

ЕНДОСКОПІЧНА ПАПІЛЕКТОМІЯ

І. Л. Насташенко

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, м. Київ

ENDOSCOPIC PAPILLECTOMY

I. L. Nastashenko

Особлива увага хірургів до новоутворень ВСДК зумовлена його розташуванням на межі між такими функціонально важливими структурами травного каналу, як дванадцятипала кишка (ДПК), жовчні протоки (ЖП), протока ПЗ. На рівні ВСДК відбувається змішування жовчі, панкреатичного соку та вмісту ДПК, постійна зміна тиску та рН. Всі ці чинники зумовлюють більш часті клітинні мальформації саме на рівні ВСДК, ніж в інших ділянках гепатопанкреатодуоденальної зони, за пухлинного ураження вони становлять 15 — 25% [1, 2].

Доброякісні новоутворення ВСДК представляють папілома, аденома, ліпома, фіброма, нейрофіброма, лейоміома. Клінічними симптомами при цьому є біль у верхніх відділах живота, диспептичні прояви, лікування, як правило, консервативне, і тільки при порушенні відтоку жовчі або панкреатичного соку показана резекція ВСДК [3, 4].

Рак ВСДК становить 1,4% в структурі усіх злоякісних пухлин. З злоякісних новоутворень ВСДК найбільш часто виявляють аденокарциному — до 90,0%. Карцинома, що походить з епітелію ампули ВСДК, має папілярну будову, характеризується відносно низькою злоякісністю, повільним ростом, невеликими розмірами (до 3 см), що забезпечує успішне оперативне лікування пацієнтів за умови своєчасної діагностики [5].

Вперше радикальне видалення аденоми ВСДК здійснив W. S. Halsted у 1889 р. Втручання передбачало дуоденотомію, резекцію ампули ВСДК з частиною глибше розташованих тканин головки ПЗ та подальшу селективну реімплантацію СЖП та протоки ПЗ у стінку ДПК. Протягом

Реферат

Наведений досвід виконання ендоскопічної папілектомії (ЕП) у 7 пацієнтів з приводу доброякісних новоутворень великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДК). Пухлини виявлені під час проведення ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії (ЕРПХГ), діагноз верифікували за даними морфологічного дослідження біопсійного матеріалу. З метою встановлення поширення процесу хворим проводили ендоскопічне ультразвукове дослідження (УЗД). При поширенні пухлини за межі слизової оболонки кишки на дистальну частину спільної жовчної протоки (СЖП), протоку підшлункової залози (ПЗ) виконання ЕП протипоказане. У 4 (57,1%) хворих ЕП здійснювали за методом петльової електроексцизії, у 3 (42,9%) — за розробленим в клініці способом.

Ключові слова: аденома великого сосочка дванадцятипалої кишки; ендоскопічна папілектомія.

Abstract

Experience of performance of endoscopic papillectomy in 7 patients, suffering benign tumors of duodenal papilla magna, was adduced. The tumors were revealed while conducting endoscopic retrograde pancreatocholangiography, the diagnosis was verified, basing on morphological investigation data on the biopsy material. Endoscopic ultrasonographic investigation was conducted with the objective to reveal the process spread. While intestinal extramucosal tumoral spread on a distal part common biliary duct, pancreatic duct the endoscopic papillectomy is contraindicated. In 4 (57.1%) patients endoscopic papillectomy was performed in accordance to method of the loop electroexcision, and in 3 (42.9%) — in accordance to the method, elaborated in the clinic.

Key words: adenoma of duodenal major papilla; endoscopic papillectomy.

багатьох років папілектомії віддавали перевагу у порівнянні з панкреатодуоденальною резекцією через меншу травматичність і післяопераційну летальність. З іншого боку, зменшення частоти виконання папілектомії при карциномі ВСДК зумовлене більш частими рецидивами та низькими показниками 5-річного виживання, при цьому з приводу доброякісних новоутворень ВСДК застосування таких щадних операцій виправдане [6].

Травматичність трансдуоденальної папілектомії і, відповідно, значна частота післяопераційних ускладнень, впровадження мініінвазивних технологій та розширення їх можливостей зумовили необхідність розробки ендоскопічних методик папілектомії. ЕП, на відміну від трансдуоденальної папілектомії, забезпечує більш економну резекцію

тканин — слизової оболонки та підслизового прошарку стінки ДПК навколо її ампули разом з тканинами, розташованими навколо СЖП та протоки ПЗ [7, 8]. Вперше ендоскопічне видалення аденоматозно-зміненого ВСДК — ЕП описав у 1983 р. К. Suzuki. Сьогодні застосовують такі методи ЕП: механічне видалення за допомогою біопсійних щипців, електроексцизія з використанням поліпектомічної петлі з ендоскопічною папілосфінктеротомією (ЕПСТ) або без такої, дренування ЖП і протоки ПЗ. Не вирішені питання щодо необхідності здійснення підслизового ліфтингу перед виконанням папілектомії [9, 10].

Найбільш відповідальним і небезпечним етапом операції видалення ВСДК є петльова електроексцизія. Успіх та безпеку операції забезпечують правильне накидання

петлі на сосочок і раціональне поєднання режимів різання й коагуляції височастотного струму.

Розроблені загальні принципи ендохірургії з приводу новоутворень ВСДК [1].

1. Діагностика поширення процесу.

2. Комплексне застосування ендоскопічних операцій.

3. Проведення ендопротезування ЖП та протоки ПЗ для забезпечення радикальності операцій та профілактики ускладнень.

4. Багатоетапність операцій.

5. Проведення контрольної дуоденоскопії після операції і, за необхідності, додаткового оперативного втручання.

Сучасні ендоскопічні методики оперативних втручань та сучасні діагностичні можливості, що включають ендоскопічне УЗД, внутрішньопроктове УЗД, комп'ютерну (КТ) та магніторезонансну (МРТ) томографію органів черевної порожнини, дають можливість детального передопераційного обстеження пацієнта з метою вибору оптимального, найменш інвазивного методу лікування доброякісних новоутворень ВСДК.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За період з 2010 по 2014 р. в Київському міському центрі хірургії печінки, підшлункової залози та жовчних проток з приводу новоутворень ВСДК лікували 178 пацієнтів, в тому числі 93 (52,2%) жінок і 85 (47,8%) чоловіків. З них 46 (25,8%) хворих направлені в клініку з інших лікувальних закладів, у 132 (74,2%) — діагноз встановлений вперше. З цих хворих методом виключення відбирали тих, кому показане виконання ЕП.

Найчастішою скаргою була безбольова жовтяниця різної вираженості — у 165 (92,7%) хворих, особливістю якої за пухлинного ураження ВСДК був її інтермітуючий характер. Зниження рівня гемоглобіну в крові у 34 (19,1%) хворих зумовлене періодичним розпадом пухлини, виникненням шлунково-кишкової кровотечі. На відразу до їжі, нудоту, схуднення скаржилися 52 (29,2%)

пацієнта, періодичне підвищення температури тіла, лихоманку — 47 (26,4%).

Крім загальноклінічних аналізів, всім хворим проводили УЗД органів гепатопанкреатодуоденальної зони, у 167 (93,8%) з них виявлене розширення до 9 — 20 мм позапечінкових ЖП, у 109 (61,2%) — розширення до 3 — 5 мм і внутрішньопечінкових ЖП, у 27 (15,2%) — розширення протоки ПЗ до 4 — 5 мм, у 32 (17,8%) — гіперехогенне утворення діаметром 1,0 — 2,5 см в проекції дистального відділу СЖП, у 46 (25,8%) — збільшення регіонарних лімфатичних вузлів. Для уточнення розмірів пухлини, її поширення, залучення в патологічний процес протокових систем печінки та ПЗ, інвазію судин І16 (65,2%) пацієнтам проводили МРТ органів черевної порожнини з контрастним підсиленням.

При діагностиці злоякісної пухлини ВСДК на цьому етапі обстеження у 41 (23,0%) пацієнта встановлювали показання до оперативного втручання без проведення ЕРПХГ. У 108 (60,1%) хворих рак ВСДК діагностований за даними ендоскопічного дослідження за наявності типових патологічних змін (деформація сосочка, контактна кровоточивість його тканин, наявність вогнищ деструкції, розростання за типом "цвітної капуста", поширення атиполої слизової оболонки з сосочка на навколишні ділянки ДПК) та даних морфологічного дослідження біопсійного матеріалу.

У 29 (16,3%) хворих застосування наведених діагностичних заходів виявилось недостатнім для достовірної верифікації виявлених за даними ендоскопічного дослідження змін ВСДК його значного збільшення, щільності консистенції, рухомості, при цьому слизова оболонка над ним візуально не змінена, що ставило під сумнів доцільність проведення біопсії. Принципи абластики вимагають обмежувати діагностичні втручання на тканині пухлини, проте, за такої ситуації вважаємо виправданим здійснення діагностичної часткової папілотомії — супрапапілярної холедоходуоденотомії з взяттям для морфологічного дослідження слизової оболонки ам-

пули ВСДК, оскільки від результатів проведеного дослідження залежить подальша лікувальна тактика. У 17 (58,7%) хворих діагностовано аденокарциному різного ступеня диференціювання, у 12 (41,3%) — аденому ВСДК. Таким чином, доброякісні пухлини ВСДК в нашому спостереженні виявлені у 6,7% хворих.

З метою визначення можливості здійснення ЕП всім хворим за наявності аденоми ВСДК виконували ендоскопічне УЗД навколососочкової ділянки і глибше розташованих тканин за допомогою ультразвукового ендоскопа Olympus GF UST 160 з ультразвуковим процесором Olympus EUS EXERA EU—C60. У 5 (41,7%) пацієнтів виявлене поширення пухлини за межі слизової оболонки ДПК на дистальну частину СЖП, що унеможливило радикальне видалення пухлини ендоскопічним шляхом, ці пацієнти виключені з дослідження.

В нашому дослідженні тільки 7 (58,3%) спостережень з загальної кількості діагностованих аденом ВСДК та 3,9% — всіх новоутворень ВСДК відповідали умовам можливості радикального виконання ЕП: наявність в межах слизової оболонки доброякісної рухомої пухлини сосочка діаметром до 3 см.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За загальноприйнятою методикою петльової діатермоексцизії з попереднім гідроліфтингом ЕП виконана у 4 (57,1%) пацієнтів з приводу аденоми ВСДК (група порівняння). В одного з них операцію вдалося виконати радикально за один сеанс, у 2 — через значні розміри аденоми технічно неможливо накинути на неї петлю, пухлину видаляли фрагментами, згортки крові ускладнювали подальше виконання операції, за такої ситуації ЕП в плановому порядку завершували другим етапом через 2 доби після першого втручання; ще в одного хворого з тих самих причин ЕП виконували в три етапи.

З метою забезпечення можливості радикального виконання ЕП за один сеанс та запобігання геморагічних ускладнень операції нами

розроблений спосіб виконання втручання, що передбачає першим етапом — розсічення слизової оболонки ДПК голковим папілотомом на відстані 3 — 5 мм від ВСДК (в межах неуражених тканин) з відшаруванням навколишніх тканин до його трубчастих структур (СЖП та протоки ПЗ), які пересікали другим етапом з застосуванням діатермічної ендопетлі. Використання діатермічної петлі на завершальному етапі втручання дозволило здійснити коагуляцію ранової поверхні в необхідному обсязі. Це, з одного боку, забезпечувало надійність гемостазу, з іншого боку, внаслідок зменшення тривалості використання ендопетлі і, відповідно, тяжкості електро-термічної травми навколишніх тканин, зокрема, головки ПЗ, зменшувало загрозу виникнення післяопераційного панкреатиту. З цією ж метою після візуалізації устя СЖП та протоки ПЗ проводили панкреатохолангіографію та стентування протоки ПЗ з використанням стента 5Fr × 5 см для запобігання її "заварювання" або стиснення запальним інфільтратом.

За розробленим в клініці способом ЕП виконана у 3 (42,9%) пацієнтів (основна група). Одному з них через гіпербілірубінемію та виражений больовий синдром як попередній, підготовчий етап до ЕП, здійснене стентування СЖП та протоки ПЗ. Наводимо спостереження.

Хворий Ж., 52 років, госпіталізований в клініку 01.11.12 зі скаргами на біль в правій підребровій, надчре-ревіній ділянках, що іррадіював у спину, виражену жовтяницю, нудоту, слабкість, схуднення. За даними УЗД виявлені виражені ознаки жовчної гіпертензії — розширення внутрішньопечінкових (до 5 мм) та позапечінкових (до 16 мм) ЖП, збільшення жовчного міхура, напруження його стінки, розширення протоки ПЗ до 4 — 5 мм. Вміст білірубину 282,2 мкмоль/л, в основному прямої фракції — 204,5 мкмоль/л. За даними дуоденоскопії виявлене пухлинноподібне утворення по медіальному контуру низхідної частини ДПК, що походило з устя ВСДК і, за даними ендоскопічного УЗД, не поширювалося за межі слизової оболонки

кишки та на дистальну частину СЖП і протоки ПЗ. Через високу гіпербілірубінемію, невідому природу виявленого новоутворення, а також тяжкий стан пацієнта (миготлива аритмія, наслідки перенесеного менінгоенцефаліту) вирішено розділити лікування на два етапи.

Першим етапом з метою усунення жовтяниці виконана декомпресія ЖП шляхом їх стентування, з метою усунення больового синдрому, зумовленого панкреатичною гіпертензією, здійснене також стентування протоки ПЗ. При зниженні рівня білірубину до 148,4 мкмоль/л (відповідно, зменшення ризику виникнення післяопераційних геморагічних ускладнень) 05.11.12 проведена дуоденоскопія з біопсією пухлини ВСДК. Стенти розташовані адекватно, функціонують. Висновок гістологічного дослідження: тубулярна аденома ВСДК. 09.11.12 через відсутність зниження рівня білірубину понад 100 мкмоль/л та епізодичне підвищення температури тіла пацієнта до 39°C проведена контрольна ендоскопія з санацією СЖП через просвіт стента. Подальший перебіг захворювання з позитивною динамікою. 11.11.12 пацієнт виписаний для амбулаторного лікування.

Другий етап — власне видалення аденоми ВСДК — здійснений після нормалізації стану хворого і загальноклінічних, біохімічних аналізів крові, коагулограми. ЕП виконували з використанням дуоденоскопа Olympus TJF150, електрохірургічного блока Olympus ESG100 та під контролем рентгеноскопічного дослідження. Оперативне втручання здійснене під ендотрахеальним наркозом. Після відшарування слизової оболонки разом з новоутворенням від глибше розташованих шарів стінки кишки шляхом ін'єкції у підслизовий прошарок у навколосочкової ділянці 10 мл розчину адреналіну 1:10 000 поетапно здійснено ендоскопічну резекцію ВСДК за розробленим в клініці методом. 29.11.12 виконане циркулярне розсічення слизової оболонки ДПК за допомогою ізотома на відстані 3 — 5 мм від ВСДК (в межах неуражених тканин) з відшаруванням глибше розташованих тканин до його труб-

частих структур. Гемостаз здійснювали під час операції шляхом коагуляції. Завершене втручання встановленням зонда в ДПК для контролю гемостазу. 03.12.12 ЕП завершена пересіченням трубчастих структур з застосуванням діатермічної ендопетлі. 25.12.12 стенти видалені, супрапапілярна холедоходуоденостома функціонує. За даними контрольної ендоскопії через 1, 6, 12 і 27 міс ознаки місцевого рецидиву новоутворення не виявлені.

При порівнянні безпосередніх результатів лікування хворих досліджуваних груп відзначено, що виконання ЕП за розробленим в клініці способом дозволило зменшити кратність втручань, необхідних для забезпечення радикальності видалення аденоми ВСДК, на 60%. При цьому в групі порівняння за даними клініко—лабораторних досліджень післяопераційний панкреатит діагностований у 2 (50,0%) хворих, в 1 (25,0%) хворого виникла шлунково—кишкова кровотеча з зниженням показників гемодинаміки (артеріальний тиск знизився до 90/50 мм рт. ст., рівень гемоглобіну — до 80 г/л), припинена за допомогою ендоскопічних методів. В основній групі ранніх післяопераційних ускладнень не було, рецидивів захворювання у строки спостереження від 14 до 27 міс з контрольною біопсією також не було. В групі порівняння рецидив захворювання виник в 1 (25,0%) пацієнта через 7 міс після ЕП, що потребувало повторного ендоскопічного втручання.

Сучасні методи ендоскопії дозволяють виконувати складні оперативні втручання та можуть бути альтернативою стандартним хірургічним методам лікування. Ендоскопічні операції забезпечують зменшення тривалості лікування, легше переносяться хворими, асоціюються з швидким одужанням та невеликою частотою ускладнень.

ВИСНОВКИ

1. ЕП є операцією вибору з приводу аденоми ВСДК.
2. Можливості покращення результатів ЕП полягають у вдосконаленні техніки виконання операції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Балалыкин А. С. Эндоскопическая диагностика и лечение доброкачественных новообразований большого дуоденального сосочка / А. С. Балалыкин // Эндоск. хирургия. — 2009. — Т. 15, № 1. — С. 29 — 30.
2. Ендоскопічна хірургічна тактика при пухлинах великого сосочка дванадцятипалої кишки / М. Ю. Ничитайло, П. В. Огороднік, О. М. Литвиненко, А. Г. Дейниченко // Укр. журн. малоінвазив. та ендоск. хірургії. — 2011. — Т. 15, № 3. — С. 29 — 30.
3. Малярчук В. И. Заболевания большого дуоденального сосочка / В. И. Малярчук, Ю. Ф. Пауткин, Н. Ф. Плавунев. — М.: Изд. дом "Камерон", 2004. — 186 с.
4. Endoscopic snare papillectomy in patients with familial adenomatous polyposis and ampullary adenoma / G. Bertoni, R. Sassatelli, E. Nigrisoli, G. Bedogni // Endoscopy. — 1997. — Vol. 29. — P. 685 — 688.
5. Madjov R. Carcinoma of the papilla of Vater. Diagnostic and surgical problems / R. Madjov, P. Chervenkov // Hepato-Gastroenterology. — 2003. — Vol. 50, N 51. — P. 621 — 624.
6. Новоутворення великого сосочка дванадцятипалої кишки. Сучасний погляд на проблему / В. М. Копчак, І. В. Хомяк, К. В. Копчак [та ін.] // Клін. хірургія. — 2007. — № 9. — С. 57 — 59.
7. Анализ традиционных и эндоскопических вмешательств при механической желтухе опухолевого генеза / В. Ф. Куликовский, И. П. Парфенов, А. А. Карпачев [и др.] // Вестн. эксперим. и клин. хирургии. — 2011. — Т. 4, № 2. — С. 252 — 257.
8. Аденома большого сосочка двенадцатиперстной кишки / А. И. Марков, Н. А. Пострелов, С. А. Винничук [и др.] // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 2011. — № 1. — С. 70 — 71.
9. Насташенко І. Л. Ендоскопічний підхід до діагностики та лікування підслизових утворень травного каналу / І. Л. Насташенко, О. В. Довбенко // Клін. хірургія. — 2011. — № 5. — С. 37.
10. Contribution of endoscopy to diagnosis and treatment of tumors of the ampulla of Vater / T. Ponchon, F. Berger, A. Chavaillon [et al.] // Cancer. — 1989. — Vol. 64. — P. 161 — 167.

