

Ektopisches Pankreaszystadenom als Ileusursache

Von R. Scholz, K. Paul und H. Höfler

Zusammenfassung

Es wird über einen ungewöhnlichen Fall eines haselnußgroßen ektopischen Pankreaszystadenoms im Ileum berichtet. Dieser gutartige Tumor verursachte bei einer 63jährigen Frau einen Ileus.

Summary

Case report of a 63 year old woman, who was operated on because of an ileus, caused by an ectopic cystadenoma of the pancreatic gland located in the ileum.

Unter akzessorischem oder aberrierendem Pankreas versteht man solche Pankreaskeime, die keine anatomische Beziehung zum eigentlichen, orthischen Pankreas erkennen lassen und über eine getrennte Gefäßversorgung sowie ein gesondertes Ausführungsgangsystem verfügen (1). Die Häufigkeit von aberrierendem Pankreas wird in größeren Statistiken (2) mit 0,6 bis 13,7% im Sektionsgut angegeben. Davon liegen 30% im Duodenum, 25% im Magen, 15% im Jejunum, 3% im Ileum und 6% im Meckel'schen Divertikel. Andere Lokalisationen, wie Gallenblase, Leber, Milz, sind selten. Zur embryologischen Abkunft der aberrierenden Pankreaskeime werden zahlreiche Theorien diskutiert, unter anderem von Horgan (5) und Wurtbin (zit. bei Pearson 1951 [9]).

Die Größe der Pankreaskeime schwankt zwischen wenigen Millimeter bis zu 5 cm im Durchmesser. Die Schnittfläche ist meist gelblich oder weiß mit angedeuteter lappiger Zeichnung. Ungefähr die Hälfte von ihnen liegt in der Submukosa (10). Histologisch kann das dystope Pankreas alle Elemente des orthischen Pankreas enthalten. Langerhans'sche Inseln werden in 33% der Fälle gefunden (9). Delbougne (3) unterschied histologisch vier Arten von dystopem Pankreas:

1. Aus Drüsenparenchym, Langerhans'schen Inseln und Ausführungsgängen,
2. nur aus Ausführungsgängen und Drüsenparenchym,
3. nur aus Ausführungsgängen (sogenanntes Adenomyom) und
4. nur aus Langerhans'schen Inseln und Ausführungsgängen bestehend.

Fallbeschreibung

Eine 63jährige Patientin wurde wegen subileusartiger Beschwerden aufgenommen. Da die Symptomatik zunahm, entschloß man sich zur Laparotomie: Es fand sich ein stark geblähtes Jejunum und ein stark geblähtes Ileum. Danach, im mittleren Ileum, eine durch tastbares tumoröses Gewebe verursachte Stenose. Aboralwärts folgte ein Hungerdarm. Es wurde ein 4 cm langes Ileumstück reseziert und eine End-zu-End-Anastomose angelegt. Der postoperative Verlauf war durch eine Heilung per secundam kompliziert. Am 19. postoperativen Tag konnte die Patientin in häusliche Pflege entlassen werden, sie war beschwerdefrei. Die Wunde war zu diesem Zeitpunkt oberflächlich und rein. Infolge eines manisch-depressiven Zustandsbildes verübte die Patientin ein halbes Jahr später Suizid durch Erhängen. Bei der anschließenden Obduktion war die Anastomose breit durchgängig, unauffällig. Auch der übrige Magen-Darmtrakt ohne Besonderheiten, keine weiteren ektopischen Pankreaskeime, das Pankreas selbst unauffällig (S.-Nr. 1978/77).

Untersuchung des Operationspräparates (E.-Nr. 19217/77): 4 cm langes Ileumstück. 1 cm von einem Abtragungsrand entfernt ein 8 mm im Durchmesser großes, vorspringendes, von

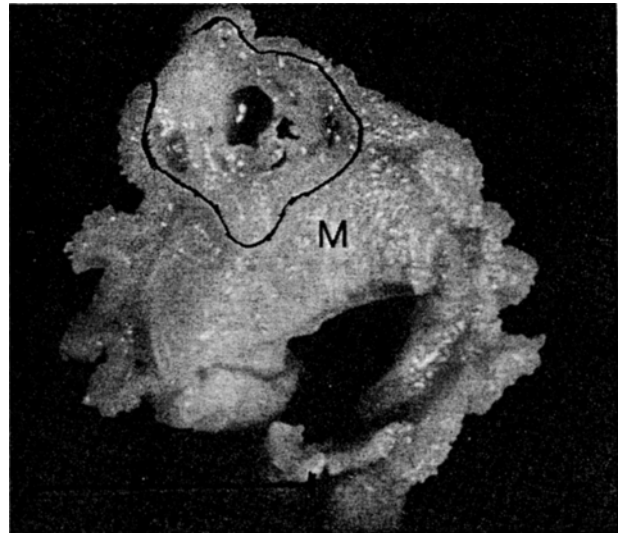


Abb. 1. Querschnitt durch den (formfixierten) Tumor. N: = Nabelförmige Einziehung der Schleimhaut. M: = Lamina muscularis propria. Vergrößerung 1:4.

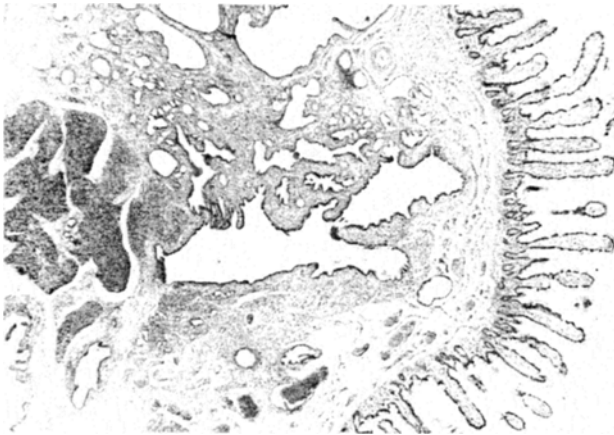


Abb. 2. Zahlreiche zystische ausgeweitete Pankreasausführungsgänge, links exokrines Pankreasparenchym. Hämatoxylin-Eosin, Vergrößerung 15fach.

Schleimhaut überzogenes und zentral nabelförmig eingezogenes Knötchen. Die Schnittfläche grau-weißlich, mit glasstecknadelkopfgroßen Zysten. Die Schleimhaut in der Nachbarschaft unauffällig (Abb. 1).

Histologisch besteht der Knoten aus Pankreasparenchym. Zum Großteil adenomatös-proliferierende und zystisch ausgeweitete Ausführungsgänge. Das Epithel durchwegs einschichtig, meist hochzylindrisch, meist kubisch. Nur ganz selten Ansätze zu papillärer Proliferation. Dazwischen Drüsenparenchym mit vereinzelt Langerhans'schen Inseln. Außerdem findet sich eine kleine Magenschleimhautinsel mit Korpuscharakter. Der Knoten ist hauptsächlich in der Submukosa ausgebildet, im Bereich des makroskopisch beschriebenen Nabels auch die Lamina propria in die Geschwulst einbezogen. Einzelne Ausläufer des Tumors dringen in die Lamina muscularis propria ein. Keinerlei Kern- oder Zellpolymorphie. Die Muskulatur in der Nachbarschaft der Geschwulst hypertrophiert, auffallend eine besonders starke Ausbildung des Plexus myentericus. Die Venen in der Umgebung mit strotzender Blutfülle, allenthalben frische Thrombose (Abb. 2).

Diagnose: gutartiges, ekropsches Zystadenom des Pankreas.

Diskussion

Pankreasektopen sind relativ häufig. Nur wenige werden, wie in unserem Fall, jedoch klinisch evident. Dabei treten folgende Krankheitsbilder auf: Ulcus pepticum, Gallenblasenerkrankungen, Gallengangsverschluß,

Pankreatitis, Appendizitis, Hypoglykämie und Darmobstruktion (9). Auf Grund der Größe des Tumors (haselnußgroß) und der Thrombose der Venen in der Nachbarschaft sowie der Hypertrophie der Muskulatur ist eine passagere Invagination des Dünndarmes als auslösende Ursache der Ileuserscheinungen wahrscheinlich. Einen ähnlichen Fall hat Keeley (6) beobachtet. Bemerkenswert erscheint, daß Pankreasektopen bei Frauen im höheren Alter häufiger diagnostiziert werden. In unserem Fall muß angenommen werden, daß es auf dem Boden eines angeborenen, versprengten Pankreaskeimes erst im fortgeschrittenen Alter zur Entwicklung des gutartigen Zystadenoms gekommen ist. Dieser langsam wachsende Tumor wurde erst im 63. Lebensjahr klinisch manifest.

Literatur

- (1) Andretta, O., Cirri, G. P.: Sul pancreas aberrante del canale alimentare e sulla sua trasformazione neoplastica. Arch. De Vecchi Anat. pat 49, 959 (1967).
- (2) Barbosa, J. J. de Castro, et al.: Pancreatic heterotopia. Review of the literature and Report of 41 authentic surgical cases of which 25 were clinically significant. Surg. Gynec. Obstet. 82, 527 (1946).
- (3) Delhougne, F.: Über Pankreaskeime im Magen. Langenbecks Arch Klin. Chir. 129, 116 (1924).
- (4) Dolan, R. V., et al.: The Fate of Heterotopic Pancreatic Tissue. Arch. Surg. 109, 762 (1974).
- (5) Horgan, E. J.: Accessory Pancreatic tissue. Arch. Surg. 2, 521 (1921).
- (6) Keeley, J. L.: Intussusception Associated with aberrant Pancreatic Tissue. Arch. Surg. 60, 691 (1950).
- (7) Kivelitz, H., Schacht, U.: Die Chirurgie des heterotopen Pankreasgewebes. Zbl. f. Chir., Heft 15, 520 (1971).
- (8) Kuru, M.: Relationship between the gross appearance of gastric cancers and their precursors. Nippon Rinsho, Suppl. 182 (1954).
- (9) Pearson, S.: Aberrant Pancreas. Review of the Literature and Report of three Cases, one of which produces Common and Pancreatic Duct Obstruction. Arch. Surg. 63, 168 (1951).
- (10) Wanke, M.: Dystopes Pankreasgewebe im Magen. In: Spezielle pathologische Anatomie. Doerr, W., Seifert, G., Uehlinger, E. Band II/1, S. 205 ff. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1971.

Anschrift für die Verfasser: Prim Dr. R. Scholz, Chirurgische Abteilung, Landeskrankenhaus, Vordernberger Straße 42, A-8700 Leoben.