

Pancreatectomia corporeocaudală cu prezervarea splinei într-un caz de tumoră solidă pseudopapilară de pancreas

C. Burcoveanu¹, M. Costache¹, C. Velicescu¹, L. Radu¹, D. Ferariu², A. Pricop³

¹Clinica IV Chirurgie, Spitalul Universitar "Sf. Spiridon", UMF Iași, România

²Serviciul de Anatomie Patologică, Spitalul Universitar "Sf. Spiridon", UMF Iași, România

³Clinica Radiologică, Spitalul Universitar "Sf. Spiridon", UMF Iași, România

Rezumat

Tumorile pseudopapilare pancreatice reprezintă aproximativ 1-2% din totalul tumorilor pancreatice exocrine, în literatură studiile despre acest tip de tumoră fiind limitate. Prezentăm cazul unei paciente de sex feminin de 18 ani internată pentru o simptomatologie abdominală nespecifică, diagnosticată cu tumoră pancreatică corporeală de aproximativ 3-4 cm. Se intervine chirurgical și se practică pancreatectomie corporeocaudală cu prezervarea splinei, examenul anatomopatologic relevând o tumoră pseudopapilară de pancreas. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă. Pancreatectomia corporeocaudală cu prezervarea splinei a fost indicată datorită vârstei pacientei.

Cuvinte cheie: tumora pancreatică pseudopapilară, pancreatectomie distală, prezervare de splină

Abstract

Distal pancreatectomy with spleen preservation in a pseudopapillary pancreatic tumor case

Pseudopapillary pancreatic tumors represent about 1-2% of all exocrine pancreatic tumors, studies in the literature about this type of tumor is limited. We present a female patient of 18 years hospitalized for nonspecific abdominal

symptoms, diagnosed with corporeal pancreatic tumor approximately 3-4 cm. It takes practice surgical distal pancreatectomy with spleen preservation, pathological examination revealing a pseudopapillary pancreatic tumor. Postoperative evolution was favorable. Distal pancreatectomy with spleen preservation was indicated due to patient age.

Key words: Pseudopapillary pancreatic tumors, distal pancreatectomy, spleen preservation

Introducere

Tumora solidă pseudopapilară de pancreas este o entitate rară descrisă în literatura de specialitate. Este alcătuită din celule monomorfice ce formează structuri solide și pseudopapilare dezvoltând frecvent chisturi cu hemoragie intrachistică. Această tumoră are potențial malign scăzut, fiind de obicei o tumoră benignă.

Este o tumoră a cărei incidență a crescut în ultimii ani. Reprezintă aproximativ 1-2% din totalul tumorilor pancreatice exocrine. Predomină la adolescente și femeile tinere (vârsta medie 35 ani) iar la bărbați este foarte rară.

Etiologia este neclară. Se pare că este corelată cu unele tulburări endocrine, în special cu creșterea producției de estrogeni și progesteroni (1). Nu are o localizare preferențială la nivelul pancreasului.

Cazul studiat

Pacienta N.D-N de 18 ani, sex F, din mediul rural, județul Galați, elevă se internează pentru simptomatologie

Correspondență: Conf. Dr. C. Burcoveanu
Clinica a III a Chirurgică Spitalul "Sf. Spiridon"
Bd. Independenței nr. 1, 700111, Iași, România
E-mail: constantin_burcoveanu@yahoo.com

nespecifică: dureri lombare (predominant stânga) cu iradiere anterioară spre FIS și FID, flanc stâng, greață. Pacienta nu prezintă APP nici AHC semnificative, nefumătoare.

Din examenul clinic reținem o pacientă cu stare generală bună, normoponderală, afebrilă, orientată temporo-spațial, cu tegumente și mucoase normal colorate. Restul examenului clinic pe aparate și sisteme nu relevă modificări patologice. La examenul local se constată un abdomen suplu, mobil cu respirația, dureros spontan și la palpare în flancul și fosa iliacă stângă, fără semne de iritație peritoneală, cu tranzit intestinal fiziologic și schiță de Girdano + pe partea stângă.

Examenele paraclinice – fără modificări hematologice, biochimice, de coagulare și urinare. Examenul echografic relevă o formațiune chistică de 3,5/3,5 cm cu septuri groase la interior care prezintă limită de demarcație cu corpul gastric (Fig. 1).

Examenul RMN relevă o formațiune rotundă, bine delimitată localizată la nivelul corpului pancreatic (36 mm diametru) venind în contact cu mica curbura gastrică, aspect sugestiv pentru tumoră chistică mucinoasă pancreatică (Fig. 2, 3).

Am propus intervenția chirurgicală clasică cu anestezie generală și IOT. Laparotomie mediană cu patrunderea în cavitatea peritoneală. Se pătrunde în bursa omentală prezervând arcada marii curburi gastrice. Se evidențiază o tumoră chistică cu conținut hematic de aprox 4-4,5 cm la nivelul corpului pancreasului, perfect încapsulată, cu plan de clivaj practicabil, fără adenopatii sau determinări secundare, în raport cu vasele splenice. Se disecă tumora care prezintă plan de clivaj cu artera și vena splenică. Se continuă disecția dinspre hilul splinei. Ligatura tuturor colateralelor arteriale spre pancreas ale arterei splenice (Fig. 4) precum și ligatura colateralelor venoase ce provin de pe fața posterioară a pancreasului la vena splenică. Secțiunea istmului pancreatic și închiderea bontului cu fir surjet tip Mayo, drenaj 1 tub bursa omentală. (Fig. 5, 6)

Evoluția postoperatorie este lent favorabilă cu suprimarea tubului de dren în ziua 4 postoperator (aprox 50 ml serohematic), reluarea tranzitului intestinal în ziua 3 postoperator, dar cu apariția unei jene dureroase abdominale și lombare în ziua a 7 postoperator. La examenul echografic de control în ziua 9 postoperator se evidențiază flux prezent în vasele splenice (Fig. 7) și apariția unei colecții retrogastrice de 13/6 cm în contact cu polul inferior al splinei (Fig. 8) ce diminuează progresiv, pacienta externându-se în ziua 16 postoperator. La 6 săptămâni postoperator pacienta revine la control, menținându-se o colecție retrogastrică (observație pseudochist de pancreas) de aproximativ 6-7 cm, asimptomatică, cu tendință la închistare.

Examenul anatomopatologic relevă la nivel microscopic o proliferare tumorală cu arhitectură papilară preponderentă și monomorfism celular cu creșterea în fond larg, fiind delimitate de o capsulă hialinizată. Proliferarea celulară este constituită din elemente celulare poliedrice, ce mărginesc structurile papilare și conțin o stromă hialină și vase de talie mică. Nucleii celulelor rotunzi sau ovalari prezintă cromatina uniform dispersată și pleomorfism nuclear redus. Mitozele sunt reduse. Se mai remarcă prezența unor arii de necroză hemoragică și

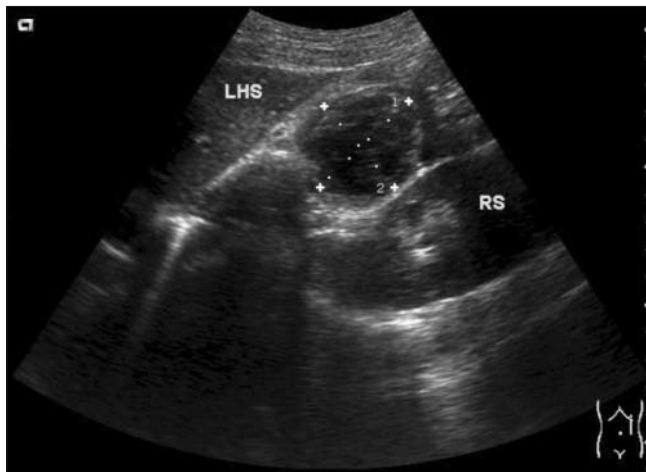


Figura 1. Formațiune chistică de 3,5/3,5 cm cu septuri groase la interior care prezintă limită de demarcație cu corpul gastric. (Colecție Clinica Radiologică – Dr. Adriana Pricop)

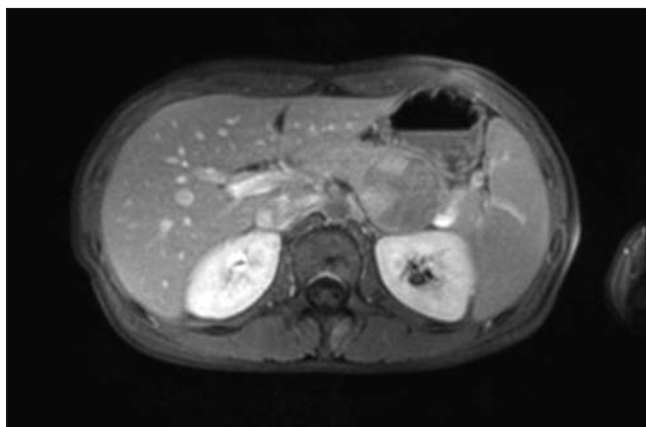


Figura 2. Formațiune rotundă, bine delimitată localizată la nivelul corpului pancreatic (36 mm diametru) venind în contact cu mica curbura gastrică, aspect sugestiv pentru tumoră chistică mucinoasă pancreatică (Colecția Hiperdia Galați)



Figura 3. Formațiune rotundă, bine delimitată localizată la nivelul corpului pancreatic (36 mm diametru) venind în contact cu mica curbura gastrică, aspect sugestiv pentru tumoră chistică mucinoasă pancreatică (Colecția Hiperdia Galați)

Figura 4. Ligatura tuturor colateralelor arteriale spre pancreas ale arterei splenice



Figura 5. Piesa operatorie

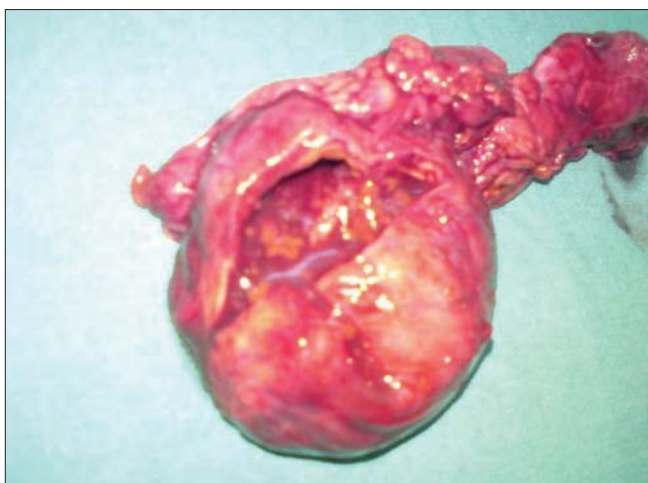


Figura 6. Piesa operatorie

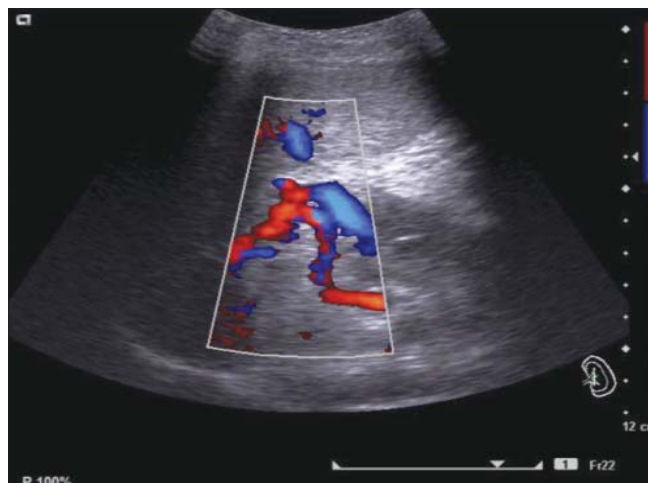


Figura 7. Examenul echografic de control în ziua 9 postoperator evidențiază flux prezent în vasele splenice (Colecție Clinica Radiologică – Dr. Adriana Pricop)

izolate focare ce infiltrază țesutul pancreatic adiacent. Imunohistochimie: Citokeratina AE1/AE3 - pozitiv difuz în tumoră și țesutul pancreatic adiacent; Citokeratina 7 - slab pozitiv zonal în tumoră, pozitiv în elementele ductale pancreatice adiacente; vimentin pozitiv difuz în tumoră;

NSE - pozitiv difuz în tumoră; Ki 67 pozitiv în rare celule. Aspectele morfologice și IHC pot corespunde unei tumori solide pseudopapilare pancreatice fără semne de malignitate.

Discuții

Tumora solidă pseudopapilară de pancreas este o tumoră pancreatică rară ce apare ca o masă solitară, rotundă, adesea fluctuantă cu suprafața lobulată, zone hemoragice și necroză (2); ocazional forma cistico-hemoragică poate fi confundată cu pseudochistul de pancreas. De asemenea peretele tumorii poate conține calcificări (3,4).



Figura 8. Apariția unei colecții retrogastrice de 13/6 cm în contact cu polul inferior al splinei (Colecție Clinica Radiologică – Dr. Adriana Pricop)

Tumora mai este denumită în literatură, tumora Franz sau tumora Hamoudi. Franz este primul care a descris-o în 1959 ca "tumoră papilară de pancreas benignă sau malignă"(5). De la descrierea a cinci cazuri în 1982 de către Kloppel (6) au fost descrise ulterior numeroase cazuri. În literatura engleză Lam și colaboratorii (7) au raportat un număr de 452 de cazuri.

Criteriile de malignitate nu au fost încă stabilite clar, dar se pare că invazia perineurală, angioinvasia și invazia profundă a țesuturilor adiacente ar indica un comportament malign.

Un studiu efectuat la Memorial Sloan-Kettering Cancer Center New York în 2000 indică (8) prin studii anatomo-patologice și de microscopie electronică faptul că imunofenotipul celulelor tumorale nu este specific și nu definește nici o linie diferențiată a vreunui tip celular pancreatic.

Studiile din literatură nu sunt foarte numeroase și experiența cu acest tip de tumoră se pare că este limitată. Astfel, într-un studiu (9) apărut în revista HPB T.B. Patil & Co arată că dintr-un număr de 14 cazuri analizate, 13 au beneficiat de intervenție chirurgicală ce au constatat în DPC, și pancreatomei corporeocaudale cu splenectomie și un singur caz cu preservarea splinei (10,11).

Tratamentul de elecție în acest tip de tumoră este cel chirurgical de pancreatomei cu sau fără preservarea splinei. Am considerat oportună în cazul de față pancreatomei corporeocaudală cu preservarea splinei. Se poate realiza atât clasic cât și laparoscopic. Tehnica pancreatomei distale a fost descrisă pentru prima dată de către Mayo în 1913 iar cea cu preservarea splinei în 1948 de către Mallet-Guy și Vachon. Pancreatomei distală cu preservarea splinei se poate realiza în două variante tehnice: cu preservarea vaselor splenice sau fără preservarea lor (12). În 1988 Warshaw descrie tehnica fără preservarea arterei și venei splenice (13). Noi am folosit tehnica pancreatomei distale cu preservarea splinei și a vaselor splenice deoarece considerăm că prin sacrificarea vaselor splenice crește riscul complicațiilor postoperatorii (infarcte splenice, durere, abces splenic). De asemenea se poate începe disecția dinspre istmul pancreatic spre hilul splinei sau invers (cum am procedat în cazul de față).

Un alt studiu mai amplu ce analizează un număr de 553 de cazuri din China (14) a fost publicat în World J. Gastroenterology; în acest studiu nu se precizează dacă s-a preservat și splina în pancreatomei distale efectuate.

Teoria histogenezei este controversată dar s-a stabilit diviziunea în 3 mari categorii: celule ductale pancreatice, celule acinare și celule embrionare. Tumora pseudopapilară solidă de pancreas este tipic pozitivă pentru vimentin, enolază neuron specifică $\alpha 1$ antitripsină și $\alpha 1$ antichimotripsină (15,16). Aceste rezultate imunohistochimice pot diferenția o tumoră pseudopapilară de pancreas de o tumoră (neuro)endocrină de pancreas (2,17).

Concluzii

Fiind o tumoră cu potențial malign scăzut și având o frecvență maximă la persoanele de vârstă tânără considerăm că în localizările distale, la tumorile bine încapsulate, prezentând un plan de clivaj eficient, este indicația de elecție pancreatomei

distală corporeocaudală cu preservarea splinei și a vaselor splenice, aceasta evitând complicațiile specifice ale lipsei splinei (infecțioase, trombotice, etc).

Bibliografie

1. Stanley R. Hamilton, Lauri A. Aaltonen. World Health Organization Classification of Tumours - Pathology and Genetics of Tumours of the Digestive System. IARCPress; p. 246-248.
2. Vilcea ID, Vasile I, Mirea C, Mesină C, Calota F, Pasalega M, et al. Pancreatic true cysts - diagnosis and treatment difficulties. *Chirurgia (Bucur)*. 2011;106(3):389-94.
3. Kamat RN, Naik LD, Joshi RM, Amrapurkar AD, Shetty TS. Solid pseudopapillary tumor of the pancreas. *Indian J Pathol Microbiol*. 2008;51(2):271-3.
4. Ionescu M, Ciurea S, Stanel I, Neamțu T, Zaharia C, Popescu I. Diagnostic evaluation and surgical therapy in pancreatic pseudocysts with acute intracystic hemorrhage. *Chirurgia (Bucur)*. 1999;94(6):453-58.
5. Franz VK. Tumors of the pancreas. Atlas of tumor pathology: fasc 27-28, ser 7. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology; 1959. p. 32-33.
6. Klöppel G, Morohoshi T, John HD, Oehmichen W, Opitz K, Angelkort A, et al. Solid and cystic acinar cell tumor of the pancreas: a tumor in young women with favourable prognosis. *Virchows Arch A Pathol Anat Histol*. 1981;392(2):171-83.
7. Lam KY, Lo CY, Fan ST. Pancreatic solid-cystic-papillary tumor: clinicopathologic features in eight patients from Hong Kong and review of the literature. *World J Surg*. 1999;23(10): 1045-50.
8. Klimstra DS, Wenig BM, Heffess CS. Solid-pseudopapillary tumor of the pancreas: a typically cystic carcinoma of low malignant potential *Semin Diagn Pathol*. 2000;17(1):66-80
9. Patil TB, Shrikhande SV, Kanhere HA, Saoji RR, Ramadwar MR, Shukla PJ. Solid pseudopapillary neoplasm of the pancreas: a single institution experience of 14 cases. *HPB (Oxford)*. 2006;8(2):148-50.
10. Pătrașcu T, Doran H, Belușică L, Prunaiche M, Mușat O, Vereanu I. Cystic lesions of the pancreas. *Chirurgia (Bucur)*. 2005;100(6):563-71. [Article in Romanian]
11. Nemeș R, Georgescu I, Mărgăritescu D, Săftoiu A, Chiutu L, Georgescu E, et al. The pancreatic pseudocyst - late complication of the severe acute pancreatitis. Therapeutic options. *Chirurgia (Bucur)*. 2006;101(3):259-65. [Article in Romanian]
12. Distal pancreatectomy with conservation of the spleen. Ionescu M, Bărbuță S, Stroescu C, Ciurea S, Popescu I. *Chirurgia (Bucur)*. 2003;98(1):69-74.
13. Lee SY, Goh BK, Tan YM, Chung YF, Cheow PC, Chow PK, et al. Spleen-preserving distal pancreatectomy *Singapore Med J*. 2008;49(11):883-5.
14. Yu PF, Hu ZH, Wang XB, Guo JM, Cheng XD, Zhang YL, Xu Q. Solid pseudopapillary tumor of the pancreas: A review of 553 cases in Chinese literature; *World J Gastroenterol*. 2010;16(10): 1209-14.
15. Kosmahl M, Seada LS, Jänig U, Harms D, Klöppel G. Solid-pseudopapillary tumor of the pancreas: its origin revisited. *Virchows Arch*. 2000;436(5):473-80.
16. Ionescu M, Dumitrașcu T, Stroescu C, Ciurea S, Pietrăreanu D, Mitulescu G, et al. Central pancreatectomy - indications, technique, outcomes. *Chirurgia (Bucur)*. 2005;100(5):429-35.
17. Bostanoglu S, Otan E, Akturan S, Hamamci EO, Bostanoglu A, Gokce A, Albayrak L. Frantz's tumor (solid pseudopapillary tumor) of the pancreas. A case report. *JOP*. 2009;10(2):209-11.