Hastanın Vücut Kitle İndeksi 46 kg/m² olması nedeniyle direkt grafi haricinde görüntüleme yapılamadı. Ateşi olan hasta akut kolesistit, safra kesesi ampiyemi tanısıyla operasyona alındı ve kolesistektomi yapıldı. Eksplozasyonda pankreas gövde yerleşimli 7x4,5 cm boyutlarında egzofitik, kistik kitle saptandı ve total eksize edildi. Yapılan histopatolojik incelemede pankreas dokusunda yerleşmiş, yer yer sınırları düzenli, ince fibröz septalarla birbirinden ayrılmış, yassılaştırmış epitelle döşeli kistik boşluklar görüldü. Lümenlerinde ve septalarda

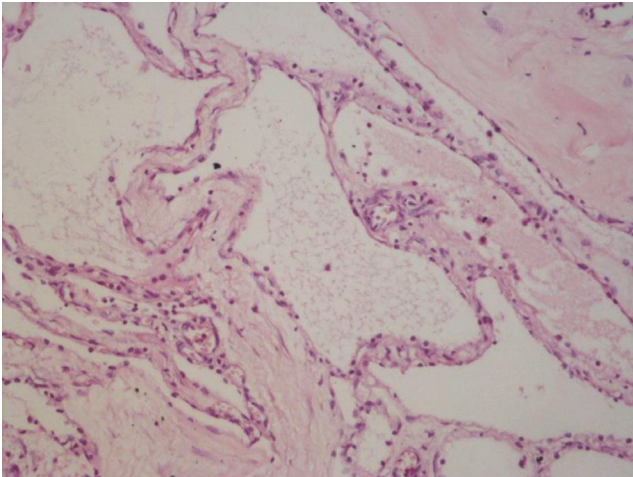
matür lenfosit varlığı izlendi. Bu morfolojik bulgularla olgu lenfanjiyom olarak değerlendirildi.

Tartışma

Pankreatik lenfanjiyomlar konjenital malformasyon nedeniyle gelişen lenfanjiyektazi ve lenfatik akım obstrüksiyonu ile karakterize, yavaş büyüme paterni gösteren tümörlerdir (6-9). Genellikle kitlenin bası etkisi, bulantı, kusma ve abdominal ağrı gibi nonspesifik semptomlarla klinik gösterebilir. USG, BT, MR görüntüleme, lenfanjiyomun preoperatif görüntülemesinde kullanılmasına rağmen kesin tanı koymada yetersiz kalabilir (4). Görüntüleme çalışmaları lenfanjiyomun



Resim 1. Üstte pankreas dokusundan iyi bir sınırla ayrılan, altta ince septasyonlu kistik boşluklar görülmektedir. (H&E, X40).



Resim 2. İnce septasyonlu kistik boşlukların tek tabakalı yer yer yassılaştırmış, yer yer kübik endotel hücreleri ile döşeli olduğu, boşluklar içinde ve septumda seyrek lenfosit varlığı görülmektedir. (H&E, X200).

basit kist, kistadenoma ve kistadenokarsinomadan ayırıcı tanısında faydalıdır (7). İlk tetkik olarak kullanılan USG ile retroperitoneal bölgeyi değerlendirmek zordur. BT görüntüleme lezyonun yapısı, boyutu, kalsifikasyon içeriği, diğer anatomik yapılarla olan ilişkisi, kapsül varlığı gibi özelliklerini tanımlamada faydalıdır. MR görüntüleme BT'ye göre kitle morfolojisi hakkında daha az bilgi verebilir ama kistin pankreatik kanal ile olan ilişkisini belirlemede iyi bir tetkiktir (10,11). Endoskopik USG lezyonun preoperatif dönemde daha iyi karakterize edilmesinde kullanılabilir. İnce iğne Aspirasyon Biyopsisi (İİAB) tümör hücreleri ve/veya atipik lenfositlerin görülmesine, sıvıdan tümör markerları ve amilaz ölçümüne olanak sağlar (10-12). Kesin tanı cerrahi sonrası histopatolojik inceleme ile konur (7-12).

Histopatolojik incelemede değişken boyutlarda, tek sıralı hücre tabakası ile döşeli kistik boşluklarla karakterizedir. Stromada lenfositler bulunabilir. Kapsül ile çevrili olmadığı için genellikle eksizyonu zordur. İmmünohistokimyasal yöntemle döşeyici epitelin natürü aydınlatılabilir. CD 31, CD 34 ve D2-40 ile pozitif immünreaksiyon gösterir (8-12) (Resim 1, 2).

Lenfanjiyom benign lezyon olarak kabul edilmesine rağmen boyut artışı, komşu organlara bası etkisi, lenfatik fistül ve rekürrens ihtimali nedeniyle komplet rezeksiyon uygulanmalıdır (13,14,15). Daltrey ve ark. komplet rezeksiyon uygulanan olgularda %7 oranda rekürrens tespit etmiştir (16). Hebra ve ark. parsiyel rezeksiyon uygulanan pankreas yerleşimli lenfanjiyom olgularında, cerrahi sonrası ortalama 2 yıllık takipte rekürrens oranını % 50 olarak belirlemişlerdir (17). Seçilecek cerrahi yöntem, tümör yerleşimine, boyutuna ve komplikasyon durumuna bağlı olarak eksizyondan Whipple prosedürüne kadar değişiklik gösterebilir (7,16,18). Laparoskopik eksizyon seçilmiş ve komplike olmayan olgularda tercih edilebilir (8-13).

Ayırıcı tanıda pankreatik psödokist, müsinöz kistadenom, kistik karsinoma ve konjenital neoplazmlar düşünülmelidir (15-18).

Kaynaklar

1. Takiff H, Calabria R, Yin L et al. Mezenteric cysts and intra-abdominal cystic lymphangiomas. Arch Surg 1985; 120:1266-9.
2. Colovic RB, Grubor NM, Micev MT et al. Cystic lymphangioma of the pancreas. World J Gastroenterol 2008;14:68
3. Shon BK, Cho CH, Chae HD. Cystic lymphangioma of the pancreas. J Korean SurgSoc 2011; 81: 141-5.
4. Abdolhasan Talaiezhadeh, Nastaran Ranjbari, Mohammad Bakhtiari. Pancreatic Lymphangioma as a Rare Pancreatic Mass: A Case Report Iran J CancerPrev. 2016 February; 9(1):e3505.doi: 10.17795/ijcp-3505

5. Sabo Tanimu, Rafiullah, Jeffrey Resnick et al . Peripancreatic cystic lymphangioma diagnosed by endoscopic ultrasound/ fine-needle aspiration : a rare mesenchymal tumour BMJ Case Rep 2013. doi:10.1136/bcr-2013-200210
6. Paal E, Thompson LD, Heffess CS. A clinicopathologic and immunohistochemical study of ten pancreatic lymphangiomas and a review of the literature. *Cancer*.1998 Jun 1;82(11):2150-8
7. Koenig TR, Loyer EM, Whitman GJ et al. Cystic lymphangioma of the pancreas. *AJR Am J Roentgenol*.2001;177(5):1090. doi: 10.2214/ajr.177.5.1771090. [PubMed: 11641176].
8. Gures N, Gurluler E, Alim A et al . Cystic pancreatic lymphangioma. *Rare Tumors*. 2012;4(2):27. doi: 10.4081/rt.2012.e27.
9. Fahimi H, Faridi M, Gholamin S et al. Cystic lymphangioma of the pancreas: diagnostic and therapeutic challenges. *JOP*. 2010;11(6):617–9. [PubMed: 21068498].
10. Yang DM, Jung DH, Kim H et al . Retroperitoneal cystic masses: CT, clinical, and pathologic findings and literature review. *Radiographics*2004;24: 13531365.
11. Brugge WR, Lauwers GY, Sahani D, et al. Cystic neoplasms of the pancreas. *N Engl J Med*2004; 351: 12181226.
12. Khalid A, Nodit L, ZahidM et al. Endoscopic ultrasound fine needle aspirate DNA analysis to differentiate malignant and benign pancreatic masses. *Am J Gastroenterol*2006; 101: 24932500.
13. Bonhomme A, Broeders A, Oyen RH et al. Cystic lymphangioma of the retroperitoneum. *ClinRadiol* 2001;56:156-8.
14. Iwabuchi A, Otaka M, Okuyama A, et al. Disseminated intra-abdominal cystic lymphangiomatosis with severe intestinal bleeding: a case report. *J Clin Gastroenterol* 1997;25:383-6.
15. Steyaert H, Guitard J, MoscoviciJ et al. Abdominal cystic lymphangioma in children: benign lesions that can have a proliferative course. *JPediatrSurg* 1996;31:677-80.
16. I. R. Daltrey and C. D. Johnson. Cystic lymphangioma of the pancreas . *Postgraduate Medical Journal*1996;vol. 72, no. 851, pp. 564–566.
17. A. Hebra, M. F. Brown, K. M. Mc Geehin et al .“Mesenteric, omental, and retroperitoneal cysts in children: a clinical study of 22 cases,”*Southern Medical Journal* 1993; vol. 86, no. 2, pp. 173–176.
18. Vikram Bhatia, Archana Rastogi, Sundeep Singh Saluja et al. Cystic pancreatic lymphangioma. The first report of a preoperative pathological diagnosis by endoscopic ultrasoundguided cyst aspiration. *JOP. J Pancreas (Online)* 2011 Sep 9; 12(5):473-476.