

Наблюдение за пациентами с псевдотуморозным хроническим панкреатитом: исход заболевания и выживание

F. I. Téllez-Ávila¹, Á. Villalobos-Garita², M. Giovannini³, C. Chan¹, J. Hernandez-Calleros¹, L. Uscanga¹, M. Á. Ramirez-Luna¹

¹Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, Mexico City, México (Мехико, Мексика)

²Hospital Calderón Guardia, San José, Costa Rica (Сан-Хосе, Коста-Рика)

³Paoli-Calmettes Institute, Marseille, France (Марсель, Франция)

Статья опубликована в журнале World J. Gastroenterol. — 2014. — № 20 (26). — С. 8612–8616.

Ключевые слова: хронический панкреатит, псевдотуморозный хронический панкреатит, наблюдение, эндоскопическое ультразвуковое исследование, тонкоигольная биопсия

Введение

Рак поджелудочной железы (ПЖ) на момент диагностики неоперабелен в 70% случаев [1]. Риск развития рака ПЖ у пациентов с хроническим панкреатитом (ХП) повышен. Наблюдение за пациентами с ХП может дать возможность раннего выявления рака ПЖ [6]. Риск рака ПЖ у пациентов с ХП составляет 14,4–26,7 при 10-летнем периоде наблюдения [1, 18]. С помощью методов визуализации трудно дифференцировать между раком ПЖ и псевдоопухолью при ХП [10, 19]. Были предложены некоторые критерии дифференциальной диагностики по данным эндоскопического ультразвукового исследования (ЭУЗИ), но даже с использованием тонкоигольной биопсии (ТИБ) результаты не были удовлетворительными [3, 9]. Фактически, не существует четких рекомендаций для наблюдения за пациентами с ХП и новообразованиями ПЖ [4]. Целью этого исследования являлось наблюдение за пациентами с ХП и новообразованиями ПЖ для оценки конечного результата и определения оптимального интервала наблюдения.

Материалы и методы

Ретроспективно проанализированы данные, полученные проспективно. Были оценены электронные базы и истории болезни пациентов на бумаге за период с марта 2005 года по декабрь 2012 года. Были включены пациенты с клиническими проявлениями ХП, 4 и более критериями ХП ЭУЗИ и результатами ЭУЗИ ТИБ [13]. В соответствии с требованиями локального этического комитета, все пациенты подписали документ с информированным согласием.

Перед процедурой ЭУЗИ ТИБ всем пациентам были проведены лабораторные тесты, включая определение протромбинового времени и полный анализ крови. Пациентов помещали в положение на левом боку,

и анестезиолог выполнял седацию с помощью мидазолама, пропофола и фентанила. Пациентов постоянно контролировали с помощью автоматизированного неинвазивного устройства измерения артериального давления, регистрации электрокардиограммы и пульсовой оксиметрии на протяжении всей процедуры. ЭУЗИ проводили с использованием эхоэндоскопа с линейной матрицей, GFUC T-140 («Olympus America Inc», Center Valley, PA) с участием двух эхоэндоскопистов. Все пациенты были госпитализированы и после процедуры находились под наблюдением автоматического монитора в течение не менее 4 часов для диагностики возможных осложнений.

ЭУЗИ ТИБ (стандартная игла)

Сначала датчик был проведен в устойчивое положение перед целевым поражением. Затем металлическую спираль вводили в биопсийный канал, тщательно наблюдая, чтобы поршень иглы был надежно зафиксирован, и игла полностью втянута. Спираль была полностью вставлена, и ручка с замком Luer плотно привинчена к каналу биопсии. Чтобы гарантировать, что оболочка защищает всю длину рабочего канала, мы использовали оптику эндоскопа. При извлечении стилета, но при наличии иглы внутри биопсийная игла была перемещена вперед и введена в область поражения под полным контролем ультразвука в режиме реального времени. После проникновения в середину поражения стилет был полностью удален. При достижении оптимального положения иглы в середине поражения, на игле прочно завинчивался шприц объемом 10 мл с запирающим устройством, и поршень шприца был натянут для создания низкого давления. Поршень шприца был зафиксирован в этом положении для постоянного всасывания. Игла перемещалась вперед и назад 5–10 раз внутри поражения при полном ультразвуковом контроле. Когда наконечник иглы все еще находился в области

поражения, отсос отпущался, и игла отводилась и фиксировалась в надежном положении.

Всем пациентам выполнялась 64-срезовая мультidetекторная компьютерная томография (КТ) (Somatom, Sensation 64, «Siemens», Мюнхен, Германия), были получены изображения с толщиной среза 3 мм с интервалом реконструкции 2–2,5 мм. Все случаи были проанализированы с созданием коронарных переформатированных изображений. Пациентам выполняли внутривенное контрастирование — 120 мл Conray («Mallinckrodt Baker Inc.», Сент-Луис, Миссури, США) вводили за 45 с до проведения КТ-обследования. 40 мл йодитрата М60 («Justesa Imagen Mexicana») разводили в 1000 мл воды и давали всем пациентам перорально за 1 час до проведения КТ. Все пациенты получали и внутривенный, и пероральный контраст. Все КТ-изображения анализировались по меньшей мере двумя сертифицированными радиологами и обсуждались с эндоскопической группой перед процедурой ЭУЗИ ТИБ. Все КТ- и эндоскопические исследования проводились в одном и том же центре.

Псевдоопухоль (рис. 1) определялась как не неопластическое образование, являющееся причиной ХП, которое может имитировать изменения, характерные для рака ПЖ при КТ или ЭУЗИ, но при отсутствии гистологических доказательств опухоли. Однако следует признать, что даже это определение «псевдоопухоли» очень субъективно, поскольку оно зависит от качества предоперационной диагностической оценки, а также от навыков интерпретаторов проведенных тестов [17]. Реальная опухоль определялась как неопластическое образование вследствие рака ПЖ, подтвержденное гистологически. Клинические характеристики, связанные с ХП, включали боль в эпигастрии, часто с иррадиацией в спину, стеаторею и сахарный диабет [11].

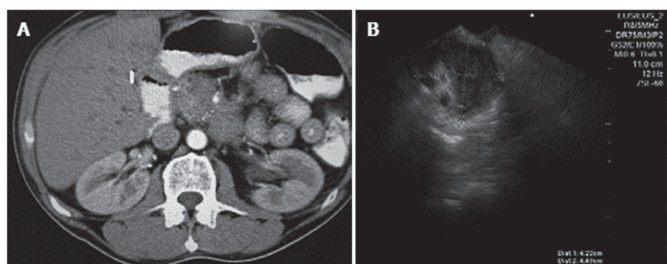


Рис. 1. Псевдотуморозный ХП. А: компьютерная томография; В: эндоскопическое ультразвуковое изображение.

Статистический анализ

Для суммирования демографических и клинических переменных использовались медианы, диапазоны и пропорции. Были проверены различия между группами с использованием критерия χ^2 или критерия Mann — Whitney U. Значение двухстороннего $P < 0,05$ считалось достоверным. Все анализы были выполнены с использованием SPSS V.20 для Mac.

Результаты

Всего было выполнено 200 ЭУЗИ ПЖ при клиническом подозрении на ХП (боль в эпигастрии

с иррадиацией в спину или экзокринная недостаточность ПЖ с хронической диареей и/или стеатореей). Было включено 35 пациентов с диагнозом ХП, из них 26 (74,2%) мужчин и 9 (25,8%) женщин. Средний возраст составлял 38 лет (от 18 до 75 лет). Все пациенты имели клинические критерии ХП и критерии ЭУЗИ. 22 (63%) пациента имели 4 критерия ЭУЗИ, у 6 (17%) пациентов выявлены 5 критериев, у 7 (20%) пациентов — 6 критериев. У 9 (25,7%) пациентов был диагностирован псевдотуморозный ХП. Клинические и демографические характеристики включенных пациентов, классифицированных по наличию/отсутствию псевдотуморозного ХП, приведены в таблице 1. В таблицах 2 и 3 представлены клинические данные, демографические характеристики и результаты визуализации ПЖ включенных в исследование пациентов с псевдотуморозным ХП.

У 2 из 9 (22,2%) пациентов с псевдотуморозным ХП был диагностирован рак ПЖ при последующем наблюдении, хотя при первичном ЭУЗИ ТИБ не выявлено злокачественных клеток. У 1 (11,1%) пациента в ходе наблюдения была диагностирована миофибробластическая опухоль ПЖ. Время между установлением диагноза псевдотуморозного ХП и аденокарциномы ПЖ составляло 35 и 30 дней. Диагноз миофибробластической опухоли был установлен через 30 дней после диагностирования псевдотуморозного ХП. У двух пациентов с аденокарциномой ПЖ на момент окончательного диагноза она была неоперабельна. Окончательный диагноз аденокарциномы ПЖ был подтвержден при хирургическом вмешательстве. У остальных 6 пациентов с псевдотуморозным ХП медиана наблюдения составила 11 месяцев (диапазон 1–22 месяца), и у них не было обнаружено признаков злокачественности при наблюдении.

При наблюдении за пациентами с ХП, но не с псевдотуморозным ХП, ни у кого не был диагностирован рак ПЖ. Медиана наблюдения составила 22 месяца (диапазон 1–67 месяцев) (рис. 2).

Таблица 1

Клинические и демографические характеристики включенных пациентов, классифицированных по наличию/отсутствию псевдотуморозного ХП, n (%),

	ХП (n = 26)	ПХП (n = 9)	P
Женский пол	5 (19,2)	4 (44,4)	НД
Возраст, лет ¹	30 (18–74)	53 (18–75)	0,015
Число критериев ЭУЗИ ¹	4 (4–8)	4 (4–6)	НД
Наблюдение, мес ¹	24 (1–67)	5 (1–35)	НД
Этиология, алкогольная	21 (81)	6 (67)	НД
СД	20 (77)	7 (78)	НД

Примечания: ¹ — в среднем (диапазон); СД — сахарный диабет; НД — недостоверно; ПХП — псевдотуморозный ХП.

Таблица 2

Характеристики визуализации ПЖ включенных пациентов с псевдотуморозным ХП

Пациент	Возраст, лет	Пол	Число диагностических критериев ХП при ЭУЗИ	Доказательство псевдоопухоли при КТ	Интервал («время между») или наблюдение
1	64	Ж	4	Нет	1 мес
2	48	Ж	4	Нет	13 мес
3	53	М	4	Нет	21 мес
4	44	Ж	4	Да	5 мес
5	75	Ж	4	Да	22 мес
6	69	М	4	Да	13 мес
7	18	М	6	Да	30 дней
8	56	М	5	Да	30 дней
9	52	М	4	Да	30 дней

Примечания: «время между» — время между диагностикой псевдоопухоли и раком ПЖ; последующее наблюдение — время наблюдения после установления диагноза псевдоопухоли без диагностики рака. Ж — женщина; М — мужчина.

Обсуждение

Почти у трети пациентов с ХП наблюдался псевдотуморозный ХП, а у двух из них (2/9, 22,2%) диагностирована неоперабельная аденокарцинома ПЖ менее чем через 2 месяца после первоначального диагноза псевдотуморозного ХП. Частота псевдотуморозного ХП не известна, и данные малочисленны. В одном исследовании с включением 85 пациентов с ХП у 6% (n = 5)

Таблица 3

Характеристики визуализации псевдоопухоли и окончательный диагноз

Пациент	Максимальный диаметр, мм	Локализация	Вовлечение сосудов	Наличие лимфоаденопатии	ЭУЗИ ТИБ/адекватный образец	Хирургия	Окончательный диагноз
1	35	Тело	Да	Нет	Норма/да	Нет	ХП
2	30	Головка	Нет	Да	ХП/да	Нет	ХП
3	20	Головка	Нет	Нет	Норма/да	Нет	ХП
4	35	Головка	Да	Да	Воспаление/да	Да	ХП
5	35	Шейка	Нет	Нет	ХП/да	Нет	ХП
6	28	Тело	Нет	Нет	ХП/да	Нет	ХП
7	30	Шейка	Нет	Да	Не неопластические клетки/да	Да	Миофибробластическая опухоль
8	40	Головка	Да	Да	Норма/да	Да	Рак ПЖ
9	40	Головка	Да	Да	ХП/да	Да	Рак ПЖ



Рис. 2. Псевдотуморозный ХП и развитие рака ПЖ при наблюдении. ПХП — псевдотуморозный ХП.

наблюдался псевдотуморозный ХП, а у 3,5% (n = 3) из них был диагностирован рак ПЖ [7]. В более позднем исследовании С. Burski et al. [4] было обнаружено, что у 29% (125/436) пациентов с ХП наблюдался псевдотуморозный ХП, а у 13% (16/125) из них диагностирована аденокарцинома ПЖ после наблюдения. В таблице 4 приведены опубликованные данные о пациентах с ХП и псевдотуморозным ХП.

Таблица 4

Частота псевдотуморозного ХП у пациентов с ХП согласно данным исследований в литературе

Ссылка	Год	Число пациентов (n)	Частота псевдоопухоли	Частота рака ПЖ
M. Barthet et al [7] ¹	1996	85	6%	3,5%
C. Burski et al [4] ²	2012	436	29%	13%
Настоящее исследование	2014	35	25%	22%

Примечания: ¹ — не сообщалось о времени между диагностикой псевдоопухоли и рака ПЖ, только время выживания после диагностики рака ПЖ; ² — время между диагностикой псевдоопухоли и раком ПЖ составило 4,2 мес.

Что касается наблюдения за пациентами с псевдотуморозным ХП, нет четких рекомендаций относительно идеального метода визуализации и времени для последующей визуализации после установления первоначального диагноза. Поэтому тактика наблюдения за пациентами с псевдотуморозным ХП в отношении возможного рака ПЖ не разработана, что негативно сказывается на прогнозе больных [1, 2, 14, 15, 16]. В настоящем исследовании у пациентов с псевдотуморозным ХП рак ПЖ был диагностирован на поздней стадии в течение менее 2 месяцев после первичного диагноза псевдотуморозного ХП.

Эти данные свидетельствуют о неправильном диагнозе, а не о новом возникновении новообразования во время последующего наблюдения. Из-за этого программы наблюдения пациентов с псевдотуморозным ХП с интервалами более 6 месяцев, вероятно, являются недостаточными. В исследовании С. Burski et al. [4] было сделано заключение о том, что интервал 3–6 месяцев для наблюдения пациентов с псевдотуморозным ХП не являлся оптимальным из-за быстрого прогрессирования возможного рака ПЖ. В нескольких исследованиях были предприняты попытки установить критерии визуализации ЭУЗИ (без ТИБ) для выявления доброкачественных воспалительных псевдоопухолей и опухолей.

Несмотря на высокое разрешение ЭУЗИ, оно не обеспечивает надежной дифференциации доброкачественных и злокачественных поражений ПЖ [12]. Новые технологии, такие как ЭУЗИ-эластография и контрастное ЭУЗИ, могли бы быть важными инструментами для дифференциальной диагностики. В многоцентровом исследовании 30 пациентов с доброкачественными очаговыми образованиями ПЖ (как проявлениями ХП) обследованы с помощью ЭУЗИ-эластографии [8]. Все очаговые образования при ХП имели признаки доброкачественности (смешанная зеленая окраска и низкая интенсивность синего). В то же время эластография выявляла признаки злокачественности (интенсивная синяя окраска) во всех случаях аденокарциномы ПЖ, эндокринных опухолей, метастазов в ПЖ и саркомы ПЖ. В исследовании М. Hocke et al. [5] аденокарцинома, развившаяся при ХП, не контрастировалась после инъекции контраста. Напротив, псевдотуморозный ХП был

гиперваскуляризированным (91%) после инъекции SonoVue®. По нашим данным, пожилые пациенты с ХП имеют риск псевдотуморозного ХП и являются кандидатами для пристального наблюдения (табл. 1).

Ограничения нашей работы — это небольшой размер выборки и ретроспективный анализ. Характер заболевания затрудняет больший размер выборки для одного центра. Для будущих проектов необходимо планировать многоцентровые исследования. Наши данные полезны для будущих систематических обзоров и метаанализов.

В заключение, мы предполагаем, что за обнаружением псевдотуморозного ХП должно следовать тщательное наблюдение в отношении рака ПЖ с учетом конкретных характеристик пациента с помощью ЭУЗИ в течение менее чем 1 месяца после обнаружения образования или непосредственно перед хирургическим вмешательством. ЭУЗИ ТИБ может пропустить злокачественность почти у 25% пациентов с псевдотуморозным ХП.

Комментарии Справочная информация

Рак ПЖ при установлении диагноза недооценивается в 70% случаев. Трудно дифференцировать данные визуализации для рака ПЖ и псевдоопухоли в контексте ХП. Авторы наблюдали пациентов с ХП и новообразованиями ПЖ и оценили окончательный результат, определили оптимальный интервал наблюдения.

Инновации

Наблюдение за пациентами с псевдотуморозным ХП должно проводиться с учетом клинических особенностей и соответствовать программе наблюдения за больными с раком ПЖ с выполнением ЭУЗИ ТИБ в течение < 1 месяца после обнаружения образования или непосредственно перед резекцией ПЖ.

Экспертная оценка

Это интересный ретроспективный анализ пациентов с псевдотуморозным поражением в контексте ХП. Результаты заслуживают внимания.

Перевод канд. мед. наук Л. А. Ярошенко
Редактирование проф. Н. Б. Губергриц

Литература:

- Advances in counselling and surveillance of patients at risk for pancreatic cancer / R. E. Brand, M. M. Lerch, W. S. Rubinstein [et al.] // *Gut*. — 2007. — Vol. 56. — P. 1460–1469.
- Balthazar E. J. Pancreatitis associated with pancreatic carcinoma. Preoperative diagnosis: role of CT imaging in detection and evaluation / E. J. Balthazar // *Pancreatol.* — 2005. — Vol. 5. — P. 330–344.
- Brimiene V. Differential diagnosis between chronic pancreatitis and pancreatic cancer: a prospective study of 156 patients / V. Brimiene, G. Brimas, K. Strupas // *Medicina (Kaunas)*. — 2011. — Vol. 47. — P. 154–162.
- Burski C. Diagnosing cancer in chronic pancreatitis: the struggle persists / C. Burski, S. Varadarajulu, J. Trevino // *Gastrointest. Endosc.* — 2012. — Vol. 75. — P. AB193.
- Contrast-enhanced endoscopic ultrasound in discrimination between focal pancreatitis and pancreatic cancer / M. Hocke, E. Schulze, P. Gottschalk [et al.] // *World J. Gastroenterol.* — 2006. — Vol. 12. — P. 246–250.
- Early detection of pancreatic cancer in patients with chronic pancreatitis: diagnostic utility of a K-ras point

- mutation in the pancreatic juice / P. E. Queneau, G. L. Adessi, P. Thibault [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* — 2001. — Vol. 96. — P. 700–704.
7. Endoscopic ultrasonographic diagnosis of pancreatic cancer complicating chronic pancreatitis / M. Barthet, I. Portal, J. Boujaoude [et al.] // *Endoscopy.* — 1996. — Vol. 28. — P. 487–491.
 8. Endoscopic ultrasound elastography for evaluation of lymph nodes and pancreatic masses: a multicenter study / M. Giovannini, B. Thomas, B. Erwan [et al.] // *World J. Gastroenterol.* — 2009. — Vol. 15. — P. 1587–1593.
 9. Endoscopic ultrasound for differential diagnosis of focal pancreatic lesions, confirmed by surgery / B. Brand, T. Pfaff, K. F. Binmoeller [et al.] // *Scand. J. Gastroenterol.* — 2000. — Vol. 35. — P. 1221–1228.
 10. Farrell J. J. Diagnosing pancreatic malignancy in the setting of chronic pancreatitis: is there room for improvement? / J. J. Farrell // *Gastrointest. Endosc.* — 2005. — Vol. 62. — P. 737–741.
 11. Feldman M. Sleissenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease / M. Feldman, L. Friedman, L. Brand. — 9th ed. — Philadelphia : Saunders Elsevier, 2010. — P. 985–1014.
 12. Harewood G. C. Endosonography-guided fine needle aspiration biopsy in the evaluation of pancreatic masses / G. C. Harewood, M. J. Wiersema // *Am. J. Gastroenterol.* — 2002. — Vol. 97. — P. 1386–1391.
 13. Histopathologic correlates of noncalcific chronic pancreatitis by EUS: a prospective tissue characterization study / S. Varadarajulu, I. Eltoun, A. Tamhane, M. A. Eloubeidi // *Gastrointest. Endosc.* — 2007. — Vol. 66. — P. 501–509.
 14. Howes N. Risk of pancreatic ductal adenocarcinoma in chronic pancreatitis / N. Howes, J. P. Neoptolemos // *Gut.* — 2002. — Vol. 51. — P. 765–766.
 15. The inherited genetics of pancreatic cancer and prospects for secondary screening / L. J. Vitone, W. Greenhalf, C. D. McFaul [et al.] // *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* — 2006. — Vol. 20. — P. 253–283.
 16. Pancreatic cancer screening: state of the art / C. Gellmel, A. Eickhoff, L. Helmstädt, J. F. Riemann // *Expert Rev. Gastroenterol. Hepatol.* — 2009. — Vol. 3. — P. 89–96.
 17. Pancreatic pseudotumors: non-neoplastic solid lesions of the pancreas that clinically mimic pancreas cancer / N. V. Adsay, O. Basturk, D. S. Klimstra, G. Klöppel // *Semin. Diagn. Pathol.* — 2004. — Vol. 21. — P. 260–267.
 18. Pancreatitis and the risk of pancreatic cancer. International Pancreatitis Study Group / A. B. Lowenfels, P. Maisonneuve, G. Cavallini [et al.] // *N. Engl. J. Med.* — 1993. — Vol. 328. — P. 1433–1437.
 19. Role and limitations of ¹⁸F-FDG positron emission tomography (PET) in the management of patients with pancreatic lesions / C. Pery, G. Meurette, C. Ansquer [et al.] // *Gastroenterol. Clin. Biol.* — 2010. — Vol. 34. — P. 465–474.

УДК 616.37-002.182-036.82/86

RU

Наблюдение за пациентами с псевдотуморозным хроническим панкреатитом: исход заболевания и выживание

F. I. Téllez-Ávila¹, Â. Villalobos-Garita², M. Giovannini³, C. Chan¹, J. Hernandez-Calleros¹, L. Uscanga¹, M. Â. Ramirez-Luna¹

¹Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, Mexico City, México (Мехико, Мексика)

²Hospital Calderón Guardia, San José, Costa Rica (Сан-Хосе, Коста-Рика)

³Paoli-Calmettes Institute, Marseille, France (Марсель, Франция)

Статья опубликована в журнале *World J. Gastroenterol.* — 2014. — № 20 (26). — С. 8612–8616.

Ключевые слова: хронический панкреатит, псевдотуморозный хронический панкреатит, наблюдение, эндоскопическое ультразвуковое исследование, тонкоигольная биопсия

Цель: наблюдение за пациентами с псевдотуморозным хроническим панкреатитом (ХП) для оценки исходов заболевания и определения оптимального интервала наблюдения.

Методы: ретроспективно были проанализированы данные, полученные проспективно. В исследование

включены пациенты с клиническими проявлениями ХП (боли в эпигастрии, стеаторея и сахарный диабет), с наличием 4 и больше критериев ХП при эндоскопическом ультразвуковом исследовании (ЭУЗИ) и с результатами ЭУЗИ с тонкоигольной биопсией (ЭУЗИ ТИБ), подтверждающими ХП. Псевдоопухоль определяли как не неопластическое объемное образование, являющееся причиной ХП, которое может имитировать изменения, характерные для рака ПЖ при проведении компьютерной томографии или ЭУЗИ, но без гистологического подтверждения опухоли. Реальная опухоль определялась как опухолевое поражение ПЖ, подтвержденное гистологически.

Результаты: в исследование включены 35 пациентов с ХП, из которых 26 (74,2%) мужчин. У 9 (25,7%) пациентов был диагностирован псевдотуморозный ХП, у 2 (2/35, 5,7%) пациентов с псевдотуморозным ХП после наблюдения был диагностирован рак ПЖ. У 1 (11,1%) пациента в ходе наблюдения была диагностирована миофибробластическая опухоль ПЖ. Время между установлением диагноза псевдотуморозного ХП и опухоли ПЖ составляло у 1 больного 35 дней и у 2 пациентов 30 дней. Окончательный диагноз аденокарциномы ПЖ был подтвержден после хирургического вмешательства. У остальных 6 пациентов с псевдотуморозным ХП медиана наблюдения составила 11 месяцев (диапазон 1–22 месяцев), и у них не было доказательств наличия злокачественного новообразования. При наблюдении за пациентами без псевдотуморозного ХП, но с ХП, ни у

кого из них не был диагностирован рак ПЖ. По нашим данным, пожилые пациенты с ХП подвержены риску возникновения псевдотуморозного ХП.

Заключение: наблюдение за пациентами с псевдотуморозным ХП должно проводиться с учетом клинических особенностей и соответствовать программе наблюдения за больными с раком ПЖ с выполнением ЭУЗИ ТИБ в течение < 1 месяца после обнаружения образования или непосредственно перед резекцией ПЖ.

Основной совет: фактически не существует четких рекомендаций для наблюдения за пациентами с ХП и новообразованиями ПЖ. Мы наблюдали за пациентами с ХП и солидными панкреатическими новообразованиями и мы оценили конечный результат и определили оптимальный интервал наблюдения. Мы обнаружили, что почти у трети пациентов с ХП наблюдался псевдотуморозный ХП, а 22,2% имели неоперабельную аденокарциному ПЖ в течение менее 2 месяцев после установления диагноза псевдотуморозного ХП. Эндоскопическая ультразвуковая тонкоигльная биопсия может пропустить злокачественную опухоль почти у 25% пациентов с псевдотуморозным ХП.

УДК 616.37-002.182-036.82/86

UA

Спостереження за пацієнтами із псевдотуморозним хронічним панкреатитом: результат захворювання і виживання

F. I. Téllez-Ávila¹, Â. Villalobos-Garita², M. Giovannini³, C. Chan¹, J. Hernandez-Calleros¹, L. Uscanga¹, M. Â. Ramirez-Luna¹

¹Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, Mexico City, México (Мексика)

²Hospital Calderón Guardia, San José, Costa Rica (Сан-Хосе, Коста-Рика)

³Paoli-Calmettes Institute, Marseille, France (Марсель, Франція)

Стаття опублікована у журналі World J. Gastroenterol. — 2014. — № 20 (26). — С. 8612–8616.

Ключові слова: хронічний панкреатит, псевдотуморозний хронічний панкреатит, спостереження, ендоскопічне ультразвукове дослідження, тонкоігольова біопсія

Мета: спостереження за пацієнтами із псевдотуморозним хронічним панкреатитом (ХП) для оцінки результатів захворювання і визначення оптимального інтервалу спостереження.

Методи: ретроспективно були проаналізовані дані, отримані проспективно. У дослідження включені пацієнти з клінічними проявами ХП (болі в епігастрії, стеаторея і цукровий діабет), з наявністю 4 і більше критеріїв ХП при ендоскопічному ультразвуковому дослідженні (ЕУЗД) та з результатами ЕУЗД з тонкоігольовою біопсією (ЕУЗД ТГБ), що підтверджують ХП. Псевдопухлину визначали як не неопластичне об'ємне утворення, що є причиною ХП, яке може імітувати

зміни, характерні для раку підшлункової залози (ПЗ) при проведенні комп'ютерної томографії або ЕУЗД, проте без гістологічного підтвердження пухлини. Реальна пухлина визначалася як пухлинне ураження ПЗ, підтверджене гістологічно.

Результати: у дослідження включені 35 пацієнтів із ХП, з яких 26 (74,2%) чоловіків. У 9 (25,7%) пацієнтів був діагностований псевдотуморозний ХП, у 2 (2/35, 5,7%) пацієнтів з псевдотуморозним ХП після спостереження був діагностований рак ПЗ. У 1 (11,1%) пацієнта під час спостереження була діагностована міофібробластична пухлина ПЗ. Час між встановленням діагнозу псевдотуморозного ХП і пухлини ПЗ становив у 1 хворого 35 днів і у 2 пацієнтів 30 днів. Остаточний діагноз аденокарциноми ПЗ був підтверджений після хірургічного втручання. У решти 6 пацієнтів з псевдотуморозним ХП медіана спостереження становила 11 місяців (діапазон 1–22 місяці), і у них не було доказів наявності злоякісного новоутворення. При спостереженні за пацієнтами без псевдотуморозного ХП, але з ХП, ні у кого не було діагностовано рак ПЗ. За нашими даними, літні пацієнти із ХП схильні до ризику виникнення псевдотуморозного ХП.

Висновок: спостереження за пацієнтами із псевдотуморозним ХП має проводитися з урахуванням клінічних особливостей і відповідати програмі спостереження за хворими на рак ПЗ із виконанням ЕУЗД ТГБ протягом < 1 місяця після виявлення утворення або безпосередньо перед резекцією ПЗ.

Головна порада: фактично не існує чітких рекомендацій для спостереження за пацієнтами із ХП і новоутвореннями ПЗ. Ми спостерігали за пацієнтами із ХП і солидними панкреатичними новоутвореннями і ми оцінили кінцевий результат і визначили оптимальний інтервал спостереження. Ми виявили, що майже у третини пацієнтів із ХП спостерігався псевдотуморозний ХП, а 22,2% мали неоперабельну аденокарциному ПЗ протягом менше 2 місяців після встановлення діагнозу псевдотуморозного ХП. ЕУЗД ТГБ може пропустити злоякісну пухлину майже у 25% пацієнтів із псевдотуморозним ХП.

EN

Follow-up of patients with pseudotumoral chronic pancreatitis: outcome and surveillance

F. I. Téllez-Ávila¹, Â. Villalobos-Garita², M. Giovannini³, C. Chan¹, J. Hernandez-Calleros¹, L. Uscanga¹, M. Â. Ramirez-Luna¹

¹Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, Mexico City, México

²Hospital Calderón Guardia, San José, Costa Rica

³Paoli-Calmettes Institute, Marseille, France

World J. Gastroenterol. — 2014. — Vol. 20, No 26. — P 612–8616.

Key words: chronic pancreatitis, pseudotumoral chronic pancreatitis, surveillance, endoscopic ultrasound, fine needle aspiration

Aim: to follow up patients with pseudotumoral chronic pancreatitis (PCP) to assess their outcome and identify an optimal surveillance interval.

Methods: data obtained prospectively were analyzed in a retrospective manner. Patients with clinical evidence of chronic pancreatitis (abdominal pain in the epigastrium, steatorrhea, and diabetes mellitus), endoscopic ultrasound (EUS) criteria > 4, and EUS-fine needle aspiration (FNA) were included. A pseudotumor was defined as a non-neoplastic space-occupying lesion, a cause of chronic pancreatitis that may mimic changes typical of pancreatic cancer on CT or endoscopic ultrasound but without histological evidence. A real tumor was defined as a neoplastic space-occupying lesion because of pancreatic cancer confirmed by histology.

Results: thirty-five patients with chronic pancreatitis were included, 26 (74.2%) of whom were men. Nine (25.7%) patients were diagnosed with PCP and two (2/35; 5.7%) patients with PCP were diagnosed with pancreatic cancer on follow-up. The time between the diagnosis of PCP and pancreatic adenocarcinoma was 35 and 30 days in the two patients. Definitive diagnosis of pancreatic adenocarcino-

ma was made by surgery. In the remaining six patients with PCP, the median of follow-up was 11 months (range 1–22 months) and they showed no evidence of malignancy on surveillance. In the follow-up of patients without PCP but with chronic pancreatitis, none were diagnosed with pancreatic cancer. According to our data, older patients with chronic pancreatitis are at risk of PCP.

Conclusion: according to characteristics of patient, detection of PCP should lead a surveillance program for pancreatic cancer with EUS-FNA in < 1 month or directly to surgical resection.

Core tip: actually, there are no clear recommendations for follow-up of patients with chronic pancreatitis and solid pancreatic mass lesions. We followed-up patients with chronic pancreatitis and solid pancreatic mass lesions and we assessed the final outcome and identified an optimal surveillance interval. We found that almost one-third of patients with chronic pancreatitis had PCP, and 22.2% had unresectable pancreatic adenocarcinoma less than 2 mo after the initial diagnosis. Endoscopic ultrasound fine needle aspiration can miss malignancy in nearly 25% of patients with PCP.