3° Πανελλήνιο Συνέδριο
Ιατρικής Φυσικής

27° Διαπανεπιστημιακό Συνέδριο
Ακτινολογίας

Απεικονιστική προσέγγιση των κυστικών βλαβών του παγκρέατος: Παρουσίαση περιστατικού τυχαία ανευρεθέντος συμπαγούς ψευδοθηλώδους νεοπλάσματος

Σαργιαννίδης Θ., Γκούβης Π.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ Γ.Ν ΒΕΡΟΙΑΣ

30, 31 ΟΚΤ + 1 ΝΟΕ
2 0 2 6

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
- ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΛΑΡΙΣΑ

Οργάνωση

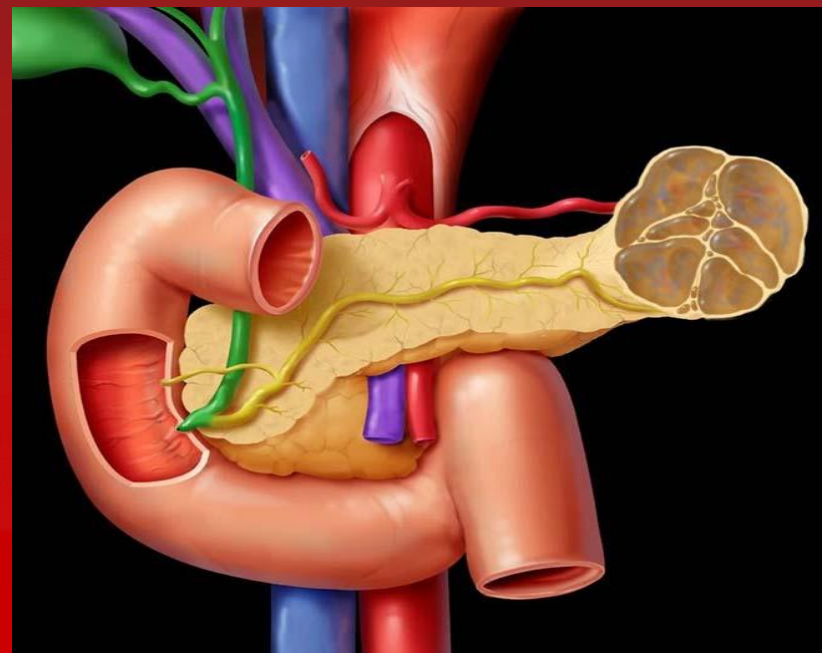
ΕΦΙΕ
Ένωση Φυσικών Ιατρικής Ελλάδος

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΟΛΛΕΓΙΟ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ

Εισαγωγή

Οι κυστικές βλάβες του παγκρέατος (Pancreatic Cystic Lesions, PCLs) αποτελούν σπάνιο απεικονιστικό εύρημα, η συχνότητα ανίχνευσης των οποίων όμως έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, κυρίως λόγω της ευρείας εφαρμογής των σύγχρονων μεθόδων απεικόνισης. Οι βλάβες αυτές παρουσιάζουν σημαντική ετερογένεια και κυμαίνονται από καλοήθεις μη νεοπλασματικές οντότητες (κυρίως ψευδοκύστεις) έως κυστικά νεοπλάσματα με διαφορετικό δυναμικό κακοήθους εξαλλαγής. Η διαφορική διάγνωση των κυστικών βλαβών του παγκρέατος αποτελεί σημαντική πρόκληση λόγω της αλληλοεπικάλυψης των απεικονιστικών χαρακτηριστικών μεταξύ διαφορετικών κυστικών βλαβών. Η συστηματική αξιολόγηση μορφολογικών χαρακτηριστικών, όπως η παρουσία συμπαγών στοιχείων, διαφραγματίων, τοιχωματικών οζιδίων και η σχέση με τον κύριο παγκρεατικό πόρο (Main Pancreatic Duct, MPD), σε συνδυασμό με τα κλινικά και δημογραφικά δεδομένα, συμβάλλει στον ακριβέστερο χαρακτηρισμό τους και στην αναγνώριση πιθανών στοιχείων υψηλού κινδύνου

για κακόηθεια (high-risk stigmata).



Βασικοί στόχοι της εργασίας είναι:

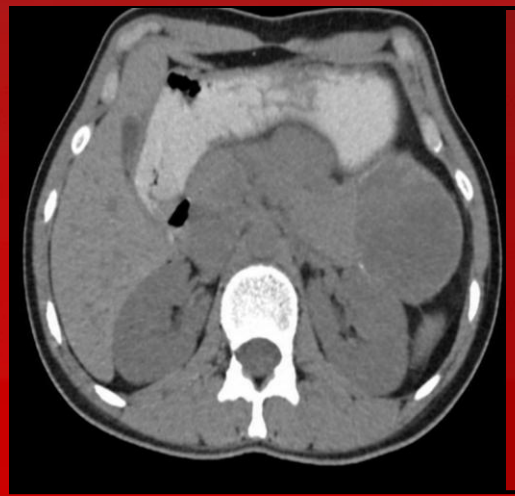
1. Διάκριση των χαρακτηριστικών απεικονιστικών ευρημάτων των κυστικών βλαβών του παγκρέατος, με έμφαση στο συμπαγές ψευδοθηλώδες νεόπλασμα (SPN).
2. Εφαρμογή μιας ακτινολογικά δομημένης προσέγγισης για την διαφορική διάγνωση των κυστικών βλαβών, με βάση τα απεικονιστικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά τους.

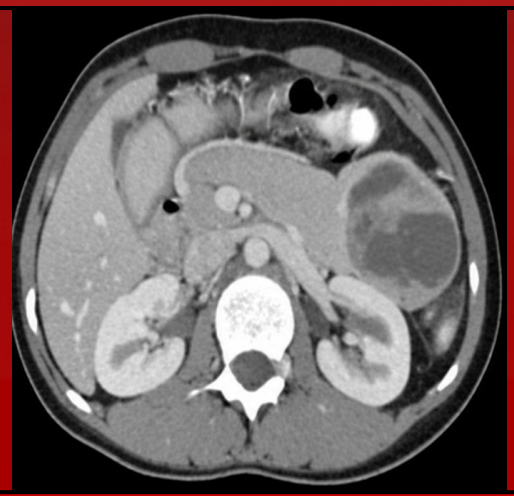
Μέθοδοι & Υλικά

- Θήλυ 19 ετών προσέρχεται στα ΤΕΠ με επιγαστρικό άλγος από 2μήνου, ναυτία και αίσθημα πληρότητας· χωρίς ιστορικό τραύματος/παγκρεατίτιδας.
- Ο αρχικός απεικονιστικός έλεγχος με υπερηχογράφημα αναδεικνύει ευρήματα συμβατά με πιθανή ψευδοκύστη. Από τον εργαστηριακό έλεγχο η αμυλάση ορού εντός φυσιολογικών ορίων.
- Ο περαιτέρω απεικονιστικός έλεγχος με ΑΤ κοιλίας με σκιαγραφική ενίσχυση ανέδειξε: σαφώς περιγεγραμμένη μικτής σύστασης μάζα στην ουρά του παγκρέατος με κυστικά στοιχεία κεντρικά και συμπαγές τμήμα περιφερικότερα που εμφανίζει σκιαγραφικη ενίσχυση.
- Με βάση τα επιδημιολογικά στοιχεία της ασθενούς, καθώς και τα χαρακτηριστικά ευρήματα από τον απεικονιστικό έλεγχο, τέθηκε η υποψία SPN. Πραγματοποιήθηκε χειρουργική αφαίρεση του όγκου (περιφερική παγκρεατεκτομή) με την ιστολογική εξέταση να επιβεβαιώνει την αρχική υπόθεση.
- Το συμπαγές ψευδοθηλώδες νεόπλασμα (Solid Pseudopapillary Neoplasm, SPN) του παγκρέατος θεωρείται νεόπλασμα χαμηλού βαθμού κακοήθειας και αντιμετωπίζεται χειρουργικά λόγω του δυνητικού κινδύνου κακοήθους εξαλλαγής. Απεικονιστικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα κακοήθους συμπεριφοράς του περιλαμβάνουν: μέγεθος μεγαλύτερο από 5–6 cm, εντόπιση στην ουρά του παγκρέατος, εστιακή διακοπή της κάψας και ηπατικές βλάβες ύποπτες για μεταστατική νόσο.



Ανηχοϊκό μόρφωμα το οποίο γειτνιάζει με την ουρά του παγκρέατος. Δίδεται η εντύπωση πως εξορμάται από αυτό. Εμφανίζει ακουστική ενίσχυση.



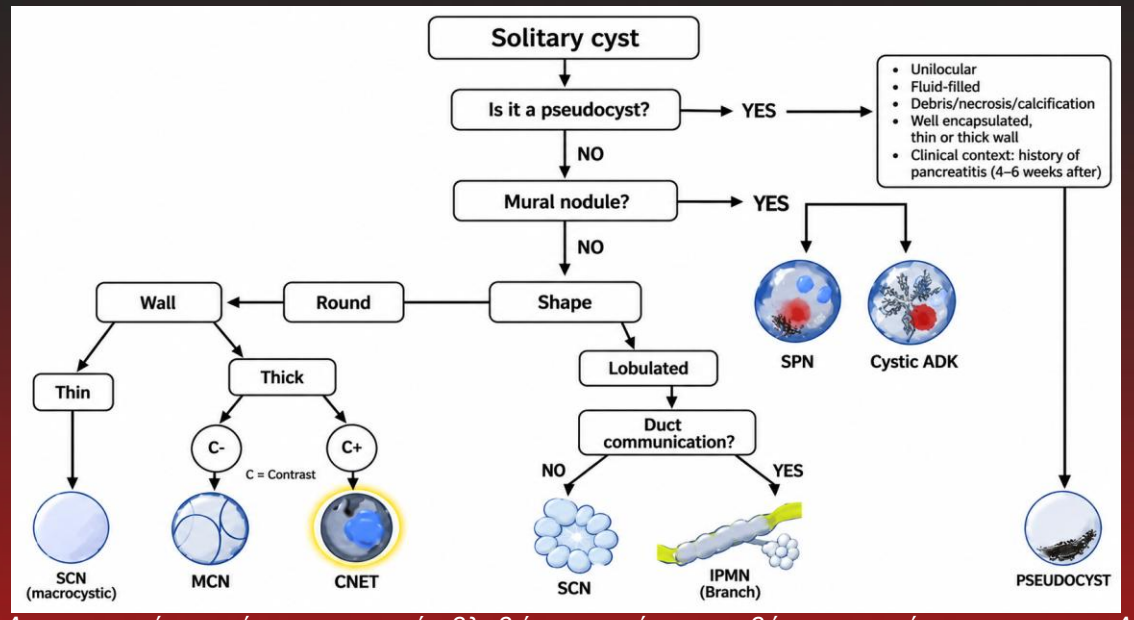


Μικτής σύστασης μόρφωμα στην Ουρά του παγκρέατος με υπεροχή των κυστικών στοιχείων. Τα συμπαγή στοιχεία της βλάβης τα οποία εντοπιζόνται περιφερικότερα, εμφανίζουν σκιγραφική ενίσχυση

Αποτελέσματα

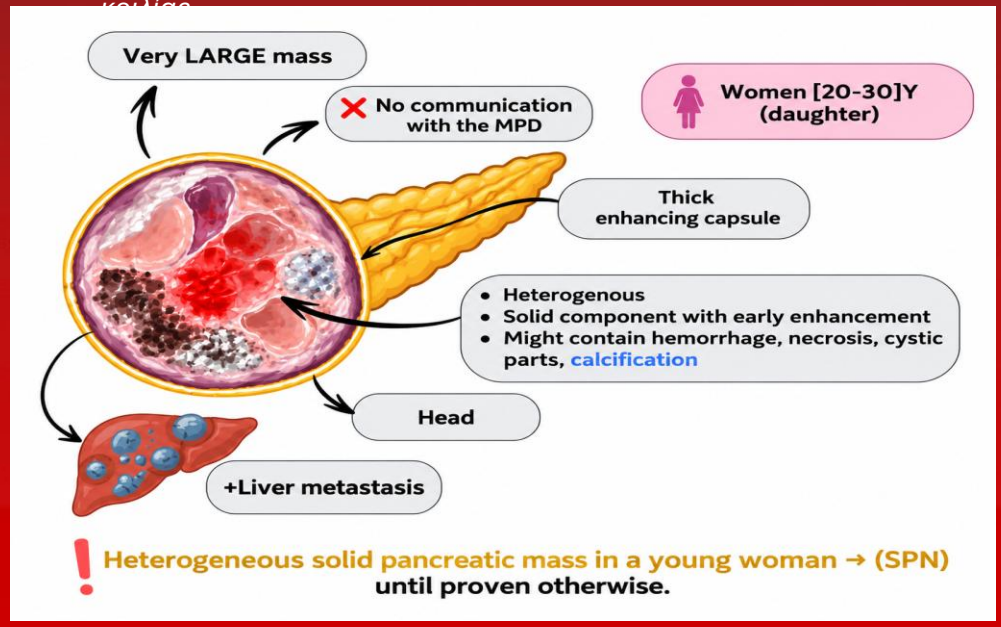
Διαγνωστική προσέγγιση κυστικών βλαβών παγκρέατος

1. Κλινικό και δημογραφικό προφίλ: Η ηλικία (daughter- mother- grandma rule), το φύλο, το ιστορικό παγκρεατίτιδας και οι προδιαθεσικοί παράγοντες συμβάλλουν σημαντικά στον περιορισμό της διαφορικής διάγνωσης.
2. Μορφολογία και εντόπιση: Αξιολογούνται το μέγεθος, ο αριθμός, η εντόπιση και το σχήμα της βλάβης (στρογγύλο, λοβωτό, μονόχωρο ή πολύχωρο).
3. Χαρακτηριστικά τοιχώματος: Εξετάζονται το πάχος, τα όρια, η παρουσία επασβεστώσεων και η σκιαγραφική ενίσχυση του τοιχώματος.



Διαγνωστική προσέγγιση κυστικών βλαβών παγκρέατος με βάση τα ευρήματα τους στην Α.Τ κοιλίας

4. Εσωτερική αρχιτεκτονική: Η παρουσία διαφραγματίων, τοιχωματικών οζιδίων, συμπαγών στοιχείων, νεκρωτικών ή αιμορραγικών περιοχών αποτελεί βασικό στοιχείο διαφοροδιάγνωσης.
5. Σχέση με τον παγκρεατικό πόρο: Η επικοινωνία της κύστης με τον κύριο παγκρεατικό πόρο (MPD) υποστηρίζει κυρίως IPMN.
6. Χαρακτηριστικά απεικονιστικά πρότυπα: Η μικροκυστική, κυψελοειδής μορφολογία με κεντρική αστεροειδή ουλή και επασβεστώσεις, υποστηρίζει SCN
7. **Αναγνώριση SPN**: Ευμεγέθης, καλά περιγεγραμμένη, ετερογενής συμπαγής–κυστική μάζα σε νεαρή γυναίκα, με παχιά ενισχυόμενη κάψα και πιθανή αιμορραγία ή νέκρωση, εγείρει ισχυρή υποψία SPN.



Σχηματική σύνοψη των μορφολογικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών του SPN

Συμπεράσματα

1. Αν και οι περισσότερες κυστικές βλάβες του παγκρέατος είναι καλοήθεις, ορισμένες εμφανίζουν δυνητικά κακοήθη συμπεριφορά.
2. Οι κυστικές βλάβες του παγκρέατος εμφανίζουν συχνά επικαλυπτόμενα απεικονιστικά χαρακτηριστικά, γεγονός που δυσχεραίνει τον ακριβή χαρακτηρισμό τους.
3. Η διαγνωστική τους προσέγγιση βασίζεται στη συστηματική ακτινολογική αξιολόγηση, ενώ, όπου ενδείκνυται, απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση με βιοψία ή/και χειρουργική εξαίρεση της βλάβης.
4. Τα βασικά χαρακτηριστικά των SPNs που αξιολογούνται περιλαμβάνουν το μέγεθος, τον αριθμό των κύστεων, την παρουσία διαφραγματίων, την ύπαρξη σκιαγραφικά ενισχυόμενων τοιχωματικών οζιδίων και τη σχέση της βλάβης με τον κύριο παγκρεατικό πόρο (Main Pancreatic Duct, MPD).

Βιβλιογραφία

1. Dhawan S, et al. A classic case of Solitary Pseudopapillary Epithelial Neoplasm of Pancreas. J Radiol Case Rep. 2022;16(12):1–7. doi:10.3941/jrcr.v16i12.4585.
2. Miller FH, et al. Pancreatic Cystic Lesions and Malignancy: Assessment, Guidelines, and the Field Defect. RadioGraphics. 2022;42:87–105. doi:10.1148/rg.210056.
3. Kawamoto S, Horton KM, Lawler LP, Hruban RH, Fishman EK. Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm of the Pancreas: Can Benign Lesions Be Differentiated from Malignant Lesions with Multidetector CT? RadioGraphics. 2005;25(6):1451-1468. doi:10.1148/rg.256055036