

© Коллектив авторов, 2015
УДК: 616-006.66

АДЕНОКАРЦИНОМА МАЛОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

*А.В. Шабунин, О.В. Паклина, Г.Р. Сетдикова,
М.М. Тавобилов, Д.Н. Греков, Е.Н. Гордиенко*

Городская клиническая больница им. С.П. Боткина, г. Москва

В статье приведен клинико-морфологический анализ аденокарциномы малого дуоденального сосочка у пациента 51 года. В нашей практике это первый случай с 2002 года среди 310 изученных панкреатодуоденальных комплексов с различной патологией. По гистологической картине данная опухоль схожа с протоковой аденокарциномой поджелудочной железы и ампулярной карциномой (панкреатобиларный тип). Для избегания диагностических ошибок при макроскопическом исследовании очень важно соблюдать пошаговый алгоритм диссекции органокомплекса.

Ключевые слова: *малый дуоденальный сосочек, поджелудочная железа, аденокарцинома.*

Малый дуоденальный сосочек (МДС) (санториниев сосочек) – непостоянное возвышение слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, через который открывается добавочный проток поджелудочной железы (ПЖ). Однако в большинстве случаев данный проток редуцируется [3]. Как правило, МДС расположен в 1,5-2,5 см проксимальнее ампулы большого дуоденального сосочка (БДС). Так же встречаются следующие анатомические варианты протоковой системы ПЖ: (рис. 1-3) [1]:

- через МДС открывается добавочный проток, а главный панкреатический проток с общим желчным протоком открывается в БДС;
- через МДС открывается главный панкреатический проток, общий желчный и добавочный протоки открываются через БДС;
- через МДС открывается главный панкреатический проток, общий желчный проток через БДС, добавочный проток редуцируется.

Гистологически МДС состоит из эктопированной экзокринной части поджелудочной железы, располагающейся в пределах мышечного и подслизистого слоев двенадцатиперстной кишки (ДПК)

и стенки протока (при его наличии) или фиброзной ткани при его редукции [8]. Опухоли МДС встречаются реже по сравнению с ампулярными карциномами и даже карциномами ДПК. В мировой литературе описаны аденомы, нейроэндокринные опухоли и аденомиома МДС [4, 7, 10, 11, 15, 16, 17]. Специфические клинические симптомы не выявлены, как правило, больные жалуются на боль в верхней половине живота, тошноту, рвоту.

Аденокарциномы малого дуоденального сосочка чрезвычайно редки, и описано всего несколько случаев. Данные приведены в таблице 1.

В связи с редкостью аденокарциномы МДС, приводим наше клиническое наблюдение:

Больной Г., 51 года поступил в срочном порядке в отделение хирургии печени и поджелудочной железы ГКБ им. С.П. Боткина с синдромом механической желтухи (билирубин при поступлении 229 мкмоль/л).

УЗИ органов брюшной полости при поступлении: Печень – контуры ровные; нормальных размеров; эхогенность неравномерно повышена. Гепатикохоледох до 15 мм, блок на уровне терминального

Таблица 1

Клинические и морфологические данные больных с аденокарциномой МДС

№ п/п	Автор/ Год [№]	Возраст/ пол	Размер, см	Инвазия	Тип АК	pTNM
1.	Jinru Shia, 2014 [8]	66/м	3	ПЖ	коллоидная	pT4N0M0
2.	Jinru Shia, 2014 [8]	75/ж	1,8	ДПК	коллоидная	pTN0M0
3.	Jinru Shia, 2014 [8]	76/м	1,2	ДПК	коллоидная	pTN0M0
4.	Jinru Shia, 2014 [8]	22/ж	4	ПЖ	Не муцинозная КТ	pT4N0M0
5.	Jinru Shia, 2014 [8]	66/ж	2,2	ПЖ	Не муцинозная КТ	pT4N0M0
6.	Jinru Shia, 2014 [8]	50/м	1,2	ПЖ	Не муцинозная КТ	pT4N0M0
7.	Jinru Shia, 2014 [8]	75/ж	3,5	ДПК сероза	ПБ	pTN0M0
8.	Jinru Shia, 2014 [8]	59/м	3,7	ПЖ	ПБ	pT4N0M0
9.	Jinru Shia, 2014 [8]	76/м	4,4	ПЖ	ПБ	pT4N1M0
10.	Suzumura K, 2014 [14]	70/м	2,5	ПЖ	-	-
11.	Yamao K, 1998 [12]	77/м	2,5	ПЖ	ПБ	pT4NAM0
12.	Wakatsuki T, 2008 [13]	70/м	1,1	ДПК подслизистый	ПБ	pTN0M0
13.	Parthasarathy S., 2008 [17]	60/ж	1,5	ПЖ	ПБ	pT4N0M0
14.	Takami K, 2011 [6]	81/м	2	ДПК	ПБ	pTN0M0
15.	Okuma T [7], 2011	76/м	1,2	ДПК подслизистый	коллоидная	pTN0M0
16.	Hoshino A. [5], 2013	64/ж	1,5	ДПК подслизистый	ПБ	pTN0M0
	TOTAL	M=71 м.:ж=9:7	M=2,3	Инвазия в ПЖ – 50%	-	-

отдела холедоха (ТОХ). Внутрпеченочные протоки расширены. Долевые протоки до 10 мм. Желчный пузырь – не увеличен. Содержимое – эхогенная взвесь. Поджелудочная железа – контуры ровные; размеры: 28х16х24 мм. Селезенка и почки без патологии. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

ЭГДС при поступлении: Пищевод проходим. Кардия смыкается не полностью. Слизистая желудка очагово умеренно гиперемирована, складки обычной высоты. Перистальтика прослеживается. Привратник округлой формы проходим. Слизистая луковицы ДПК с признаками хронического воспаления. Сразу за верхне-горизонтальным изгибом

по заднее-медиальной стенке определяется больших размеров глубокое изъязвление с подрывными инфильтрованными краями вокруг него. Размеры изъязвления около 3 см. в диаметре, дно его открыто тромбированными сосудами, отмечается контактная кровоточивость. Подтекания крови на момент осмотра нет. Инфильтрация слизистой распространяется до расширенной продольной складки БДС. Сам БДС увеличен в размере, овальной формы 2 на 3 см, выбухает в просвете ДПК, плотной консистенции, устье диаметром 2 мм, «смотрит вниз», что резко затрудняет его канюляцию. Прокходимость ДПК для аппарата диаметром 14 мм удовлетворительная.

Взята биопсия из области изъязвления. Заключение гистологического исследования: Фрагмент слизистой ДПК с фокусами протоковой аденокарциномы в подслизистом слое.

Ретроградно установить билиарный стент через папиллу не удалось по техническим причинам.

С целью разрешения механической желтухи выполнено чрескожное чреспеченочное дренирование желчного пузыря под УЗИ.

Фистулография: Отмечается выполнение деформированного желчного пузыря. Пузырный проток извитой, фрагментированный. Частично контрастировались внутри и внепечёночные желчные протоки. Гепатикохоледох до 1 см в диаметре, конически сужен на уровне терминального отдела. Эвакуация в ДПК в процессе исследования не наступила, распространение контрастного препарата за пределы стенок в виде затёков не определяется.

КТ органов брюшной полости (рис. 4): Печень в размерах не увеличена, паренхима обычной плотности. Внутривенные желчные протоки расширены, долевые до 8 мм. Холедох расширен до 11 мм, конически сужен на уровне терминального отдела. Желчный пузырь спавшийся. Поджелудочная железа обычных размеров. Вирсунгов проток не расширен. Парапанкреатическая клетчатка не инфильтрирована. Селезёнка без особенностей. Почки – паренхиматозные кисты от 5 до 16 мм. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

Больной обсуждён на консилиуме под председательством главного врача ГКБ им. С.П. Боткина, проф. Шабунина А.В. – на основании клинической картины заболевания и результатов комплексного лучевого, эндоскопического и гистологического исследования установлен диагноз: Опухоль БДС T2NxMx – показано оперативное лечение.

Выполнена операция – радикальная панкреатогастродуоденальная резекция. Лимфодиссекция D2.

В послеоперационном периоде проводилась инфузионно-корректирующая,

заместительная, антикоагулянтная, противовоспалительная терапия.

На 4, 5-е сутки после операции страховочные дренажи поочередно удалены, после контроля амилазы в отделяемом по дренажам. Зонд для декомпрессии желудка удален на 6-е сутки, зонд для энтерального питания удален на 8-е сутки после операции. При контрольном УЗИ брюшной полости жидкостных скоплений не выявлено. Швы сняты в обычные сроки, заживление – первичным натяжением.

Макропрепарат представлен органокомплексом (рис. 5): резецированной головкой поджелудочной железы 5×4,5×4 см, частью желудка и отрезком тонкой кишки. При раскрытии ДПК через антиампулярное (антипанкреатическое) ребро обнаружена инфильтративно-язвенная опухоль с неровными, плотными краями, размером 1,5×1,7 см, проксимальнее БДС на 1,5 см. При зондировании ОЖП, проток диаметром 0,9 см слизистая зеленоватого цвета, проходима, открывается в БДС. Ампулярная область не изменена. При зондировании главного панкреатического протока (ГПП), проток 0,5 см, не проходима. При сагиттальном разрезе панкреатодуоденального комплекса по зондам вдоль протоков, обнаружено, что ОЖП и ГПП открываются отдельно. Так, ОЖП открывается в большой дуоденальный сосочек, а ГПП в малый дуоденальный сосочек в области которого и локализуется опухоль. Макроскопически опухоль распространяется на стенку ДПК, в ткань поджелудочной железы, муфтообразно охватывая ГПП, а также в области задней поверхности ПЖ подрастает к стенке общего желчного протока, но не прорастает ее. На разрезе ткань железы желтовато-сероватая, плотная, на отдельных участках дольчатого вида.

При гистологическом исследовании опухоль представлена умеренно-дифференцированной аденокарциномой, панкреатобилиарного типа с наличием периневральной инвазии (рис. 6-7). Опухоль врастает в ткань поджелудочной желе-

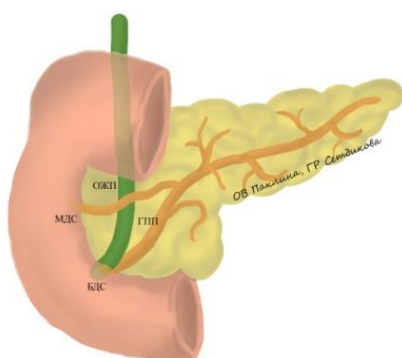


Рис. 1. Главный панкреатический проток и общий желчный проток открываются в БДС. Добавочный (Санторини) проток открывается в малый дуоденальный сосочек

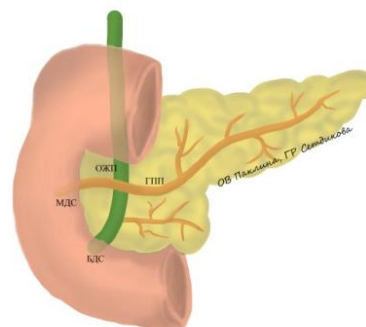


Рис. 2. Главный панкреатический проток открывается в малый дуоденальный сосочек; добавочный проток впадает в общий желчный проток и открывается общим протоком в БДС

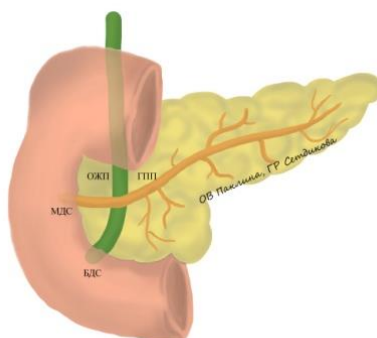


Рис. 3. Главный панкреатический проток открывается в малый дуоденальный сосочек; общий желчный проток открываются в БДС. Добавочный проток редуцируется



Рис. 4. КТ брюшной полости; аксиальный срез

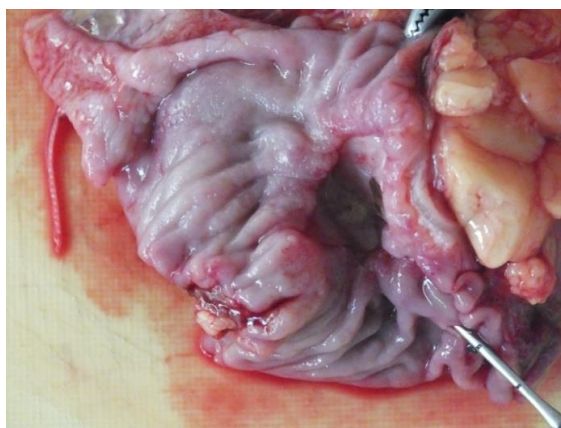


Рис. 5. Макропрепарат. Резецированная головка ПЖ. ДПК раскрыта через антиампулярное ребро. Зонд вставлен в ОЖП, открывается в БДС. Обнаружена инфильтративно-язвенная опухоль с неровными, плотными краями, размером 1,5×1,7 см, проксимальнее БДС на 1,5 см

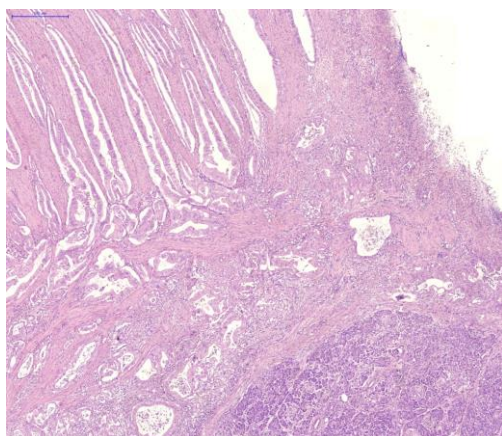


Рис. 6. Умеренно-дифференцированная аденокарцинома, панкреатобилиарного типа. Окр. Гематоксилином и эозином, ×200

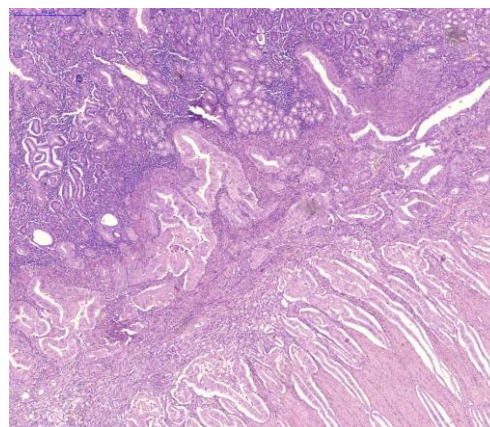


Рис. 7. Умеренно-дифференцированная аденокарцинома, панкреатобилиарного типа, инвазия в ткань поджелудочной железы. Окр. Гематоксилином и эозином, ×400

зы и парапанкреатическую жировую клетчатку по задней поверхности (pT4). В 1-м из 14-ти исследованных парапанкреатических лимфатических узлах метастаз рака (pN1). В краях резекции опухолевого роста нет (R0).

При иммуногистохимическом исследовании, отмечена выраженная положительная реакция с цитокератином 7, с муцинами 1 и 5 AC типов. Отрицатель-

ная реакция с цитокератином 20, муцинами 2 и 6 типов.

Заключение: умеренно-дифференцированная аденокарцинома малого дуоденального сосочка, панкреатобилиарный тип, смешанный изъязвленный вариант. Опухоль врастает в ткань поджелудочной железы и парапанкреатическую жировую клетчатку по задней поверхности (pT4). В 1-м из 14-ти исследованных па-

рапанекратических лимфатических узлах метастаз рака (pN1). В краях резекции опухолевого роста нет (R0). Стадия III (pT4, pN1, pM0).

Больной выписан с рекомендацией наблюдения у онколога и проведения химиотерапии.

Заключение

Новообразования малого дуоденального сосочка чрезвычайно редки. В нашей практике это первый случай с 2002 года среди 310 изученных панкреатодуоденальных комплексов с различной патологией. По гистологической картине данная опухоль схожа с протоковой аденокарциномой поджелудочной железы и ампулярной карциномой (панкреатобиллярный тип), в результате чего могут возникнуть затруднения диагностики, как при кор-биопсиях, так и при изучении операционного материала.

Для избегания диагностических ошибок при макроскопическом исследовании подобных опухолей очень важно соблюдать поэтапный алгоритм диссекции органокомплекса [2].

Поскольку данные опухоли крайне редко встречаются, для них не выработано pTNM стадирование. По литературным данным описано применение стадирования как для аденокарцином двенадцатиперстной кишки, так и для ампулярных карцином [9]. В приведенном случае применено стадирование как для ампулярной карциномы.

В литературе имеются данные об эндоскопической резекции малого дуоденального сосочка (папилэктомия), применимой при доброкачественных новообразованиях [10, 11]. Прогноз у больных с аденокарциномой малого дуоденального сосочка в настоящее время неясен, однако имеются сообщения о схожем прогнозе с ампулярной карциномой [8].

Литература

1. Паклина О.В. Патоморфологическая и лучевая диагностика хирургических заболеваний поджелудочной железы / О.В. Паклина, Г.Г. Кармазановский, Г.Р. Сетдикова. – М.: Видар-М, 2013. – 181 с.
2. Паклина О.В. Методология исследования операционного материала при протоковом раке поджелудочной железы / О.В. Паклина, Г.Р. Сетдикова // Клинич. и эксперим. морфология. – 2014. – №1(9). – С. 42-50.
3. Сапин М.Р. Анатомия человека / М.Р. Сапин. – 5-е изд. – М.: Медицина, 2001. – Т. 1. – 640 с.
4. Adenomyoma of the minor duodenal papilla / A. Fukuda [et al.] // GastrointestEndosc. – 2005. – №61. – P. 475-479.
5. Adenocarcinoma of the minor duodenal papilla: report of a case / A. Hoshino [et al.] // J Nippon Med Sch. – 2013. – №80. – P. 165-170.
6. Adenocarcinoma of the minor duodenal papilla: report of a case / K. Takami [et al.] // Case Rep Gastroenterol. – 2011. – №5. – P. 172-178.
7. Adenocarcinoma of the minor duodenal papilla: report of a case / T. Okuma [et al.] // Surg Today. – 2011. – №41. – P. 568-571.
8. Adenocarcinoma of the minor duodenal papilla and its precursor lesions: a clinical and pathologic study / J.I. Shia [et al.] // Am J Surg Pathol. – 2014. – Vol. 38, №4. – P. 526-533.
9. AJCC Cancer Staging Manual / S. Edge [et al.]. – 7th ed. – New York: Springer, 2009. – 127 p.
10. Endoscopic resection of gangliocyticparaganglioma of the minor duodenal papilla: case report and review / T. Nakamura [et al.] // Gastrointest Endosc. – 2002. – №55. – P. 270-273.
11. Endoscopic resection of adenoma of the minor papilla / M. Sugiyama [et al.] // Hepatogastroenterology. – 1999. – №46. – P. 189-192.
12. Primary carcinoma of the duodenal minor papilla / K. Yamao [et al.] // Gastrointest Endosc. – 1998. – №48. – P. 634-636.
13. Primary adenocarcinoma of the minor duodenal papilla / T. Wakatsuki [et al.] // Yonsei Med J. – 2008. – №49. – P. 333-336.
14. Primary adenocarcinoma of the minor duodenal papilla with mass-forming chronic pancreatitis: report of a case / K.I. Suzumura [et al.] // Surg Today. –

2015. – №45. – P. 506-510.
15. Singh V.V. Carcinoid of the minor papilla in incomplete pancreas divisum presenting as acute relapsing pancreatitis / V.V. Singh, M.S. Bhutani, P. Draganov // *Pancreas*. – 2003. – №27. – P. 96-97.
16. Stömmer P.E. Somatostatinoma of Vater's papilla and of the minor papilla / P.E. Stömmer, M. Stolte, E. Seifert // *Cancer*. – 1987. – №60. – P. 232-235.
17. Synchronous adenocarcinomas of the papilla major and minor / S. Parthasarathy [et al.] // *JOP*. – 2008. – №9. – P. 332-334.

ADENOCARCINOMA OF MINOR DUODENAL PAPILLA

*A.V. Shabunin, O.V. Paklina, G.R. Setdikova, M.M. Tavobilov,
D.N. Grekov, E.N. Gordienko*

The article presents a rare clinical case of adenocarcinoma of the minor duodenal papilla at man – 51 years old. This was the first case in our practice since 2002 among the 310 pancreaticoduodenal complexes with varied pathologies studied. Histologically, the tumor is similar to pancreatic ductal adenocarcinoma and ampullar carcinoma (pancreatobiliary type). To avoid diagnostic errors of gross examination, it is highly important to follow the step-by-step algorithm of dissection.

Keywords: minor duodenal papilla, pancreas, adenocarcinoma.

Шабунин А.В. – д.м.н., проф., гл. врач ГКБ им. С.П. Боткина г. Москва.
E-mail: info@botkinmoscow.ru

Паклина О.В. – д.м.н., зав. патологоанатомическим отделением КБ им. С.П. Боткина.
E-mail: dr.oxanapaklina@mail.ru

Сетдикова Г.Р. – к.м.н., врач патологоанатомического отделения КБ им. С.П. Боткина.
E-mail: dr.setdikova@mail.ru

Тавобиллов М.М. – к.м.н., зав. отделением хирургии печени и поджелудочной железы КБ им. С.П. Боткина.
E-mail: info@botkinmoscow.ru

Гордиенко Е.Н. – к.м.н., врач патологоанатомического отделения КБ им. С.П. Боткина.
E-mail: dr.setdikova@mail.ru