

ნინო ხვიჩია ^{1,2}, ირმა ჯიქია ², თეიმურაზ ჯორბენაძე ², ლექსო ლაგვილავა ³
**კუჭქვეშა ჯირკვლის სოლიდურ – ფსევდოპაპილური სიმსივნის კლინიკური და
 მორფოლოგიური დიაგნოსტიკის საკითხისათვის**

¹კ. ერისთავის სახელობის ქირურგიის ეროვნული ცენტრი; ²ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, მედიცინის ფაკულტეტი, პათოლოგიისა და სასამართლო მედიცინის კათედრა; ³კავკასიის მედიცინის ცენტრის ქირურგიული დეპარტამენტი; თბილისი, საქართველო.

Doi: <https://doi.org/10.52340/jecm.2023.06.15>

NINO KHVICHIA ^{1,2}, IRMA JIKIA ², TEIMURAZ JORBENADZE ², LEKSO LAGVILAVA ³

**THE CLINICAL AND MORPHOLOGICAL DIAGNOSIS OF A SOLID-PSEUDOPAPILLARY TUMOR
 OF THE PANCREAS**

¹K. D. Eristavi National Center of Surgery; ²Ivane Javakhishvili Tbilisi State University; ³Caucasus Medical Centre, Department of Surgery; Tbilisi, Georgia.

SUMMARY

Solid-pseudopapillary tumor or papillary cystic neoplasm of the pancreas accounts for 1-2% of non-endocrine tumors of this organ. First described in 1959, it is more common among young women. Tumor symptoms - loss of appetite, vomiting, nausea, low back pain, compression on adjacent organs are characteristic. Sometimes clinically silent tumor, can be found during clinical investigations. Macroscopically, the tumor is encapsulated, often localized in the tail and body of the pancreas. Vascularized solid-cystic structures with pseudo-papillary formations are characteristic. The histogenesis of the tumor is unknown.

For 5 years out of 39 cases of pancreatic pathology, two cases (5.0%) of solid pseudopapillary tumor were revealed. Both patients were female. In both cases, a radical operation was performed. Based on histopathological and immunohistochemical studies, the solid-pseudopapillary tumors of the pancreas were established. The verification of the diagnosis needs an immunohistochemical study of biopsy and operational material.

Keywords: pancreas, pseudopapillary tumor, diagnosis

კუჭქვეშა ჯირკვლის სოლიდურ-ფსევდოპაპილური სიმსივნე (სფპს) უცნობი გენეზის, ავთვისებიანობის დაბალი ხარისხის იშვიათი ახალწარმონაქმნია, რომელიც უხშირესად აღინიშნება ახალგაზრდა ქალებში, იშვიათად მამაკაცებსა და ბავშვებში. იგი შეადგენს პანკრეასის ეგზოკრინული ნაწილის სიმსივნეების 1-2%-ს, თუმცა, უკანასკნელ წლებში აღინიშნება მისი სიხშირის ზრდის ტენდენცია. ამ წარმონაქმნის სინონიმებია: სოლიდურ-ცისტური სიმსივნე, პაპილურ-ცისტური სიმსივნე, სოლიდურ-პაპილური სიმსივნე [2,8,14,15]. იგი პირველად აღწერა ვ.ფრანტცმა 1959 წელს, რის გამოც მას ფრანტცის სიმსივნესაც უწოდებენ [1].

სფპს შემოფარგლული წარმონაქმნია, რომელიც უფრო ხშირად ლოკალიზებულია პანკრეასის კუდში, იშვიათად თავსა და სხეულში. ამასთანავე, ზოგიერთ შემთხვევაში სიმსივნის დიდი ზომებისა და მიმდებარე ანატომიურ სტრუქტურებთან შეხორცების გამო ზუსტი ლოკალიზაციის დადგენა შეუძლებელია [5,13].

სფპს ხშირად მიმდინარეობს უსიმპტომოდ და შემთხვევით ვლინდება ავადმყოფის გამოკვლევის დროს. იშვიათად აღინიშნება დისკომფორტი მუცლის არეში, მწვავე მუცლის, ან პანკრეატიტის სიმპტომები. შემთხვევათა 5-15%-ში აღინიშნება მეტასტაზები ღვიძლში, ლიმფურ კვანძებსა და პერიტონეუმში. სიმსივნის სრული რეგეცის შემთხვევაში პროგნოზი კეთილსაიმედოა, არამართო პროცესის ლოკალური გავრცელებისას, არამედ მეტასტაზების არსებობის დროსაც [4,6,7,9,11].

აღწერილია პანკრეასის ექტოპირებული ქსოვილიდან სფპს-ს ექსტრაორგანული ლოკალიზაციის შემთხვევები ღვიძლში, ბადექონსა და მსხვილი ნაწლავის ჯორჯალში [10,12,13].

ჰისტოლოგიურად სფპს ხასიათდება სოლიდური და ცისტური შენებით, ვასკულარიზაციითა და დეგენერაციული ფსევდოპაპილების წარმოქმნით [3,11].

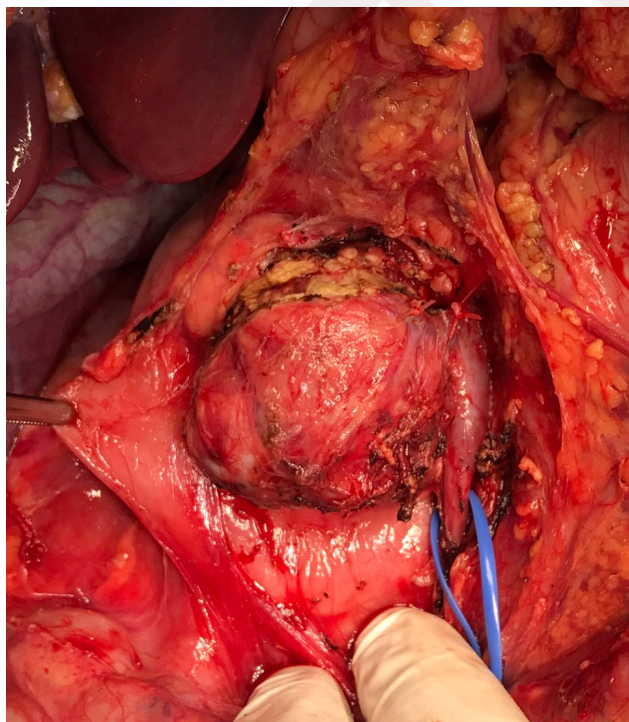
მნიშვნელოვან სირთულეს წარმოადგენს დიფერენციალური დიაგნოსტიკა სუჰს და ავთვისებიანობის 1-2 ხარისხის ნეიროენდოკრინულ სიმსივნეს შორის. ნეიროენდოკრინული სიმსივნისათვის არ არის ტიპური სუჰს-თვის დამახასიათებელი დეგენერაციული ცვლილებები ფსევდოპაპილების წარმოქმნით, ქათვისებრი მაკროფაგებისა და ქოლესტერინის კრისტალების არსებობა. სოლიდურ-ფსევდოპაპილურ სიმსივნეს არ ახასიათებს დადებითი რეაქცია ქრომოგრანინზე, ვიმენტინის დიფუზური, ინტენსიური ექსპრესია და ბეტა-კატენინის ანომალური ბირთვულ-ციტოპლაზმური ექსპრესია, რაც მნიშვნელოვანია სუჰს-ის განსხვავებისათვის ნეიროენდოკრინულისგან [3].

კერისთავის სახელობის ქირურგიის ეროვნულ ცენტრში 5 წლის (2015-2019წწ.) განმავლობაში კუჭქვეშა ჯირკვლის პათოლოგიის 39 შემთხვევიდან ორ შემთხვევაში (5%) გამოვლენილ იქნა სოლიდურ-პაპილური სიმსივნე.

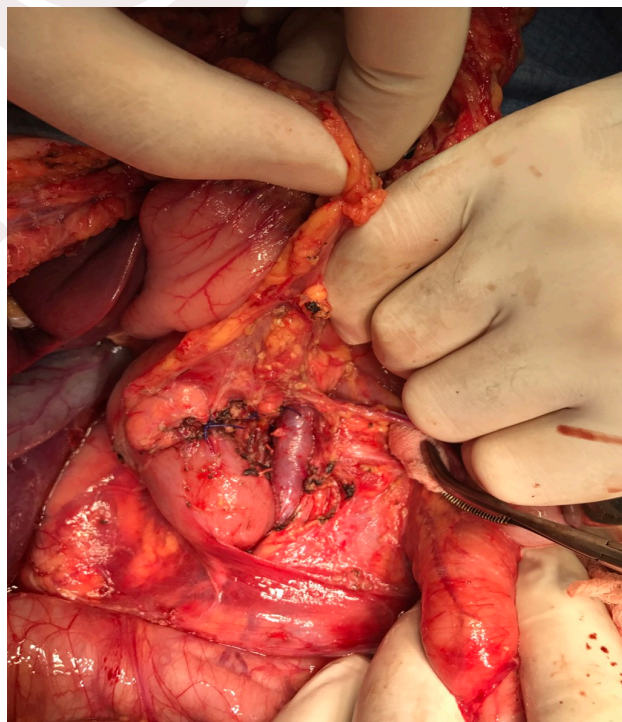
პირველი შემთხვევა – ავადმყოფი მდედრობითი სქესის, 16 წლის, კლინიკაში შემოვიდა მუცლის არეში ტკივილებისა და საერთო სისუსტის გამო. კლინიკური გამოკვლევების საფუძველზე გამოვლენილი იქნა სიმსივნური წარმონაქმნის არსებობა პანკრეასის თავში (სურ. 1.) წარმოებულ იქნა ბიოფსია. მიკროსკოპული გამოკვლევის საფუძველზე დასმულ იქნა პარაგანგლიომის დიაგნოზი. ჩატარდა ოპერაცია – სიმსივნის ამოკვეთა ლიმფურ კვანძებთან ერთად (სურ. 2, 3).



სურ. 1.



სურ. 2.



სურ. 3.

მაკროსკოპულად – სიმსივნე 4,5X4,0X5,0სმ, ინკაფსულირებული, მომკვრივო კონსისტენციის, განაკვეთის ზედაპირზე აღინიშნება თეთრი და ყვითელი ფერის უბნები, სისხლჩაქცევისა და ქსოვილის რღვევის კერები, კაფსულის სისქე – 0,5სმ (სურ. 4.).



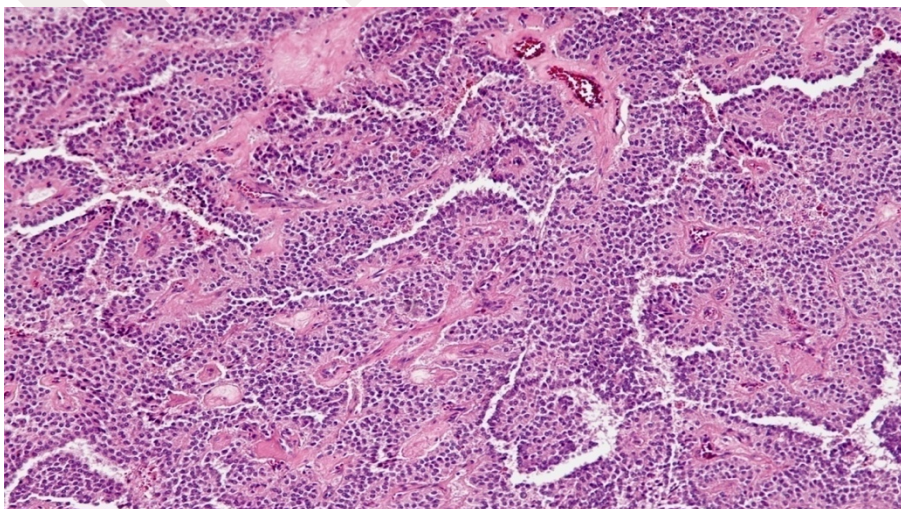
სურ. 4.

მიკროსკოპულად ჰემატოქსილინითა და ეოზინით შეღებილ ანათლებში სისხლჩაქცევებისა და ნეკროზის კერების ფონზე გამოვლინდა ფსევდოპაპილური სტრუქტურები, რომლებიც როზეტების მსგავსად განლაგებულია თხელკედლიანი სისხლძრღვევის ირგვლივ.

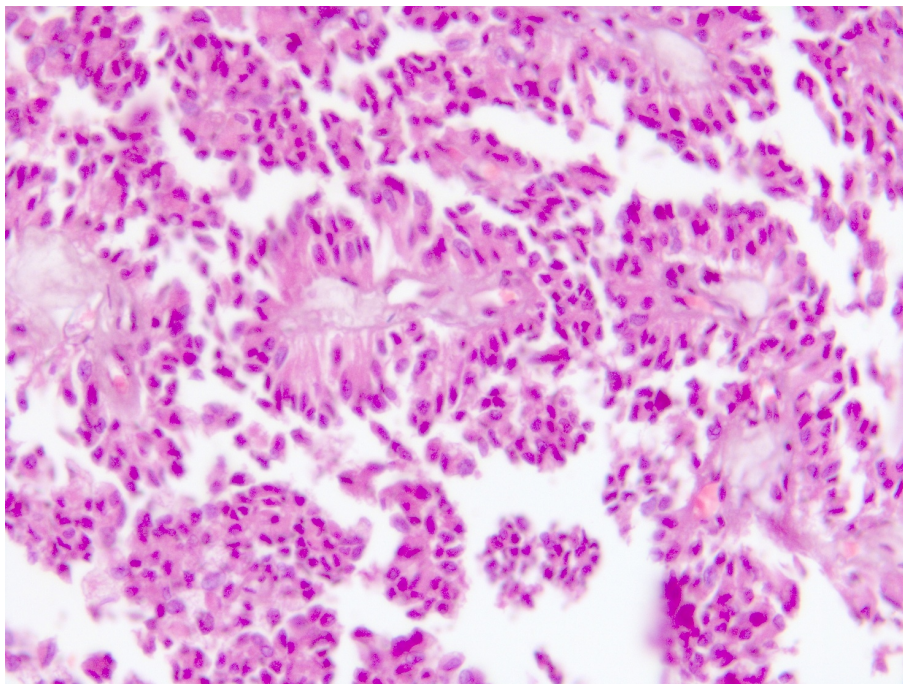
პროცესის საბოლოო ვერიფიკაციის მიზნით ჩატარებული იქნა ოპერაციული მასალის იმუნოჰისტოქიმიური გამოკვლევა შემდეგი მოლეკულური მარკერების გამოყენებით - beta Catenin, Vimentin, Chromogranin, Cyclin D1, CD10, SOX11. იმუნოჰისტოქიმიური გამოკვლევების საფუძველზე დასმული იქნა დიაგნოზი – კუჭქვეშა ჯირკვლის სოლიდურ-პაპილური სიმსივნე.

მეორე შემთხვევა – ავადმყოფი მღერობითი სქესის, 43 წლის, კლინიკაში შემოვიდა მუცლის არემი ტკივილებისა და საერთო სისუსტის გამო. ანამნეზში მარცხენამხრივი ჰემიკოლექტომია მსხვილი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნის გამო. პაციენტი იმყოფება ონკოლოგის მეთვალყურების ქვეშ. კომპიუტერული ტომოგრაფიით დადგენილ იქნა პანკრეატექტომია და სპლენექტომია. მაკროსკოპულად – სიმსივნე 7,0/3,5სმ, ინკაფსულირებული, მკვრივი კონსისტენციის, განაკვეთის ზედაპირზე თეთრი და ყვითელი ფერის უბნები, სისხლჩაქცევები. მიკროსკოპულად ჰემატოქსილინითა და ეოზინით შეღებილ ანათლებში გამოვლინდა ნეკროზის კერები, სისხლჩაქცევები, კარგად გამოხატული ლიმფოციტურ-უჯრედული ინფილტრაცია, მრგვალი ბირთვებით, კუბოიდური უჯრედების სოლიდური კერები, ფსევდოპაპილური სტრუქტურების წარმოქმნით, შემაერთებული ქსოვილის გამრავლება (სურ. 5, 6, 7).

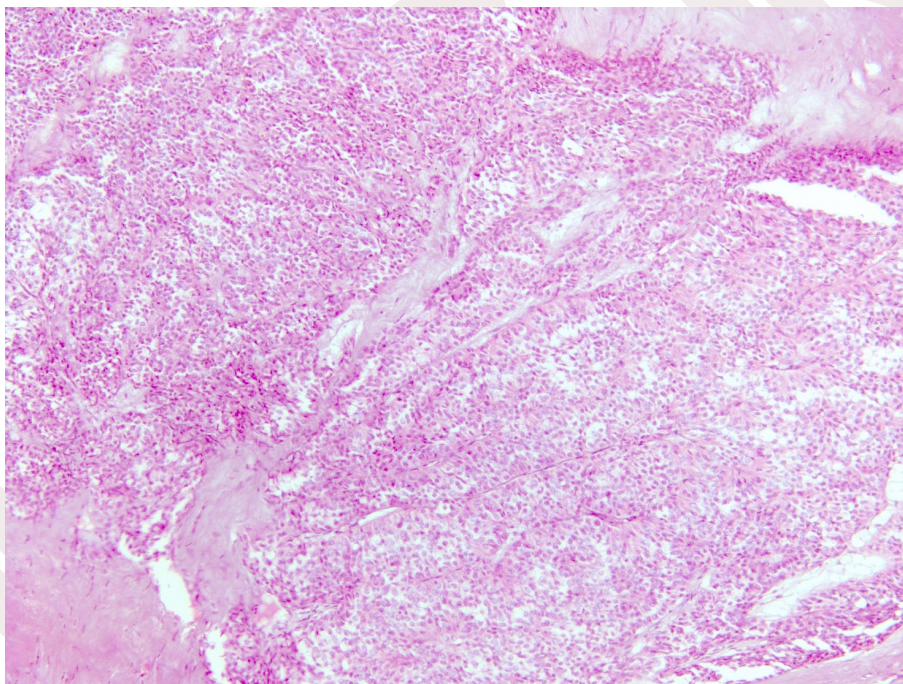
პროცესის საბოლოო ვერიფიკაციის მიზნით ჩატარებულ იქნა ოპერაციული მასალის იმუნოჰისტოქიმიური გამოკვლევა იგივე მოლეკულური მარკერებით (beta Catenin, Vimentin, Chromogranin, Cyclin D1, CD10, SOX11), რომელიც გამოყენებულ იქნა პირველ შემთხვევაში. იმუნოჰისტოქიმიური გამოკვლევის საფუძველზე დასმულ იქნა დიაგნოზი – კუჭქვეშა ჯირკვლის სოლიდურ-ფსევდოპაპილური სიმსივნე.



სურ. 5.



სურ. 6.



სურ. 7.

დასკვნა: კუჭქვემა ჯირკვლის სოლიდურ-ფსევდოპაპილური სიმსივნე იშვიათი პათოლოგიაა, რომლის კლინიკური და მორფოლოგიური დიაგნოსტიკა მნიშვნელოვან სირთულეს წარმოადგენს. პროცესის ვერიფიკაციის მიზნით აუცილებელია ბიოფსიური და ოპერაციული მასალის იმუნოჰისტოქიმიური გამოკვლევა.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Гуревич Л.Е., Казанцева И. А. Солидно – псевдопапиллярное опухоль поджелудочной железы. Архив патологии. 2010; 72(2):52-56.
2. Дубова Е.А., Щеголев А.И., Мишнев О. Д., Егоров В.И. Солидно–псевдопапиллярное опухоль поджелудочной железы. Архив патологии. 2008;70(1):49-52.
3. Филатов А.В., Смольяникова В.А. Наблюдение солидно–псевдопапиллярной опухоли поджелудочной железы - особенности течения, сложности в диагностике, Архив патологии. 2018; 80(5):46-50.

4. Adams A.L, Siegal GP, Jhala NC, Solid-pseudopapillary tumor of pancreas: a review of silent clinical and pathological features Adv Anat Pathol 2008 Jan; 15(1):39-45.
5. Azna – Romero LJ., Grasa-Ullrich JM. // Arch.Pathol.Lab. Med. 2001; 125:1255-1256.
6. Bosman T, Carniero T, Hruban RH, Theise ND, eds. WHO classification of tumors of the digestive system 5th edition, Lyon: IARC; 2010.
7. Campbell J, Verbeke KS, Solid-pseudopapillary neoplasia. Jn: Campbell J, Verbeke KS Pathology of pancreas. A practical approach. London. Springer; 2013; 227-235.
8. Hamilton S.R., Altonen L.A. World Health Organization Pathology and Genetics classification of Tumors. Of Tumors of the Digestive System. Lyon, 2000.
9. Igbinsosa O. Pseudopapillary tumor of pancreas. An algorithmic approach. JOP. 2011 May 6;12(3):262–5.
10. Ishikawa O., Ishiguro S., Ohhigashi H. et. al.// Gastroenterol. 1990; 85:597-601.
11. Kallichanda N, Tsai S. Stabile BE, Buslon V, Delgando DL, French SW. Histogenesis of solid pseudopapillary tumor of pancreas: the case for the centroclinal origin Exp. Mol. Pathol, 2006 Oct; 81 (2):101-7. Epub 2006.
12. Kim Y.I., Kim S.T., Lee G.K. Choi B.I. //Cancer. 1990; 65:2740-2746.
13. Kloppel G., Maure. R., Hofman E. et. All. // Virchow Arch. A Patp. 179-183.
14. Zhou H., Cheng W., Jam K.Y. et. al. // Pediatr. Surg.int. 2001; 17:614-620.
15. Martin R.C.G., Klimestra D.S., Brennan M.F., Conlon K.C.// Ann. Surg. Oncol. 2002;9(1):35-40.

წინა ხეობა^{1,2}, ირმა ჭიქია², თეიმურაზ ჯორბენაძე², ლექსო ლავგილავა³
კუჭქვეშა ჯირკვლის სოლიდურ – ფსევდოპაპილური სიმსივნის კლინიკური და მორფოლოგიური დიაგნოსტიკის საკითხისათვის

¹კ. ერისთავის სახელობის ქირურგიის ეროვნული ცენტრი; ²ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, მედიცინის ფაკულტეტი, პათოლოგიისა და სასამართლო მედიცინის კათედრა; ³კავკასიის მედიცინის ცენტრის ქირურგიული დეპარტამენტი; თბილისი, საქართველო.

რეზიუმე

სოლიდურ - ფსევდოპაპილარული სიმსივნე ან პანკრეასის პაპილარული კისტოზური სიმსივნე ამ ორგანოს არაენდოკრინული სიმსივნეების 1-2%-ს შეადგენს. პირველად აღწერილი იყო 1959 წელს, მეტად გავრცელებულია ახალგაზრდა ქალებში. სიმსივნის სიმპტომებია - მადის დაკარგვა, ლებინება, გულისრევა, წელის ტკივილი, მიმდებარე ორგანოებზე ზეწოლა. ზოგჯერ კლინიკურად მდუმარე სიმსივნე შეიძლება გამოვლინდეს კლინიკური გამოკვლევების დროს. მაკროსკოპიულად სიმსივნე არის კაფუსულირებული, ხშირად ლოკალიზებულია პანკრეასის კუდსა და სხეულში. დამახასიათებელია სისხლძარღვოვანი მყარი-კისტოზური სტრუქტურები ფსევდო-პაპილარული წარმონაქმნებით. სიმსივნის ჰისტოგენეზი უცნობია.

პანკრეასის პათოლოგიის 39 შემთხვევიდან 5 წლის განმავლობაში გამოვლინდა მყარი ფსევდოპაპილარული სიმსივნის ორი შემთხვევა (5.0%). ორივე პაციენტი ქალი იყო. ორივე შემთხვევაში ჩატარდა რადიკალური ოპერაცია. ჰისტოპათოლოგიური და იმუნოჰისტოქიმიური კვლევების საფუძველზე დადგინდა პანკრეასის სოლიდური ფსევდოპაპილარული სიმსივნეები.

დიაგნოზის დასადასტურებლად საჭიროა ბიოფსიისა და საოპერაციო მასალის იმუნოჰისტოქიმიური შესწავლა.

