

## МИКРОЦИСТИЧНИ АДЕНОМ ПАНКРЕАСА

Радоје ЧОЛОВИЋ, Никица ГРУБОР, Марјан МИЦЕВ, Наташа ЧОЛОВИЋ,  
Томица МИЛОСАВЉЕВИЋ

1. Институт за болести дигестивног система Клиничког центра Србије, Београд

**КРАТАК САДРЖАЈ:** Микроцистични аденом је веома редак бенигни тумор панкреаса без малигног потенцијала, који се најчешће јавља код старијих жена. Бол, губитак у тежини тела, палпабилан тумор и жутица (када је тумор локализован у глави панкреаса) водећи су симптоми и знаци. Захваљујући савременој дијагностици (*US, CT, FNB*) тумор се све чешће открива и пре хируршке операције тачно се дијагностикује. Лечи се комплетном ексцизијом. С обзиром да нема малигног потенцијала, и када нема тешких симптома, код ризичних болесника хируршко лечење није неопходно, али болесника треба контролисати. Аутори приказују 70 година стару жену код које је испитивањем због скоро сталних болова у епигастријуму откривен мултицистичан тумор тела панкреаса, промера 58 × 40 *mm*, који је одстрањен дисталном панкреатектомијом. Хистолошким прегледом дијагностикован је микроцистични аденом. Три године после хируршке операције болесница је без тегоба и с нормалним клиничким налазима.

*Кључне речи:* панкреас, микроцистични аденом. (СРП АРХ ЦЕЛОК ЛЕК).

### УВОД

Цистаденоми панкреаса су ретки тумори. Компањо (*Compaño*) и Ортел [1, 2] поделили су их 1978. године на микроцистичне (серозне) и макроцистичне (муцинозне) цистаденоме. Макроцистични аденоми се јављају код млађих жена и знатног су малигног потенцијала, а микроцистични се јављају код старијих жена и нису малигног потенцијала. Захваљујући бољој дијагностици, цистаденоми се све чешће откривају и тачно дијагностикују и пре хируршке интервенције.

### Приказ болеснице

Жена, стара 70 година, пензионер, примљена је у болницу 16.09.1997. године због благих али скоро сталних болова у епигастријуму. Иначе, пре 12 година лечена је због улкуса желуца. Код болеснице се повремено јављају суправентрикуларне екстрасистоле. Осим тога, болује од блажег облика Паркинсонове болести. Сем благе осетљивости у епигастријуму, клинички налаз на абдомену био је нормалан. Сви лабораторијски налази су били у границама нормал-



СЛИКА 1. Приказан је *ERCP* на коме је део панкреасног вода у телу ирегуларан и скоро невидљив. Остали део панкреасног вода је нормалног изгледа.

FIGURE 1. ERCP where the part of the duct in the body of the pancreas is irregular and almost invisible. The rest of the duct is normal.

них опсега; седиментација крви 28/*h*. Ултрасонографијом у жучној кеси виђен је конкремент, промера 21 *mm*. Панкреас је у целини био нехомоген, с калцификацијама у пределу репа, који је иначе био нешто волуминознији (око 26 *mm*, а у телу панкреаса уочена је солидно-цистична промена, промера 58 × 40 *mm*. У околини није било увећаних лимфних жлезда. На ендоскопској ретроградној холангиопанкреатографији постојао је прекид панкреасног вода у пределу тела, који се затим приказивао све до репа панкреаса (Слика 1). На компјутеризованом томограму виђена је туморска промена у телу панкреаса, без увећаних жлезда у околини и без знакова секундарних депозита у јетри (Слика 2).

Болесница је хируршки оперисана 09.10.1997. године кроз медијалну лапаротомију. У телу панкреаса нађен је добро ограничен тумор који није пробијао капсулу нити инфилтровоа околне структуре. Није било увећаних жлезда у околини. Јетра и други органи су били без промена. Учињена је типична дистална панкреатектомија са спленектомијом, а због калкулозе и холецистектомија. Постоперациони ток је протекао без компликација. Три године после хируршке операције болесница је без икаквих тегоба и с нормалним ултрасонографским налазом.

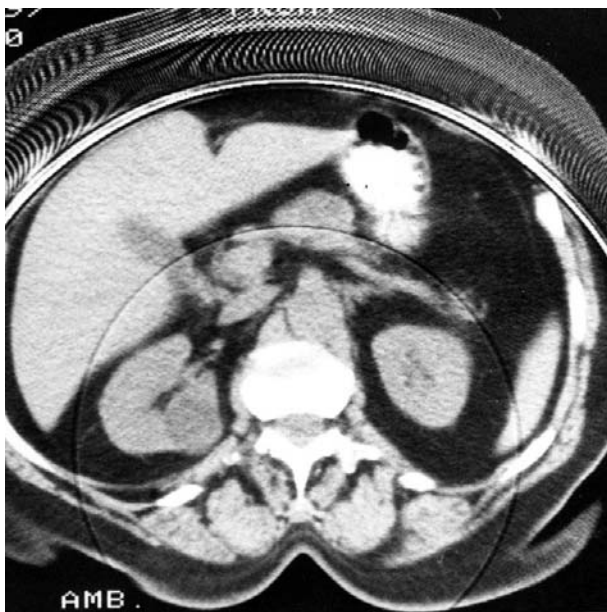
*Патолошки налаз:* Ресецирани део панкреаса, промера 120 × 25 × 20 *mm*, масе 55 грама. У пределу тела, 10 *mm* од ресекционе линије, нађен је релативно јасно ограничен нодулусни тумор, промера 35 × 25 × 20 *mm*, сунђерасто-шупљикаве грађе на пресеку, сивобеличасте боје, с бистрим местимично сукривавим течним садржајем у шупљинама. Околни паренхим је био типичне лобуларности и светлосмеђе боје. Микроскопски налаз: јасно ограничени али неинкапсулисани тумор, састављен од великог броја комуникантних, микроцистичних формација, промера 0,1-3 *mm*, највише до 7 *mm*. Цисте су обложене једноредним нискокубичастим или спљоштеним до заравњеним епителом, који услед десквамације често недостаје или је непрепознатљив, односно тешко се разликује од ендотела у појединим подручјима (Слика 3). Епител је несекрециони, а сасвим ретко показује минималну ПАС-позитивност интрацитоплазматског материјала (Слика 4). Лумен је празан или је садржавао дискретну и фини мрежицу протеинског ексудата, а ретко и елементе екстравазације из крвних судова. Околна строма цистичног тумора је везивна и хипоцелу-

на, фокусно складиштена, с минималним инфламационим дифузним мононуклеарним инфилтратом, ретко показујући мање остатке инзуларних резидуа, као и дуктусних и васкуларних елемената панкреаса. Око панкреаса је зона склероатрофије. Жлезде из околине су без патохистолошких промена.

Закључна патохистолошка дијагноза: *Adenoma microcysticum pancreatis. Scleroatrophia pancreatis peritumoris secundaria.*

### ДИСКУСИЈА

Микроцистични аденом је веома редак тумор који се, захваљујући савременим дијагностичким методама, све чешће открива [3]. Ови тумори чине мање од један посто тумора панкреаса [4]. Тумори потичу из



СЛИКА 2. Туморска промена у телу панкреаса приказана помоћу СТ.

FIGURE 2. A mass within the body of the pancreas.

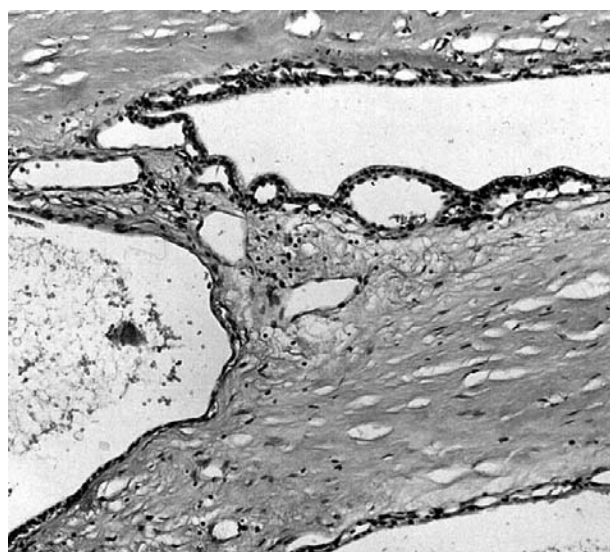


СЛИКА 3. Тумор је мултилокуларне, цистичне грађе с обложним простим једноредним епителом (HE, 64x).

FIGURE 3. Histological examination showed multilocular microcystic organization. Cysts have single layer of cuboidal epithelium. (HE, 64x).

егзокриног панкреаса [5], највероватније од дуктусних [6] или центроацинусних ћелија [6-8]. Типично се јављају код старијих жена [9, 10], што је био случај и с нашом болесницом. Обично су средње величине, али могу бити и знатно већи. Чешће расту спорије, али могу расти и брзо [6, 11, 12]. Тумор је добро ограничен и састоји се од безбројних малих цисти које на пресеку дају изглед саћа [11, 12]. Цисте су обложене кубоидним ћелијама богатим гликогеном, не садрже муцин и нису малигног потенцијала [7, 8]. Веома ретко садрже и миоепителне ћелије [13]. Тумори могу бити локализовани у целом панкреасу, али су чешћи у телу и репу [9]. Калцификације у тумору се јављају код око трећине болесника [14].

Бол у трбуху, обично сталан, губитак у тежини тела, жутица (при локализацији тумора у глави панкреаса) и палпабилан тумор најчешћи су симптоми и знаци. Није редак случај да је тумор асимптомски и да се открива случајно [9, 12]. Тачна преоперациона дијагноза поставља се с растућом учесталошћу [11], иако понекад може бити веома тешка и непоуздана [6]. На ултрасонографији обично се види мешовити, претежно мултицистичан изоехогени тумор [11, 12], с централним калцификованим ожилком. Код 10-20 посто болесника [14, 12], компјутеризовани томограм показује типичну слику хиперваскуларизованог тумора, с ниском атенуацијом (скоро као вода), а кад се примени контраст јавља се типично појачање [12]. Компјутеризоване томографије денситометријске вредности одражавају мешавину везивног ткива и течности [11]. Ендоскопском ретроградном холангиопанкреатографијом могу се открити мултипле цисте које комуницирају с панкреасним водом, дајући алвеолни изглед [15]. Биопсија фином иглом (FNB) често је, али не и увек, корисна у постављању преоперационе дијагнозе [6]. Захваљујући споменутиим методама тачна преоперациона дијагноза могућа је у већини случајева [11].



СЛИКА 4. Микроцисте и макроцисте показују кубични и несекрециони епител серозног типа (HE, 100x).

FIGURE 4. Macrocystic and microcystic cavities are lined by non-secretory cuboidal epithelium. (HE, 100x).

## MICROCYSTIC ADENOMA OF THE PANCREAS

R. CHOLOVITSH, N. GRUBOR, M. MICEV, N. CHOLOVITSH, T. MILOSAVLJEVITSH

1. Institute of Gastrointestinal Diseases, Clinical Centre of Serbia, Belgrade

Microcystic adenoma of the pancreas is a rare benign tumour of the pancreas without malignant potential which usually appears in older women. Pain, weight loss, palpable mass and jaundice (if the tumour is localized in the head of the pancreas) are the main symptoms. Thanks to the modern imaging techniques (US, CT, FNB) the tumour is discovered and with rising frequency exactly preoperatively diagnosed. Surgical excision is the treatment of choice. In risk patients without symptoms surgery is not necessary but patients have to be regularly followed-up. The authors present a 70-year old woman in whom, because of constant epigastric pain, a multicystic mass of the pancreatic body, 58 × 40 mm in diameter, was discovered and removed by distal pancreatectomy. The spleen could not be saved. Histologic

examination showed a microcystic adenoma. Three years after surgery the patient is symptom-free with normal ultrasonographic findings.

*Key words:* Pancreas, microcystic adenoma. (SRP ARH CELOK LEK).

RADOJE ČOLOVIĆ

Institut za bolesti digestivnog sistema,

Klinički centar Srbije

11 000 Beograd, Koste Todorovića 6.

Tel.: 011/361-0-715, lok. 133.

Терапија је хируршка. Да би се спречио локални рецидив тумора неопходна је комплетна ексцизија тумора [6]. При локализацији у телу панкреаса неопходна је дистална панкреатектомија, коју смо и ми учинили код нашег болесника, а при локализацији у глави панкреаса цефалична дуоденопанкреатектомија [16]. Приликом операције неопходан је преглед целог панкреаса да би се искључио коегзистентан карцином панкреаса [17]. Пошто нема малигни потенцијал, када је болесник ризичан и асимптомски хируршка операција није неопходна, али је потребно болесника редовно контролисати ултразвуком и компјутеризованом томографијом [4, 9, 12, 18].

## ЛИТЕРАТУРА

1. Compagno J, Oertel AE. Microcystic adenomas of the pancreas (glycogen-rich cystadenomas): a clinicopathologic study of the 34 cases. *Am J Clin Pathol* 1978;69:289-98.
2. Compagno J, Oertel AE. Mucinous cystic neoplasms at the pancreas with overt and latent malignancy (cystadenocarcinoma and cystadenoma). A clinicopathologic study of 41 cases. *Am J Clin Pathol* 1978;69:573-80.
3. Schmidt U, Donhuijsen K, Lohr H, Kort J. Cystic pancreas adenoma. On the clinical relevance of histologic typing. *Z Gastroenterol* 1989;27:140-4.
4. Torres-Barrera G, Fernandez-Del Castillo C, Reyes E, Robles-Diaz G, Campuzano M. Microcystic adenoma at the pancreas. *Dig Dis Sci* 1987;32:454-8.

5. Eabenz J, Borsch G, Rotzsch V, Breining H. Serous (microcystic) pancreatic adenoma. *Fortschr Med* 1989;107:473-6.
6. Raviolo C, Porta E, Berta V, Schiaffino E, Guarneri A. Microcystic serous cystadenoma of the pancreas. Enucleation or regulated pancreatic resection? *Minerva Chir* 1993;48:1269-74.
7. Stamm B. Cystic neoplasms of the pancreas. Pathologico-anatomic study of 15 pancreatic tumors. *Schweiz Med Wochenschr* 1984;114:660-6.
8. Vilgrain V, Menu Z, Lorphelin JM, Nahum H. Pancreatic cystadenomas. Pitfalls and limitations of radiologic diagnosis. *J Radiol* 1987;68:455-63.
9. Algard M, Ponsot P, Hautefeuille M et al. Pancreatic cystadenoma: diagnostic value of ultrasonics and x-ray computed tomography. *Gastroenterol Clin Biol* 1986;10:23-8.
10. Pike J, Ehsani MT. Microcystic adenoma of the pancreas-an incidental finding. *Australas Radiol* 1989;33:404-5.
11. Rossi A, Ferrozzi F, Maccarini PA et al. Pancreatic cystic neoplasms. Echographic, CT aspects and differential diagnosis. *Radiol Med (Torino)* 1988;76:425-33.
12. Buck JL, Hayes WS. From the archives to the AFIP. Microcystic adenoma of the pancreas. *Radiographies* 1990;10:313-22.
13. Nyongo A, Huntrakoon M. Microcystic adenoma of the pancreas with myoepithelial cells. A hitherto underscribed morphologic feature. *Am J Clin Pathol* 1985;84:114-20.
14. Johnson CD, Stephens DH, Charboneau JW, Carpenter HA, Welch TJ. Cystic pancreatic tumors: CT and sonographic assessment. *Am J Roentgenol* 1988;151:1133-8.
15. Samel S, Horst F, Decker H et al. Serous adenoma of the pancreas with multiple microcysts communicating with the pancreatic duct. *HPB Surg* 1998;11:43-9.
16. Freitag M, Schonlebe J, Pollack T, Ludwig K. Microcystic adenoma of the pancreas-a case report. *Zentralbl Chir* 1998;123:89-91.
17. Montag AG, Fossati N, Michelassi F. Pancreatic microcystic adenoma coexistent with pancreatic ductal carcinoma. A report of the two cases. *Am J Surg Pathol* 1990;14:352-5.
18. Healy JC, Davies SE, Reznick RH. CT at microcystic (serous) pancreatic adenoma. *J Comput Assist Tomogr* 1994;18:146-8.

Рукопис је достављен уредништву 16. I 2001. године