

Ошибки в диагностике и тактике лечения новообразований большого дуоденального сосочка (БДС)

**А.С. Балалыкин, Х.С. Муцуров, А.И. Давыдов,
В.В. Гвоздик, Е.Г. Шпак, А.Н. Вербовских**

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Как свидетельствуют клинический опыт и данные литературы, новообразованиям БДС не уделялось достаточного внимания. Исключение составляли злокачественные опухоли. Небольшие (до 3–5 мм) одиночные экстрапапиллярные опухоли легко диагностируются эндоскопически при выполнении дуоденоскопии и либо легко устраняются различными способами (ЭПТ, биопсия, петельная электроэксцизия, коагуляция), либо остаются без лечения для динамического наблюдения. Особенно актуальным является вопрос о судьбе обнаруженных и не удаленных новообразований и их дифференциальной диагностике со злокачественными опухолями.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Мы наблюдали пациента, клиническое течение болезни которого и наши врачебные действия наводят на размышления о серьезности проблемы диагностики и выбора рациональной тактики ведения больных с новообразованиями БДС, возможности их злокачественной трансформации и месте эндоскопии в их диагностике и лечении.

Больной Ш.В.И., 1955 г.р., история болезни №2927, в одной из больниц г. Москва 12.03.2007 г. перенес операцию ЛХЭ по поводу деструктивного холецистита, механической желтухи. 16.03. ночью развилась клиника перитонита, и при релапароскопии обнаружена желчь в брюшной полости. При лапаротомии и интраоперационной холангиографии диагностирован холангиолитиаз и произведены холедохолитотомия, дренирование холедоха по Керу, санация и дренирование брюшной полости.

После нормализации состояния 26.03. выполнена КТ, при которой диагностировано в БДС солидное образование до 18 мм в диаметре. При холангиографии через дренаж контрастное вещество в дуоденум не поступает, имеется камень до 5 мм.

27.03.2008 г. произведена (А.С. Балалыкин) дуоденоскопия, при которой обнаружен увеличенный в размерах до 2 см БДС округлой формы, слизистая оболочка которого не изменена, устье четко дифференцируется, в устье имеются ярко-розовые миндалевидные новообразования диаметром до 1 мм. Канюляция трудная, но успешная. При холангиографии протоковая система не расширена, в терминальном отделе общего желчного протока (ТО ОЖП) – подвижный дефект наполнения диаметром до 5–6 мм с неровной поверхностью. Произведена ЭПТ до основания БДС с надсечением циркулярной складки. После ЭПТ в разрезе БДС стали выбухать гроздья папилломатозных разрастаний ярко-розового цвета, заполняющих всю рану БДС. Биопсия. При гистологическом и цитологическом исследованиях №54-93-99 – тубопапиллярная аденома. После извлечения дренажа (при холангиографии ТО ОЖП свободно проходим) больной выписан.

Несмотря на рекомендации явиться для обследования через два месяца больной обследован амбулаторно, только в январе 2008 г., и при дуоденоскопии состояние БДС и аденомы без изменений, роста новообразования не отмечено. Биопсия – результаты те же.

В августе 2008 г., т.е. через 15 мес., у больного появились боли в правом подреберье, иктеричность склер, в связи с чем 27.08. госпитализирован. 28.08.08. при дуоденоскопии в зоне БДС обнаружено опухолевидное образование размерами 30x12 мм на большей поверхности гладкое, покрытое эпителием, а в проксимальном и дистальном отделах дольчатого строения – розового цвета, мягкой консистенции, подвижное. При биопсии 16870-80 – тубопапиллярная аденома. При эндоскопическом ультразвуковом исследовании от 19.09.2008 (рис 1) диагностировано новообразование БДС с четкими контурами без инвазивного роста.

Для дальнейшего лечения эндоскопическими методами в связи с отсутствием необходимого оборудо-

дования больного было решено перевести в 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого... 23.09 была проведена дуоденоскопия. На внутренней стенке двенадцатиперстной кишки обнаружено новообразование (рис. 1, 2, 3) 6,0х3,0 см, основание которой меньше выбухающей части, большая часть которого имеет гладкую поверхность бледно-розового цвета, а в проксимальном и дистальном отделах опухоли ткань дольчатой структуры ярко-розового цвета площадками до 1,0 и 2,0 см, в центре которых имеется желчеистечение. При канюляции проксимального «устья» получена холангиограмма (рис 4): проток расширен до 2,0 см, контрастирование гомогенное, но в дистальной части отмечается сужение протяженностью до 15 мм с выбуханием в просвет холедоха. Расстояние от «устья» до верхней границы опухоли 2 см. В связи с высоким уровнем желтухи (билирубин 200 ммоль/л) произведено стентирование желчных протоков 2 пластиковыми стентами, а для диагностики характера опухоли

произведены прицельная биопсия и расширенная петельная биопсия двух областей новообразования: электрорезекция дистальной части размерами 3,0х2,0 см и проксимальной – 1,0х0,6 см. (рис. 5, 6, 7, 8, 9) Первое извлечено для гистологического исследования, второе – «потеряно». Области резекции для профилактики кровотечения обработаны аргоном. При гистологическом исследовании – аденома БДС.

В связи с доброкачественным характером опухоли предпринято эндоскопическое лечение, в плане которого петельная электрорезекция и аргонплазменная деструкция новообразования (рис 10) с гистологическими и цитологическими исследованиями. Обоснованием к выбору метода лечения в пользу эндоскопического является ограниченный характер роста и доброкачественность.

После ликвидации желтухи 23.10.08. г. при дуоденоскопии петля наброшена на дистальную часть но-

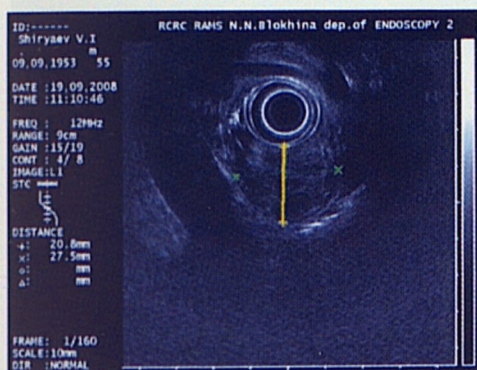


Рис. 1

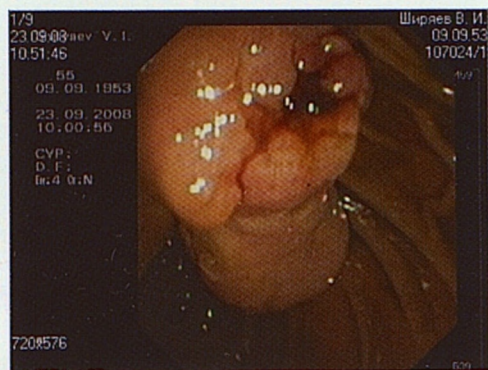


Рис. 2

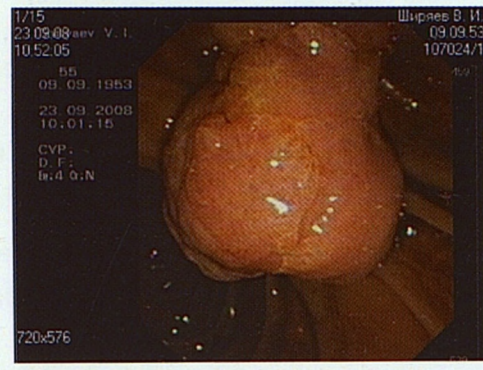


Рис. 3



Рис. 4

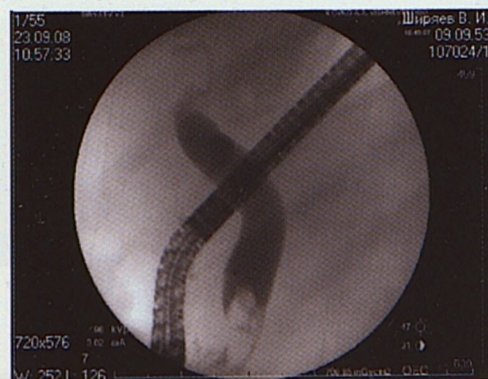


Рис. 5

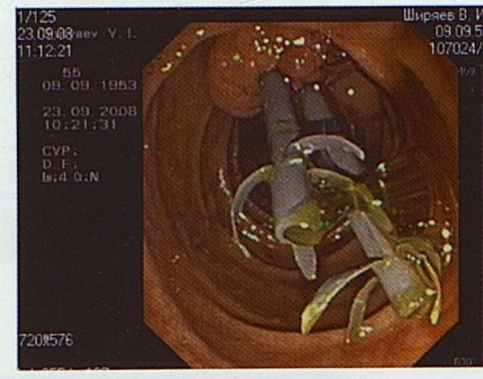


Рис. 6

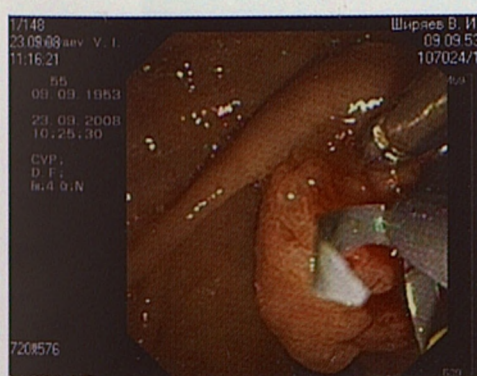


Рис. 7

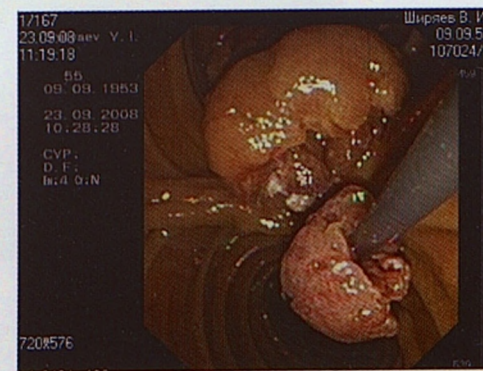


Рис. 9



Рис. 10

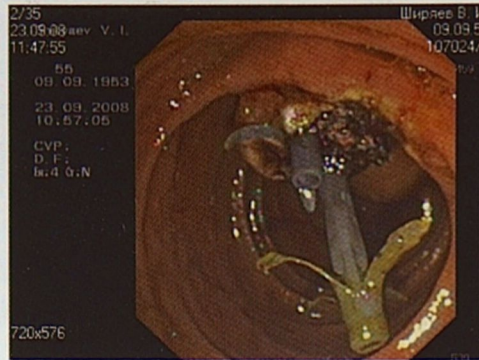


Рис. 11

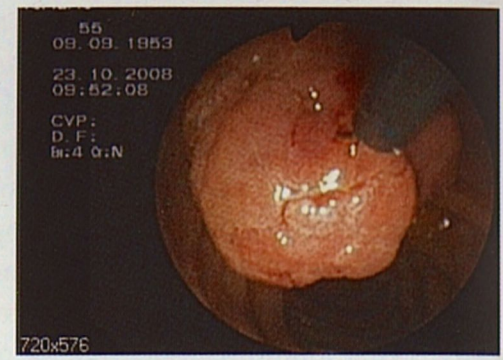


Рис. 12

вообразования почти у края его и произведена электрорезекция (рис. 11, 12). При затягивании петли слизистая оболочка подкраивалась. Резецированная часть опухоли извлечена наружу, ее размер с учетом коагуляции 3,0 x 1,5 см. При повторном введении эндоскопа установлено, что место резекции прикрыто сгустком, который смещен, а также обнаружен край новообразования, который удален петлей, а область резекции обработана аргонном и капрофером (рис. 13, 14). При их введении отмечены сильные боли, которые стихли через 10 минут. Через 3 часа после операции у больного отмечен коллапс и рвота кровью. При двух контрольных исследованиях в день операции продолжающегося кровотечения нет.

Мы считаем, что кровотечение началось во время операции из слизистой оболочки при затягивании петли

с недостаточной коагуляцией и продолжилось после операции. В связи с кровотечением больной был выписан, повторно госпитализирован в январе 2009 года.

29.01.09 г — эндоскопия: проксимальная половина опухоли отсечена и на ее месте кратерообразное углубление с выбуханием в центре плотной консистенции (рис. 15). Основание опухоли крестообразно от стентов расщеплено, левый нижний большой сегмент удален электропетлей, а другие сегменты и прилежащая слизистая оболочка подвергнуты аргонплазменной деструкции (рис. 16). Для контроля за возможным кровотечением в дуоденум введен тонкий зонд, выведенный через правый носовой ход. Послеоперационное течение гладкое. Результаты гистологического исследования № 109256/10: в ре-



Рис. 13

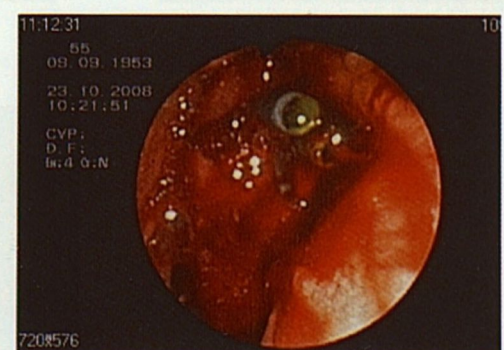


Рис. 14

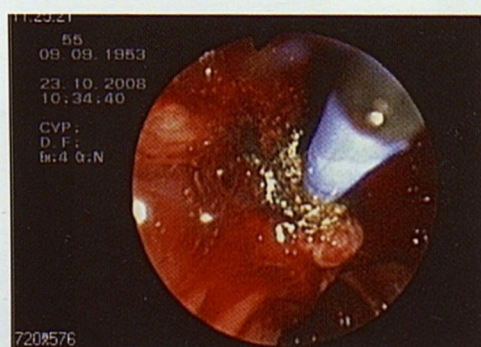


Рис. 15

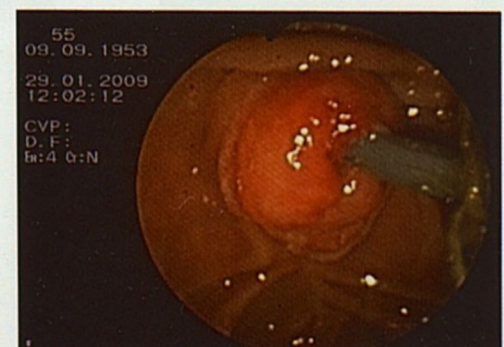


Рис. 16

зецированном петлей участке фрагмент слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки с собственной мышечной пластиной, очагами деструкции, а в биоптатах – пять фрагментов слизистой оболочки с выраженным отеком и очагами некроза. Подозрения на злокачественность нет.

Полученные результаты и исследования позволили нам продолжать эндоскопическое лечение доброкачественного новообразования БДС.

При очередной госпитализации в 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого, история болезни № 2474, 19.02.09 г. при дуоденоскопии (рис. 17, 18, 19, 20) БДС отсутствует, поверхность представлена дольчатой розовой тканью, в верхней части дифференцируется устье желчного протока, которое прикрывается пролабирующим в холедох бархатистым образова-

ем до 5 мм, которое удалено петлей и после биопсии из терминального отдела холедоха – аргоноплазменной деструкцией. При контрольном исследовании на месте удаленного новообразования обнаружена гладкая ярко-розовая ткань, обрамляющая вновь образованное устье БДС – множественная биопсия (рис. 21, 22). При морфологическом и цитологическом исследованиях № 109256/11 в ряде препаратов получена аденоматозная ткань и атипичные железистые структуры – аденокарцинома.

Больной направлен в ОНЦ, где ему 03.03.09 г. произведена повторно эхoduоденоскопия. Желчевыводящие протоки осмотрены на всем протяжении. Холедох до 12 мм, просвет гомогенный. На уровне ТОХ определяется распространение опухолевых масс из ампулы БДС.

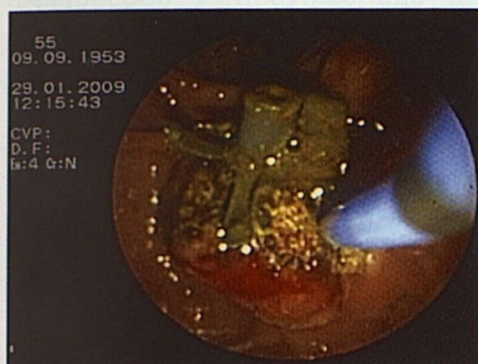


Рис. 17

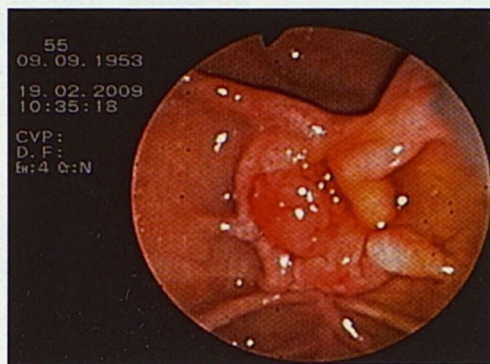


Рис. 18

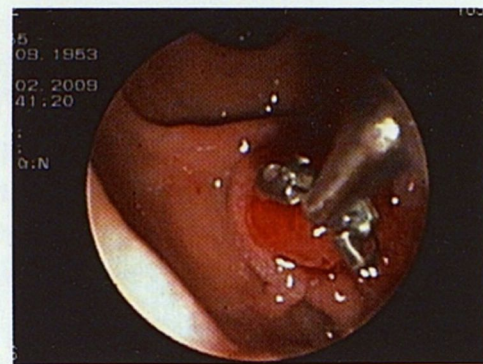


Рис. 19

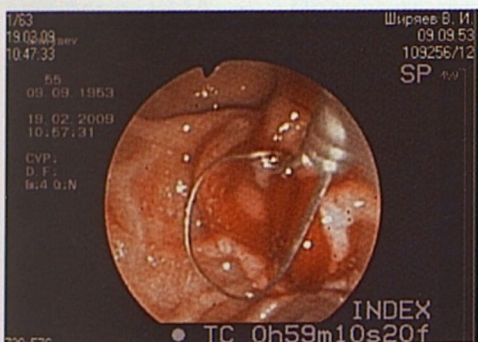


Рис. 20

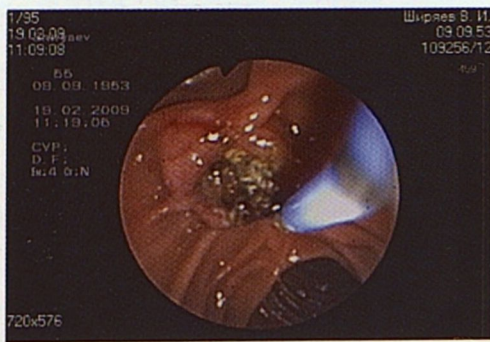


Рис. 21

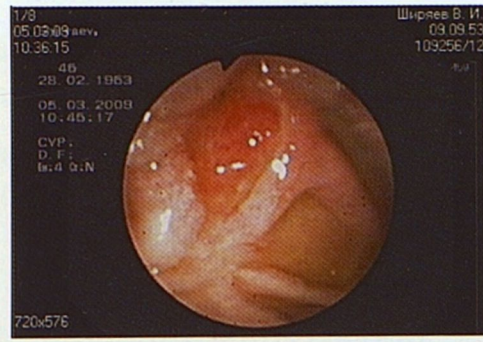


Рис. 22

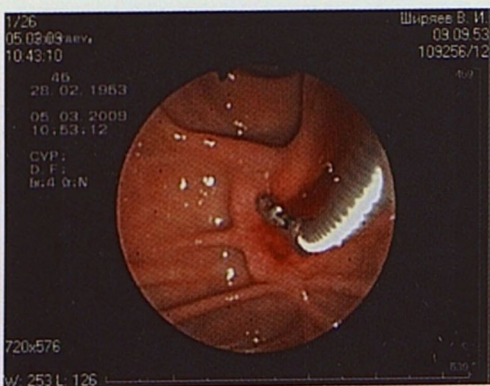


Рис. 23

В области БДС определяются признаки перенесенной папиллотомии, также определяется объемное образование до 14 мм в диаметре неоднородной гипохогенной эхоструктуры с нечеткими краями. Оно инфильтрирует мышечный слой двенадцатиперстной кишки с разрушением серозной оболочки, также прорастает в дистальные отделы холедоха с утолщением его стенки и формированием органической стриктуры с неровными контурами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Объемное образование БДС с инфильтрацией мышечного слоя двенадцатиперстной кишки и распространением на дистальные отделы холедоха.

Больной переведен в онкоцентр, где ему успешно выполнена панкреатодуоденальная резекция.

ВЫВОД

Анализируя двухлетний период наблюдения за больным, необходимо отметить следующее.

1. Обнаружение интрапапиллярных аденоматозных изменений у больного, перенесшего операцию холецистэктомии и холедохолитотомию, было случайным после проведения операции ЭПТ.
2. Имел место быстрый рост опухоли и в течение 1,5 лет ее размер достиг 6х3 см, клиническое течение болезни осложнилось непроходимостью протока и развитием желтухи.

3. При проведении оперативных вмешательств, включающих петельную электрорезекцию опухоли и аргонплазменную деструкцию, проведенных в 3 этапа, не удалось полностью удалить новообразование, которое стало распространяться на терминальные отделы протоковых систем. Последнее можно увидеть на рентгенограммах, но при скопии это увидеть трудно.

4. В процессе эндоскопического лечения многочисленные гистологические и цитологические исследования свидетельствовали о доброкачественности новообразования (аденома), и лишь в глубоких слоях опухоли, ставшей доступной после резекции большей ее части, получены материалы, свидетельствующие о злокачественности опухоли (аденокарцинома) и локальности поражения (по данным ЭндоУЗИ – отсутствие поражения региональных лимфоузлов).

5. Стремительная динамика роста опухоли – от небольших (до 2–3 мм) аденоматозных новообразований до большой (6х3 см) в течение 1,5 лет – свидетельствует о злокачественном перерождении аденомы БДС.

6. Для исключения диагностических и тактических ошибок при обнаружении интрапапиллярных новообразований показано обязательное УЗ-исследование.

ЛИТЕРАТУРА

Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. – М. – 1996. 152 с.



Baveno VI

April
10-11, 2015

Grand Hotel Dino
Baveno, Lake Maggiore, Italy
www.baveno6.com

SILVER JUBILEE

Baveno VI Consensus Workshop:
Stratifying Risk and Individualizing
Care for Portal Hypertension