

УДК 616.342-006.55-072.1

О.Б. Тригуба, В.С. Хоменко, В.П. Перепелиця, К.П. Строцький, Д.І. Паращук

Аденома малого дуоденального сосочка: клінічне спостереження

Житомирська обласна клінічна лікарня імені О.Ф. Гербачевського, Україна

PAEDIATRIC SURGERY.UKRAINE.2019.1(62):87-89; DOI 10.15574/PS.2019.62.87

У статті показано сучасний стан проблеми діагностики та лікування аденом малого дуоденального сосочка. Наведено власне клінічне спостереження.

Ключові слова: аденома малого дуоденального сосочка, ендоскопічна папіллектомія.

Minor duodenal papilla adenoma: clinical observation

O.B. Tryhuba, V.S. Khomenko, V.P. Perepelytsia, K.P. Strotskiy, D.I. Parashchuk

Zhitomir Regional Clinical Hospital, Ukraine

The article highlights the current state of the problem of diagnosis and treatment of small duodenal papilla adenomas, presents its own clinical case.

Key words: minor duodenal papilla adenoma, endoscopic papillectomy.

Аденома малого дуоденального сосочка: клиническое наблюдение

О.Б. Тригуба, В.С. Хоменко, В.П. Перепелица, К.П. Строцкий, Д.И. Паращук

Житомирская областная клиническая больница имени О.Ф. Гербачевского, Украина

В статье показано современное состояние проблемы диагностики и лечения аденом малого дуоденального сосочка. Приведено собственное клиническое наблюдение.

Ключевые слова: аденома малого дуоденального сосочка, эндоскопическая папиллэктомия.

Ендоскопічні втручання при патології гепатобілярної зони здебільшого асоціюються з патологією великого дуоденального сосочка, неоплазії якого становлять близько 5% у структурі гастроінтестинальних пухлин. Пухлинні неоплазії малого дуоденального сосочка є вкрай рідкісною патологією. Внаслідок зростання кількості ендоскопічних обстежень та оперативних ендоскопічних втручань збільшилось число спостережень новоутворень малого дуоденального сосочка, однак усі ці випадки спорадичні. До основних типів пухлин малого дуоденального сосочка відносять нейроендокринні пухлини (карциноїд, соматостатинома), аденоми та аденокарциноми (останніх описано лише 7 випадків у світовій літературі) [1]. Описані клінічні випадки панкреатичної гетеротопії у ділянці малого дуоденального сосочка, яка може досягати показника 14% на автопсіях парагангліом [2,3].

У ряді випадків аденоми та інші пухлини малого дуоденального сосочка асоційовані з так званою «роз'єднаною підшлунковою залозою» (pancreas divisum), що з точки зору ембріології обумовлено відсутністю злиття вентральної та

дорзальної частини, у результаті чого її дренивання здійснює додатковий панкреатичний протік. Більшість хворих з виявленими доброякісними новоутвореннями, що описані в літературі, підлягали лапаротомним варіантам оперативних втручань. Проте з розвитком ендоскопічних технологій мініінвазивні методики стали більш безпечними та ефективними, тому показання до ендоскопічної папіллектомії значно розширились. На сучасному етапі саме ендоскопічна папіллектомія розглядається як пряма альтернатива хірургічному втручанню при аденоматозних поліпах.

В опрацьованій літературі знайдені лише декілька випадків ендоскопічних резекцій аденом малого дуоденального сосочка [5,6]. Існують цікаві повідомлення, що наявність аденом гепатобілярної зони (ділянка великого та малого дуоденального сосочка) у 80% випадків асоціюється із сімейним аденоматозним поліпозом, при цьому ризик малігнізації аденоматозних поліпів зростає у 100 разів порівняно із загальною популяцією [4], що має схилити клініциста до поглибленого вивчення коморбідності у таких хворих. Саме тому первинна папіллектомія на сучас-

Клінічний випадок

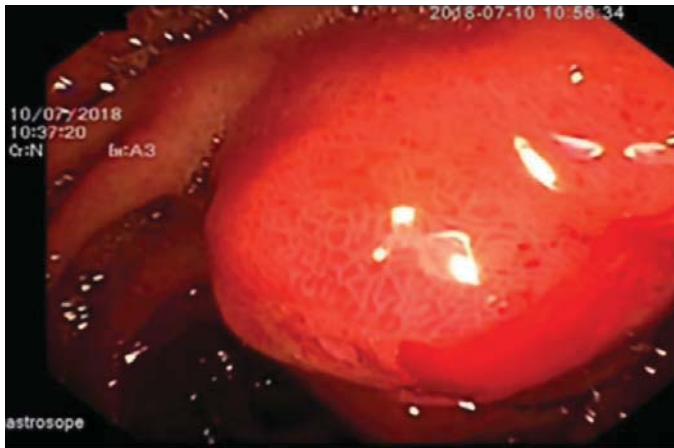


Рис. 1. Ендоскопічна картина аденоми малого дуоденального сосочка



Рис. 2. Ендоскопічна картина аденоми малого дуоденального сосочка (NBI режим)

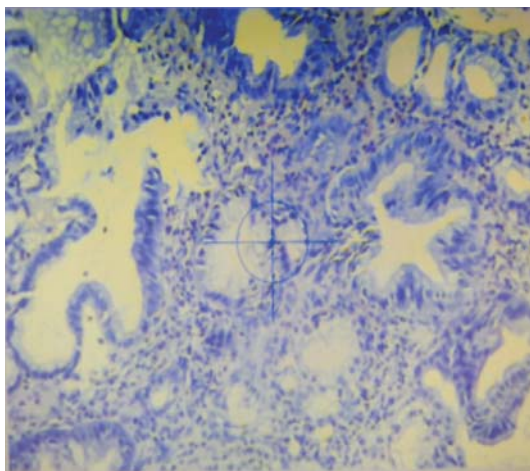


Рис. 3. Гістологічна картина: Тканини великого дуоденального соска з вогнищами важкої дисплазії у фрагментах аденоматозного поліпа



Рис. 4. Ендоскопічна картина після папілектомії (21 доба)

ному етапі розглядається як стандарт лікування та використовується в більшості ендоскопічних центрів світу.

Ускладнення, асоційовані з ендоскопічним резекціями, є типовими, як і при втручаннях на великому дуоденальному сосочку та ампулі Фатера. До них відносять: гострий панкреатит, кровотечу, перфорацію.

Наводимо власне **клінічне спостереження**.

Хворий Ю., 1967 р. н., перебував на стаціонарному лікуванні у відділенні хірургії Житомирської обласної клінічної лікарні імені О.Ф. Гербацького з 19.09.2018 по 21.09.2018 р. з діагнозом: «Хронічний фіброзно-дегенеративний панкреатит». З анамнезу захворювання – хворіє давно, періодично турбує нудота та біль в епігастрії. Неодноразово оперований з приводу ускладнень хронічного панкреатиту: 02.08.2011 р. – лапаротомія, цистодуоденостомія. 31.07.2014 р. – лапаротомія, санація, дренирування

інфікованої парапанкреатичної псевдокісти, санація та дренирування черевної порожнини з приводу абсцедуючої парапанкреатичної псевдокісти, перфорації псевдокісти розлитого гнійного перитоніту. За даними анамнезу при плановому ендоскопічному обстеженні виявлено аденоматозне розростання в ділянці малого дуоденального сосочка, підозра на Ca малого дуоденального сосочка (рис. 1, 2), виконано біопсію із слизової малого дуоденального сосочка.

Результат патологогістологічного дослідження № 7231-33 слизова Фатерова соска) Висновок: «Тканини великого дуоденального соска з вогнищами важкої дисплазії у фрагментах аденоматозного поліпа» (рис. 4). Хворому рекомендовано ендоскопічне видалення аденоми в плановому порядку.

Об'єктивно: загальний стан хворого задовільний. Хворий нормальної тілобудови, ІМТ – 20, у свідомості.

мості. Шкіра, видимі слизові блідо-рожеві, язик вологий, обкладений білим нальотом. Температура тіла 36,4 °С. Тони серця помірної гучності, ритмічні, АТ 110/70 мм рт. ст., пульс 78/хв, задовільного наповнення і напруження. У легнях везикулярне дихання. ЧДР 18/хв. Периферичні лімфовузли не пальпуються. Живіт м'який, безболісний. Печінка виступає на 1 см з-під краю реберної дуги. Печінкова тупість збережена. Кишечник не здутий, перистальтика активна. Симптоми подразнення очеревини негативні. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Периферичні набряки відсутні.

Лабораторні показники під час госпіталізації. Загальний аналіз крові: гемоглобін – 139 г/л, еритроцити – 4,62 т/л, КП – 0,9, тромбоцити – 182 г/л, лейкоцити – 9,7 г/л, П – 7%, сегментоядерні – 62%, еозинофіли – 1%; лімфоцити – 27%, моноцити – 3%, ШОЕ – 2 мм/год. Загальний аналіз сечі: питома вага – 1,022, білок – не виявлено, глюкоза – не виявлено, реакція – слабо кисла 6,0, лейкоцити – 2–4 у п/з, епітелій пл. – 2–4 у п/з. Глікемічний профіль: 4,4 ммоль/л, 5,3 ммоль/л, 6,4 ммоль/л, 5,3 ммоль/л. Біохімічний аналіз крові: заг. білірубін – 12,4 мкмоль/л, прямий – 3,2 мкмоль/л, непрямий – 9,2 мкмоль/л; АлАТ – 14 О/л; АсАТ – 17 О/л; амілаза крові – 20 од/л, заг. білок – 69 г/л, сечовина – 5,8 ммоль д. креатинін 80 мкмоль/л.

УЗД органів черевної порожнини від 19.09.2018: УЗ-ознаки дилатації жовчного міхура. Хронічний панкреатит.

Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом установи. На проведення досліджень було отримано поінформовану згоду хворого.

Відомості про авторів:

Тригуба Олег Богданович – лікар-ендоскопіст ендоскопічного відділення Житомирської обласної клінічної лікарні імені О.Ф. Гербачевського. Адреса: м. Житомир, вул. Червоного Хреста, 3.

Хоменко Віталій Станіславович – лікар-хірург хірургічного відділення Житомирської обласної клінічної лікарні імені О.Ф. Гербачевського. Адреса: м. Житомир, вул. Червоного Хреста, 3.

Перепелиця Віктор Петрович – лікар-хірург, зав. хірургічного відділення Житомирської обласної клінічної лікарні імені О.Ф. Гербачевського;

Строцький Костянтин Петрович – лікар-ендоскопіст, зав. ендоскопічного відділення Житомирської обласної клінічної лікарні імені О.Ф. Гербачевського. Адреса: м. Житомир, вул. Червоного Хреста, 3.

Паращук Дмитро Іванович – лікар-хірург хірургічного відділення Житомирської обласної клінічної лікарні імені О.Ф. Гербачевського. Адреса: м. Житомир, вул. Червоного Хреста, 3.

Стаття надійшла до редакції 11.11.2018 р., прийнята до друку 17.01.2019 р.

20.09.2018 р. Операція: ендоскопічне видалення малого дуоденального сосочка. Післяопераційний період без ускладнень (рис. 4).

Хворого виписано зі стаціонару у задовільному стані на другу добу. Рекомендовано повторну дуоденоскопію через 6 місяців.

Результат ПГД ідентичний біопсійному зразку.

Висновки

1. Неоплазії малого дуоденального сосочка є надзвичайно рідкісною патологією, яка здебільшого асоційована з порушенням ембріогенезу підшлункової залози.

2. Виявлення аденоматозних неоплазій диктує необхідність папілектомії, оскільки аденоми даної локалізації мають розглядатись з точки зору облігатного передраку.

3. Ендоскопічний варіант втручання є пріоритетним.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Література

- Hoshino A et al. (2013). Adenocarcinoma of the minor duodenal papilla: report of a case. *J Nippon Med Sch.* 80(2): 165–170.
- Loew BJ, Lukens FJ, Navarro F et al. (2007). Successful endoscopic resection of gangliocytic paraganglioma of the minor papilla in a patient with pancreas divisum and pancreatitis (with video). *Gastrointest Endosc.* 65(3): 547–550.
- Lucena JF et al. (1997). Endoscopic resection of heterotopic pancreas of the minor duodenal papilla: case report and review of the literature. *Gastrointest Endosc.* 46(1): 69–72.
- Robert T Lapp, Grant F Hutchins. (2013). Minor Papilla Adenoma Management in Patients with Pancreas Divisum and Familial Adenomatous Polyposis. *ACG Case Rep J.* 1(1): 47–50.
- Sugiyama M, Kimura W, Muto T et al. (1999). Endoscopic resection of adenoma of the minor papilla. *Hepatogastroenterology.* 46: 189–192.
- Trevino JM, Wilcox CM, Varadarajulu S. (2008). Endoscopic resection of minor papilla adenomas (with video). *Gastrointest Endosc.* 68: 383–386.