

HETEROTOPES PANKREASCARCINOM IN DER DISTALEN MAGENWAND

T. Vogel¹, I. Grünewald², U. Peitz³, E. Wardelmann², E. H. Allemeyer¹, M. W. Hoffmann¹

¹Klinik für Allgemein- u. Viszeralchirurgie mit Sektion Proktologie, Raphaelsklinik Münster

²Institut für Pathologie, Universitätsklinikum Münster

³Klinik für Gastroenterologie, Raphaelsklinik Münster

KLINIK

72-jährige Pat. mit ausgeprägter Magenentleerungsstörung bei Magenausgangsstenose und mehrfachen Bougierungen unter der Vorstellung einer peptischen Stenose. Histologisch ergab sich kein Malignitätsnachweis. Nach endoskopischer Therapie wurde die Indikation zur subtotalen Magenresektion nach Billroth II gestellt.

Intraoperative Befunde und operatives Vorgehen

Es zeigte sich präpylorisch ein stark indurierter Tumor, welcher die Magenwand zu überschreiten und adhäsiv zum Pankreaskopf schien. Es wurde eine distale 2/3-Magenresektion durchgeführt unter Einschluss der Pankreaskapsel im Bereich der entzündlichen und mutmaßlich malignen Infiltration. Die Schnellschnittdiagnostik ergab ein hoch differenziertes Adenocarcinom zunächst unklaren Ursprungs mit Infiltration des Pankreaskopfes. Es erfolgte eine partielle Pancreaticoduodenektomie, Rekonstruktion mittels Gastrojejunostomie, Braun'scher Fußpunktanastomose, Lymphadenektomie im Lig. hepatoduodenale und Cholecystektomie. Hinweise für sekundäre Tumormanifestationen ergaben sich nicht.

Histologie

Stenosierendes unterminierend wachsendes duktales Adenocarcinom von 3,5 cm Größe auf dem Boden einer Pankreasheterotopie im Bereich der präpylorischen Magenwand. Tumorgewebe überwiegend positiv für CK7, kräftige Koexpression von CA19-9. TNM-Klassifikation (UICC 7. Auflage 2010): pT4a, pN1 (2/49), L1, V0, R0, G1-2

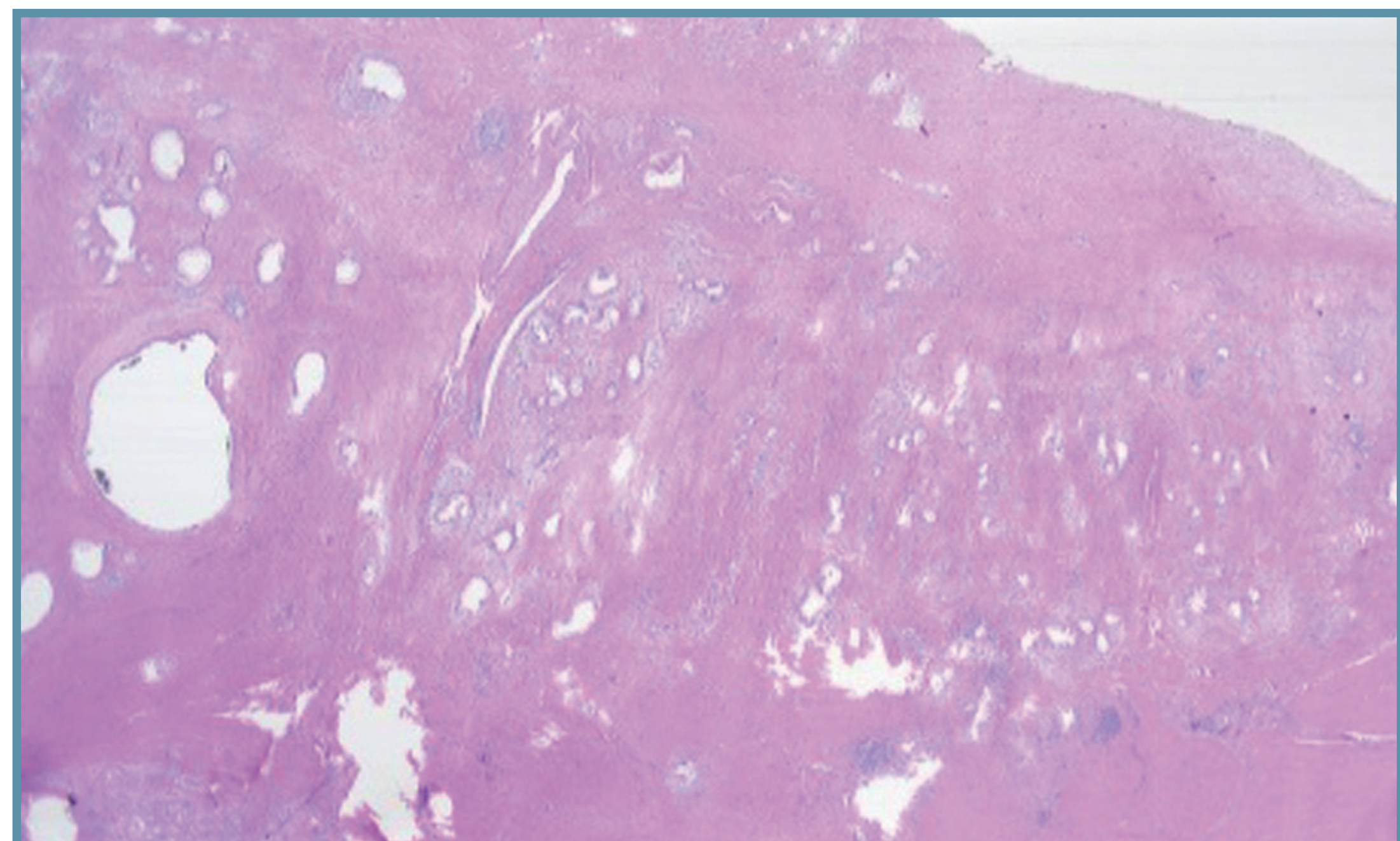


Abb. 1: Adenocarcinom HE, 12,5x

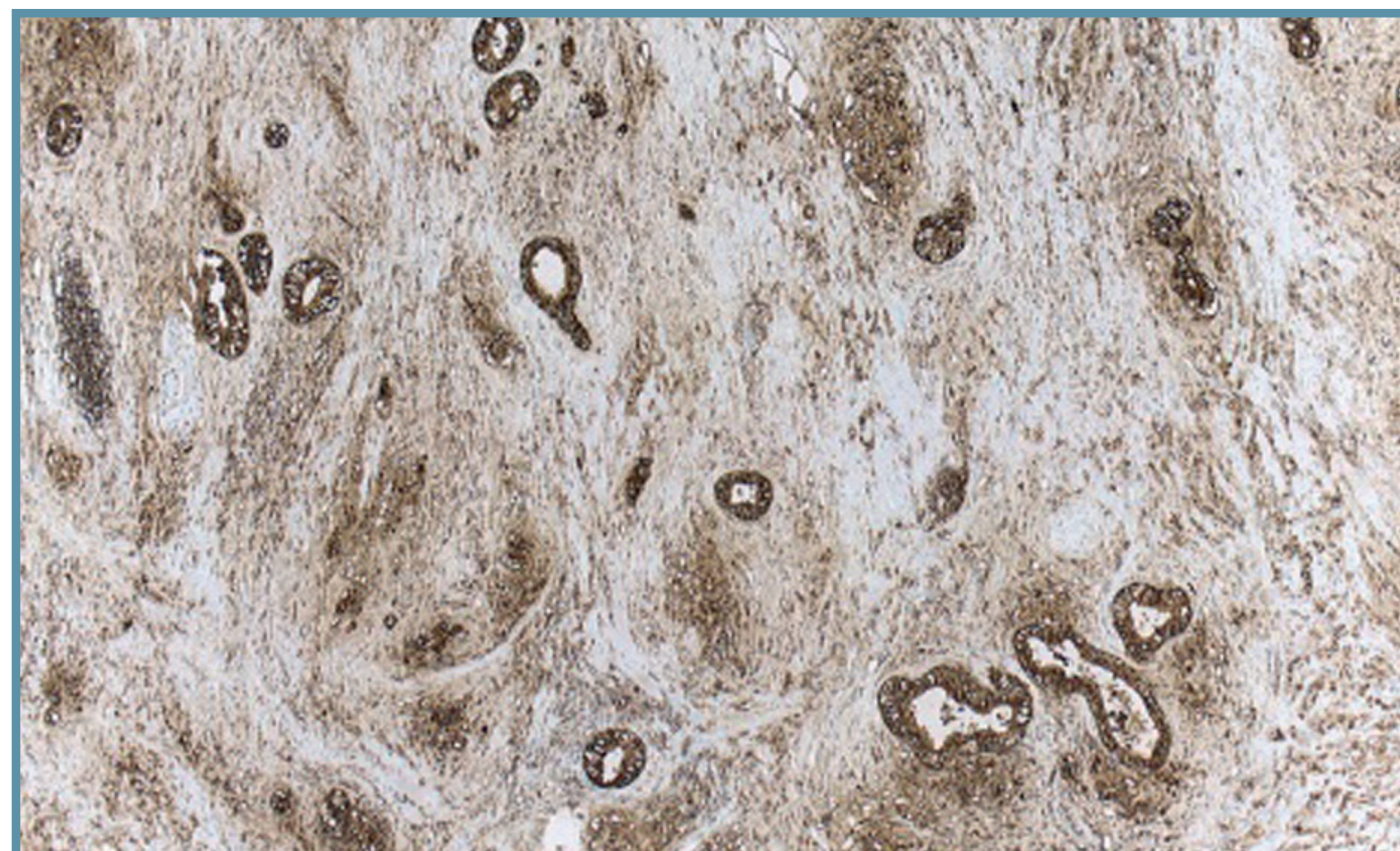


Abb. 2: Adenocarcinom CA 19-9, 50x

Therapieempfehlung

Adjuvante Chemotherapie mit Gemcitabine

Diskussion

Pankreasgewebe außerhalb der Hauptdrüse ohne jegliche anatomische oder vaskuläre Verbindung zu dieser wird als Pankreasheterotopie definiert. Die häufigste Lokalisation ist der Magen; hier meist im Antrum und präpylorisch entlang der großen Kurvatur oder der Hinterwand. Prinzipiell kann dieses Gewebe von jeder Art der Pankreopathologie betroffen sein, maligne Entartungen sind selten. Das heterotope Gewebe liegt häufig submukös, so dass die endoskopische Detektion und die bioptische Sicherung erschwert sein können. Pankreasheterotopien stellen eine seltene, potenziell maligne Differentialdiagnose bei Veränderungen im Gastrointestinaltrakt dar. Insbesondere bei unklaren Stenosen oder Magenwandveränderungen sollte diese Differentialdiagnose berücksichtigt werden.

LITERATUR

Papaziogas B. et al. (2008) „Carcinoma developing in ectopic pancreatic tissue in the stomach: a case report“. Cases Journal, 1:49; Lemaire J. et al. (2012) „Adenocarcinoma arising in gastric heterotopic pancreas. Case report and review of the literature“ Acta Chir Belg, 112