

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ РІДКІСНОЇ ПРИЧИНИ БІЛІАРНОЇ ОБСТРУКЦІЇ

Дронов О.І., Насташенко І.Л., Довбенко О.В., Мовчун К.Ю.

Кафедра загальної хірургії №1, Національний медичний університет ім. акад. О.О. Богомольця МОЗ України, Київ

Clinical and Morphological Aspects of Surveillance Rare Cause of Biliary Obstruction

O.I. Dronov, I.L. Nastashenko, O.V. Dovbenko, K.Yu. Movchun

Chair of General Surgery №1, National Medical University named by acad. A.A. Bogomolets, Kiev, Ukraine

Received: October 3, 2011
Accepted: December 14, 2011

Адреса для кореспонденції:

Кафедра загальної хірургії №1,
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
просп. 40-річчя Жовтня, 59-б
Київ, 03039, Україна
тел.: +38-050-351-04-80
e-mail: olympyc@ukr.net

Summary

Malignant tumors of the duodenum are the 1% of all malignant lesions of the gastro-intestinal tract. There is 78.9-92.4% in invasive lesion in the pancreatic tumor, and 5.6-7.4% cholangiocarcinoma with invasion of papilla Vateri. At endoscopic removal (74.8-92.7%) and surgery (8.3-14.8%) histologically verified submucosa lipoma, xanthoma, carcinoid, shvanoma. Clinical manifestations are of diffuse in others, depending on the morphological structure of the tumor: insuloma, aberrant pancreas, apudoma. The manifestation is jaundicing p. Vateri comprising 3.4-6.1% of all cases of biliary obstruction. Neoplasm p. Vateri structurally unrelated to his rise to the elements of the biliary obstruction was not encountered in the literature.

We observed a patient — woman of 76 years old, she admitted to hospital with a diagnosis of chronic calculous cholecystitis, choledocholithiasis, and obstructive jaundice. The diagnostic papillotomiya with dissection of education was performed. The tumor was a cyst, containing up to 1 mL of white liquid. The patient was discharged after 3 days. Histologically the wall misrepresented by the fibrous structure of varying degrees of compactness of the rough to tender-fishnet.

Key words: pseudocyst of p. Vateri, obstructive jaundice, endoscopic treatment.

Вступ

Первинні злоякісні новоутворення дванадцятипалої кишки (ДПК) є досить рідкісними і складають менше 1% від усієї бластоматозної патології шлунково-кишкового тракту [1-3,12]. В більшості практичних випадків виявлені злоякісні ураження ДПК носять вторинний характер і зумовлені проростанням первинної пухлини підшлункової залози в стінку кишки (78,9-92,4% спостережень) або наявністю холангіогенної карциноми, яка поширюється на великий сосочок (ВСДК) дванадцятипалої кишки — 5,6-7,4% [2,3,6,7]. У літературі досить рідко зустрічаються повідомлення і про доброякісні новоутворення ДПК [3,6,9,11]. В 9,7-17,2% випадків вони локалізуються у цибуліні ДПК, в 11,2-19,4% — у верхньогоризонтальній, в 42,8-56,4% — у нисхідній, в 12,1-18,7% — у нижньогоризонтальній та в 8,3-12,4% — у висхідній частині кишки [6,11]. При гістологічному дослідженні

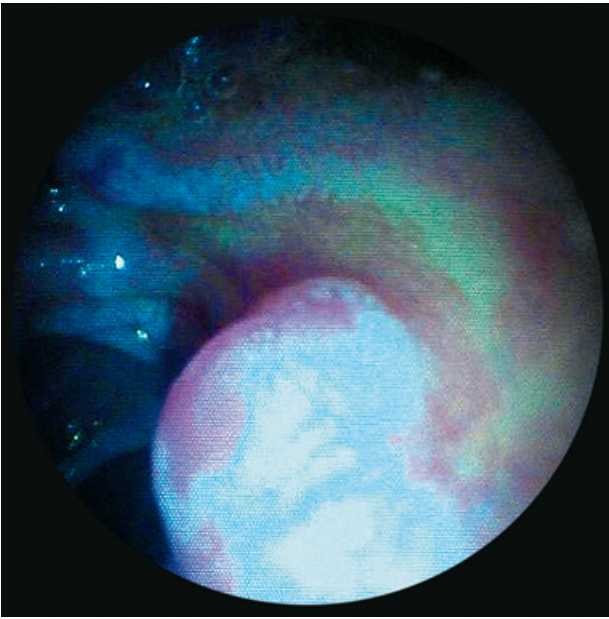


Рис. 1

Псевдокіста великого сосочка дванадцятипалої кишки.



Рис. 2

При РХПГ холедох в дистальному відділі деформовано за рахунок стиснення ззовні.

новоутворень, видалених ендоскопічно (74,8-92,7%), та при черевних втручаннях (8,3-14,8%) вони верифікуються як підслизові ліпоми, ксантоми, карциноїд, шванома [8,10]. Клінічні прояви пухлинних уражень цієї локалізації не чіткі та виявляються вони здебільшого випадково під час ендоскопічних досліджень. Інші проявляються в залежності від їх морфологічної будови: інсулома, ектопована підшлункова залоза, апудома. Специфічною ознакою новоутворень Фатерового сосочка є механічна жовтяниця, яка виникає внаслідок первинної патології або вторинного залучення до патологічного процесу термінального відділу жовчовивідних протоків, ВСДК, що зумовлює лише 3,4-6,1% всіх випадків біліарної обструкції [12]. З них 16,7-23,2% спостережень припадає на доброякісну патологію сосочка — стенозуючі папіліти (аденоми, аденоміоматоз), вкочлені конкременти тощо [1]. Власне первинна патологія тканин, що утворюють ВСДК, досліджується як макроскопічно — із застосуванням ендоскопічних досліджень в різних спектрах світла [5,6,10,11], так і мікроскопічно — з метою встановлення наявності дисплазії слизової оболонки, визначення її ступеня, або малігнізації, змін м'язового апарату сфінктеру Одді [9]. Цистаденома та цистаденокарцинома підшлункової залози являються найменш дослідженим розділом хірургічної панкреатології, локалізуються вони частіше за все у хвості залози [1,2,7].

Загострення уваги до цих досліджень в останні роки зумовлене розширенням технічних можливостей малоінвазивних ендоскопічних втручань на ВСДК, зокрема, предметом обговорення стає доцільність виконання ендоскопічної папілектомії, мукозектомії [3,4,9-12].

Проте, не зважаючи на значну кількість робіт, присвячених цій проблемі, ми не зустрічали опису новоутворень в ділянці Фатерового сосочка, структурно не пов'язаних з його елементами, але спроможних зумовлювати явища біліарної обструкції.

Матеріали і методи

Для демонстрації незвичайного випадку виявлення доброякісного парафатерального новоутворення, яке зумовлювало явища біліарної обструкції, приводимо наступне клінічне спостереження.

Хвора Б., 1935 р.н., історія хвороби №100459 звернулася до клініки 22/02-2011 р. зі скаргами на наявність періодичних болей у правому підребр'ї, пов'язаних з прийманням їжі, іктеричність склер, шкіри, підвищення температури тіла до 37,8-38,2°C з діагнозом при направленні «хронічний калькульозний холецистит, холедохолітіаз, механічна жовтяниця». За даними УЗД у жовчному міхурі визначалися

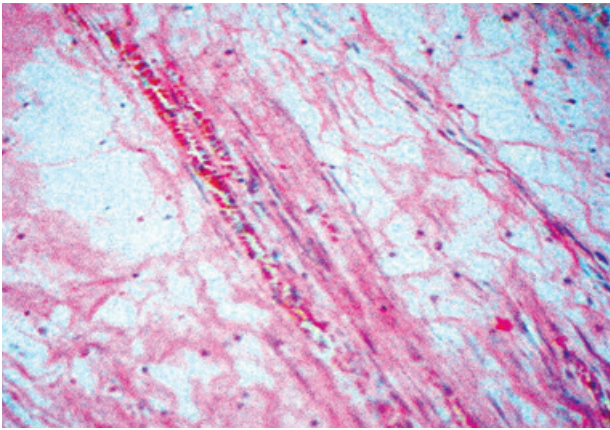


Рис. 3

Особливості будови стромального каркасу стінки псевдо кисти (Г.-Е., зб. $\times 100$).

конкременти діаметром від 4 до 15 мм, діаметр позапечінкових жовчних протоків — 9 мм, в дистальному відділі загальної жовчної протоки локалізувався конкремент діаметром 5 мм. З лабораторних даних привертало увагу підвищення рівня білірубінемії до 96,4 мкмоль/л, в основному за рахунок його прямої фракції — 78,6 мкмоль/л.

22/02-2011 р. при проведенні ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії на ВСДК під слизовою оболонкою дванадцятипалої кишки було виявлене щільне білувате новоутворення неправильної форми 4 \times 4 \times 6 мм, нерухоме, інтимно фіксоване до підлеглих тканин (рис. 1). При цьому вустя сосочку залишалося вільним, але просування катетеру в його ампулі було ускладнене ймовірно за рахунок її деформації виявленим новоутворенням. З метою верифікації причини гіпербілірубінемії було почато виконання діагностичної ендоскопічної папілотомії. При цьому новоутворення було розсічене — воно виявилось кістоподібним й містило до 1 мл білої рідини. Після спорожнення новоутворення катетер через устя сосочку був вільно проведений в дистальний відділ жовчних протоків. Останні діаметром до 9 мм, конкрементів не містять, в дистальному відділі деформовані за рахунок стиснення ззовні (рис. 2). З капсули новоутворення взято біопсію для її гістологічного дослідження. Сфінктерний апарат ВСДК після наведеного втручання залишився інтактним. Рівень білірубінемії протягом двох діб нормалізувався. Ускладнень, пов'язаних з ендоскопічним втручанням, не було, на третю добу після нього хвора була виписана у задовільному стані.

Після отримання результату гістологічного дослідження оболонки парафатерального новоутворення, що виключав його бластоматозне походження, 1/03-2011 р. хвора була госпіталізована вдруге для виконання планової холецистектомії. 2/03-2011 р. виконано холецистектомію з зовнішнім дренажуванням

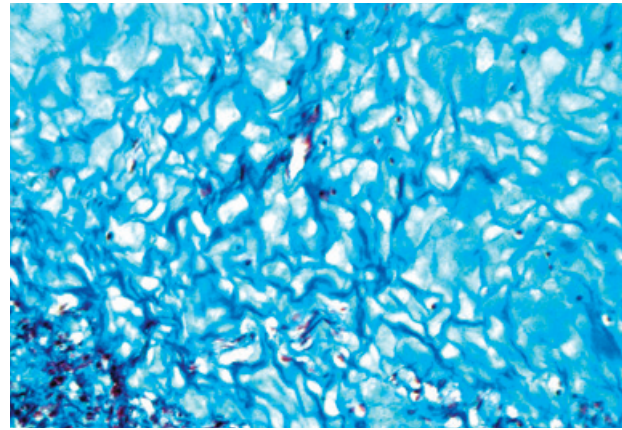


Рис. 4

Зрілий колаген стінки псевдокисти. Відсутність дегенеративних змін (забарвлення за Масоном, зб. $\times 100$).

холедоуху. Перебіг післяопераційного періоду без особливостей. Фістулохолангіографія виконана на 4 добу після операції: проходимість жовчних протоків не порушена, контрастна речовина вільно потрапляє до дванадцятипалої кишки. 7/03-2011 р. хвора була виписана у задовільному стані.

Результати та їх обговорення

Маючи достатній досвід виконання ендоскопічних втручань на ВСДК, ми не могли не зацікавитися описаним випадком з двох причин. По-перше, виявлене новоутворення було клінічно значущим, зумовлювало явища біліарної обструкції (біль, жовтяницю, гіпертермію). Воно призвело до протокової гіпертензії та дилатації позапечінкових жовчних протоків і імітувало, за даними УЗД, наявність в них конкременту. І, по-друге, ні з власного досвіду, ні зглядаючись на літературні дані, ми не змогли пояснити походження та природу такого кістоподібного утворення.

При гістологічному дослідженні вказаного кістоподібного утворення привертає увагу його явна сполучно-тканинна природа, а також відсутність у досліджуваному матеріалі епітеліальних структур (рис. 3). Це дало змогу одразу детермінувати утворення як псевдокисту, стінка якої представлена волокнистими сполучно-тканинними структурами різного ступеня компактності — від грубо-тяжистих до ніжно-ажурних. Колагенові волокна були зрілими, фібробласти поодинокими (рис. 4). В стінці утворення місцями зустрічали помірно виражену капілярну сітку з ознаками належної перфузії її форменими елементами крові.

Ми не помітили в стінці описаної псевдокисти ознак мукоїдної чи фібриноїдної дегенерації ані інших проявів стромальних дистрофічних процесів.

Висновок

Широке впровадження нових малоінвазивних методик втручань на ВСДК, анатомічна та фізіологічна специфічність ампулярної частини папіли вимагають ретельного, впритул до морфологічного, її дослідження при різних патологічних станах для оптимізації обрання лікувальної тактики.

Література

1. Губергриц Н.Б., Христинич Т.Н. (2000) Клиническая панкреатология. (Донецк). 416 с.
2. Кубышкин В.А., Вишневский В.А. (2003) Рак поджелудочной железы. (Москва). «Медпрактика». 386 с.
3. Кубышкин В.А. (2009) Периапулярные опухоли. Тихоокеанский медицинский журнал. 2: 53-56
4. Мумладзе Р.Б., Розиков Ю.Ш., Якушин В.И. (2005) Современные аспекты диагностики заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны и лечения больных с этой патологией. Российские медицинские вести. 4: 25-29
5. Насташенко И.Л., Довбенко О.В., Довбенко В.С. (2010) Эндоскопическое лечение подслизистых образований пищевода и желудка. Тезисы работ: 14 Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. с. 247-249
6. Патолого-анатомическая диагностика опухолей человека: руководство (1993) Под редакцией Краевского Н.А. (Москва). «Медицина». 403 с.
7. Шалимов А.А. (1996) Хирургическое лечение больных раком поджелудочной железы и панкреатодуоденальной зоны. Анн. хирургической гепатологии. 1: 62-68
8. Alexander S., Bourke M. J., Williams S.J. et al. (2009) EMR of large, sessile, sporadic nonampullary duodenal adenomas: technical aspects and long-term outcome. Gastrointestinal endoscopy. 69: 66-73
9. Chong K.C., Cheah W., Lenzi J. et al. (2000) Benign duodenal tumors. Hepatogastroenterology. 47: 298-300
10. Fendrich V., Bartsch D.K., Langer P. et al. (2004) Diagnosis and surgical treatment of insulinoma — experiences in 40 cases. Dtsch. Med. Wochenschr. 129; 17: 941-946
11. Relles D., Baek J., Witkiewicz A. et al. (2010) Periapillary and duodenal neoplasms in neurofibromatosis type 1: two cases and an updated 20-year review of the literature yielding 76 cases. J. Gastrointest Surg. 14; 6: 1052-1061
12. Tien Y.W., Lee C.Y., Huang C.C. et al. (2010) Surgery for gastrointestinal stromal tumors of the duodenum. Annals of surgical oncology. 17; 1: 109-114