

Náhodný nález intraduktální papilární mucinózní neoplazie pankreatu

MUDr. Tereza Chvátalová¹, MUDr. Ing. Filip Závada, Ph.D.¹, doc. MUDr. František Bělina, CSc.², MUDr. Jiří Pudil², MUDr. Pavel Záruba², MUDr. Eva Traboulsi³, MUDr. Hana Parobková⁴, prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D.¹

¹Interní klinika 1. LF UK a ÚVN Praha, ²Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN Praha

³Oddělení patologie ÚVN, Praha, ⁴Oddělení radiodiagnostiky ÚVN, Praha

Uvádíme případ 67letého muže s asymptomatickým cystickým útvarem hlavy pankreatu. Léze byla poprvé diagnostikována v roce 2007, tehdy ale nemocný podrobněji vyšetřován nebyl. V roce 2011 byla cysta pankreatu opět náhodně připomenuta a po důsledném vyšetření byla diagnostikována intraduktální papilární mucinózní neoplazie z vedlejšího vývodu pankreatu, histologicky se známkami borderline tumoru. Kazuistika zdůrazňuje význam vyšetření a sledování jakýchkoli cystických ložisek pankreatu.

Klíčová slova: cysta pankreatu, intraduktální papilární mucinózní neoplazie.

Incidental finding of intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas

A case of 67 years old man with asymptomatic cyst in the head of pancreas is presented. The pancreatic cyst was found incidentally in 2007 but no further exploration was performed. The lesion was found again 2011 and subsequent detailed examination revealed branch duct intraductal papillary mucinous neoplasm, histologically borderline tumour. The case report emphasizes a necessity of examination and follow-up of all pancreatic cystic lesions, even they are asymptomatic.

Key words: pancreatic cyst, intraductal papillary mucinous neoplasm.

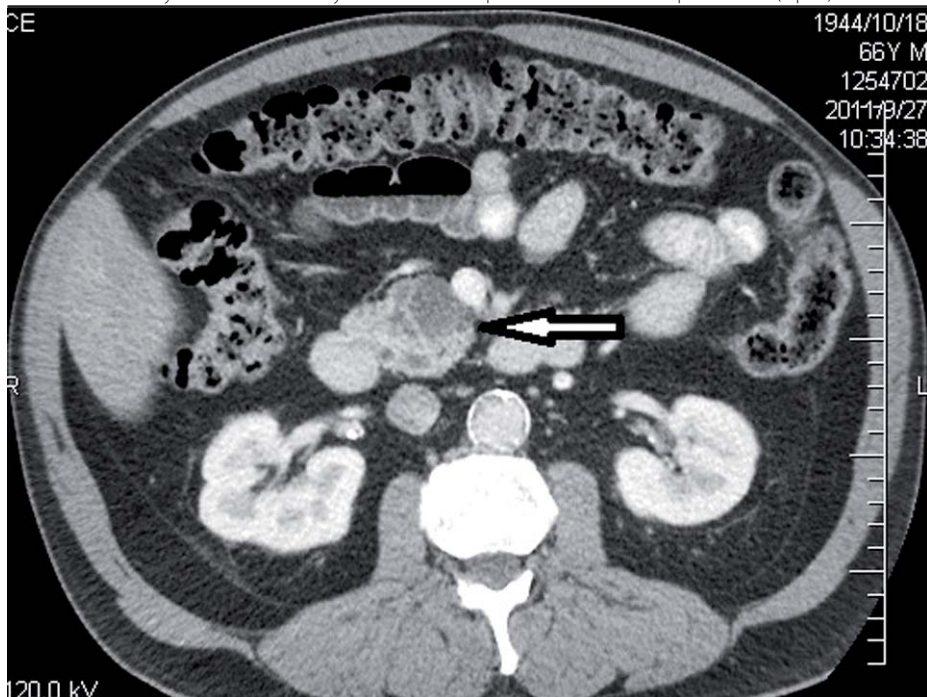
Endoskopie 2011; 20(3 a 4): 108–111

Popis případu

Prezentujeme případ 67letého obézního muže (BMI 35), hypertonika, diabetika 2. typu na terapii perorálními antidiabetiky. Pacient byl nekuřák, pití alkoholu nepřekračovalo běžnou společenskou míru a nikdy nebyl léčen pro pankreatopatii. Subjektivně neměl kromě nadváhy žádné obtíže, cítil se zcela zdravý a v posledním roce cíleně zhubnul 10 kg. Základní laboratorní vyšetření včetně onkomarkerů byla v normě.

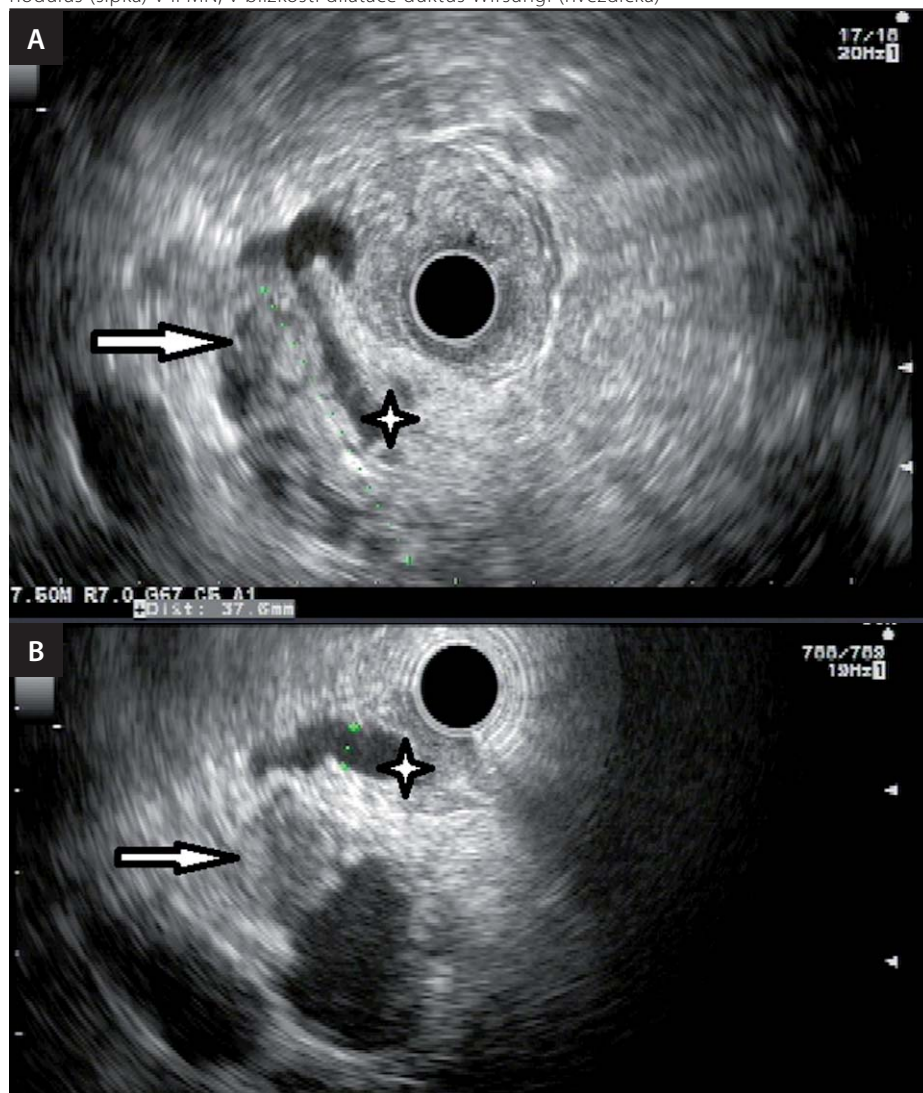
V rámci vyšetřování před zvážení indikace k bariatrickému výkonu byla při abdominální sonografii zjištěna cystická léze v oblasti hlavy pankreatu. Cystoid byl anamnesticky znám již od roku 2007, kdy bylo z urologické indikace (nephrolitiáza) provedeno CT břicha, pacient tehdy ale dále vyšetřován ani sledován nebyl. Nyní na základě nového sonografického nálezu obvodní lékař indikoval kontrolní CT vyšetření pankreatu (září 2011) s nálezem septovaného cystického útvaru velikosti 32x32 mm v processus uncinatus

Obrázek 1. CT vyšetření břicha – cystické ložisko v processus uncinatus pankreatu (šipka)



videozáznam ke kazuistice na
www.casopisendoskopie.cz

Obrázek 2A–B. EUS pankreatu (radiální přístroj) – **A.** Cystické ložisko (šipka) v intimním kontaktu s Wirsungem (hvězdička), v dynamickém zobrazení je komunikace jednoznačná (video). **B.** Intramurální nodule (šipka) v IPMN, v blízkosti dilatace duktus Wirsungi (hvězdička)



Obrázek 3. ERCP – cystický útvar v oblasti hlavy pankreatu/processus uncinatus komunikující s duktus Wirsungi



(obrázek 1) a další 5 mm cysty v těle slinivky. Rentgenolog vyslovil podezření na možný cystický tumor a doporučil provedení endosonografie slinivky břišní (EUS). Při ní bylo zobrazeno multicystické ložisko velikosti 30×29 mm v processus uncinatus, které komunikuje s hlavním pankreatickým vývodem (obrázek 2A a video). Uvnitř cystického útvaru bylo patrné několik intramurálních nodulů velikosti do 4 mm (obrázek 2B). Angioinvasze nebyla prokázána. Duktus Wirsungi se směrem do hlavy pankreatu rozšiřoval na 5–6 mm. Cystický útvar těla pankreatu velikosti 5–6 mm se v endosonografickém obraze jevil jako drobná dilatace postranního vývodu. Nález jsme hodnotili jako intraduktální papilární mucinózní neoplazii (IPMN) z postranního vývodu. Při následné biopsii tenkou jehlou (EUS FNA) jsme získali 10 ml čiré tekutiny. Analýzou aspirátu byla zjištěna vysoká hladina amyláz (300 µkat/litr), stanovení karcinoembryonálního antigenu (CEA) nebylo bohužel provedeno, vzorek se přes veškerou péči při cestě do laboratoře ztratil. Mucin pozitivní materiál v tekutině prokázán nebyl (barvení mucikarmínem negativní). Dalším krokem byla endoskopická retrogradní cholangiopancreatografie (ERCP), která potvrdila komunikaci cystického tumoru s hlavním pankreatickým vývodem (obrázek 3).

Na základě jednoznačného EUS a ERCP nálezu IPMN z postranního vývodu velikosti 30 mm a především pro přítomnost podezřelých EUS známek (intramurální noduly a dilatace Wirsungu v hlavě slinivky) byl pacient cestou pankreatické skupiny Ústřední vojenské nemocnice indikován k resekčnímu výkonu. Pankreatoduodenektomie podle Traversa byla provedena v listopadu 2011 bez bezprostředních komplikací a peroperační nález souhlasil se závěry předoperačních vyšetření (obrázek 4). Další pooperační průběh byl komplikován dehiscencí pankreatikojejunooanastomózy, kterou se podařilo zvládnout konzervativně. Definitivní histologický závěr po prohlédnutí celého resekátu potvrdil intraduktální papilární mucinózní adenom v ojedinělých úsecích se známkami borderline tumoru, velikost celé léze byla 30×25×15 mm (obrázek 5).

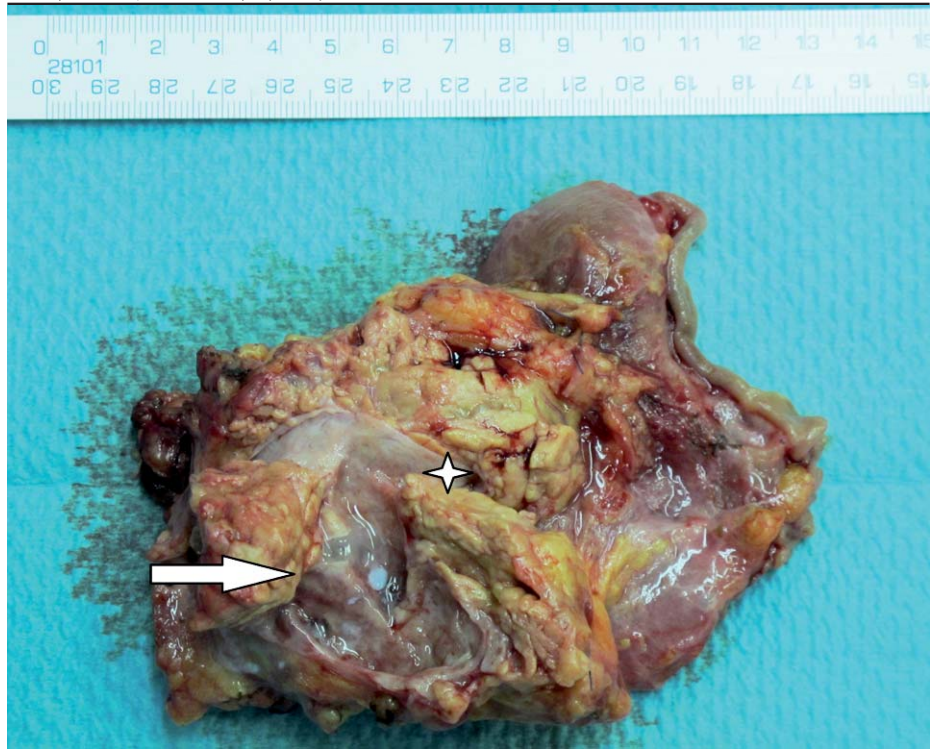
Diskuze

Prevalence pankreatických cyst v populaci je udávána v rozmezí 1–5 % (1) a v posledních letech stoupá s extenzivním užíváním zobrazovacích metod (UZ, CT, MR). Z toho se v 10–15 % jedná o cystické tumory pankreatu (2) s různým maligním potenciálem, zbytek tvoří cystické formace vzniklé v souvislosti s akutní nebo chronickou pankreatitidou.

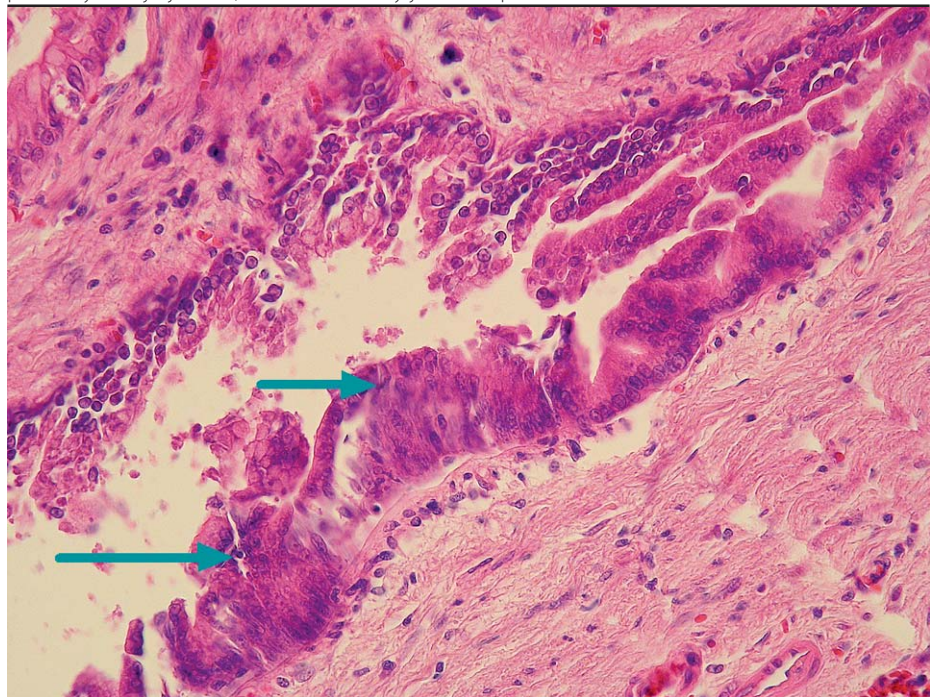
Intraduktální papilární mucinózní neoplazie představuje 20–25 % z cystických tumorů pankreatu (3). Vyskytuje se především v oblasti hlavy pankreatu. Postižení jsou o něco více muži, typicky je IPMN zjištěna v šestém dekadu. Morfologicky rozlišujeme IPMN z hlavního vývodu (postižení difúzní nebo segmentální), z postranního vývodu a smíšený typ. Podle současné WHO klasifikace se IPMN histologicky dělí na intraduktální papilární mucinózní adenom, IPMN se střední (moderate) dysplazií (borderline tumor) a intraduktální papilární mucinózní karcinom (2, 5). Bez ohledu na typ IPMN je maligní potenciál uváděn v rozmezí 25–70 % (2, 5), větší riziko s sebou nese IPMN z hlavního vývodu. V době diagnózy IPMN je invazivní karcinom přítomen asi u 40 % postižených (2, 4). Klinická manifestace kolísá od asymptomatické choroby (asi 20 % případů), přes nespecifické gastrointestinální příznaky nebo akutní pankreatitidu (většina nemocných), až po kachektizaci a obstrukční ikterus (3, 4, 6). Terapie je pouze chirurgická a je indikována u IPMN z hlavního vývodu, IPMN smíšeného typu a u IPMN z postranního vývodu většího než 3 cm nebo se suspektními EUS známkami, samozřejmě s přihlédnutím k věku a komorbiditám nemocného (3, 4, 5). Ostatní varianty IPMN by měly být pravidelně sledovány, nejen pro možnost progresu původní léze do invazivního karcinomu, ale i vzhledem k riziku vzniku synchronního nebo metachronního duktálního adenokarcinomu v jiné části pankreatu (8 %) (6, 7). U pacientů s IPMN se v 10–52 % vyskytují také extrapancreatické malignity (8), proto se u těchto nemocných doporučuje kromě surveillance IPMN důsledně provádět i onkoscreening (žaludek, kolorektum, prostata, mamma).

V našem případě se jednalo o nemocného, u něhož byla cystická léze pankreatu známa několik let, ale žádnému vyšetření ani diferenciálně diagnostické úvaze podroben nebyl, ačkoli etiologie cysty byla zcela nejasná a podezřelá. Teprve opakovaný nález po čtyřech letech evokoval výše popsaný diagnostický postup. Pacient by v roce 2007 sice velmi pravděpodobně k resekci indikován nebyl, ale měl být pravidelně kontrolován. Pokud vezmeme v úvahu náhodnost i druhého nálezu cystického tumoru a jeho definitivní histologii, snadno mohla být diagnóza stanovena až ve stadiu symptomatického invazivního karcinomu. Bohužel nemáme k porovnání původní CT nálezu, bylo by zajímavé posoudit dynamiku růstu IPMN z postranního vývodu v průběhu relativně dlouhého časového úseku. Významnou roli

Obrázek 4. Chirurgický resekát – cystická dilatace postranního vývodu (IPMN) označeno šipkou, dilatovaný hlavní pankreatický vývod je označen hvězdičkou. V pravé části obrázku vidíme duodenum



Obrázek 5. Histologický nález – u šipek je patrná pseudostratifikace epitelu (objevují se jádra epitelů ve více vrstvách nad sebou). Patrné jsou mírné cytologické nepravidelnosti jader (zvětšení jader, někde patrná výraznější jádérka). Zastižené změny již svědčí pro borderline tumor



při rozhodování o dalším postupu u cystických lézí pankreatu hraje hladina CEA v aspirované tekutině (pro mucinózní cystickou neoplazii svědčí hodnota >192 ng/ml) (6, 7). Ztráta vzorku je samozřejmě neomluvitelná, i když na druhou stranu dokazuje komplikovanost reálných situací. V tomto případě byl naštěstí endosonografický obraz pro IPMN naprosto

typický. Za pozornost stojí i drobné cystické ložisko v těle pankreatu popsané při CT a EUS vyšetření. Nelze vyloučit, že se jednalo o metachronně vznikající další ložisko IPMN. Vzhledem k možnému vzniku nového IPMN ve zbytku pankreatu a nezanedbatelnému riziku rozvoje jiných malignit budeme nemocného dále sledovat. Za nejvhodnější modalitu ke sledo-

vání nemocných s cystickými ložisky slinivky je obecně považována EUS, případně MRCP. V našich konkrétních podmínkách (ÚVN) provádíme EUS v doporučených intervalech (9).

Uvedenou kazuistikou jsme chtěli upozornit na nutnost pečlivého vyšetření a zhodnocení jákékoli (i asymptomatické) cysty pankreatu, zvláště pokud je zjištěna u jedince bez anamnézy akutní nebo chronické pankreatitidy.

Literatura

1. Spinelli KS, Fromwiller TE, Daniel RA, et al. Cystic pancreatic neoplasms: observe or operate. *Ann Surg* 2004; 239: 651–657.
2. Stamakatos M, Sargedi C, Angelousi A, et al. Management of the rare entity of primary pancreatic cystic neoplasms. *J Gastroenterol Hepatol* 2009; 24: 1203–1210.
3. Grützmann R, Niedergethmann M, Pilarsky C, et al. Intraductal Papillary Mucinous Tumors of the Pancreas: Biology, Diagnosis and Treatment. *Oncologist* 2010; 15: 1294–1309.
4. Kanno A, Satoh K, Hirota M, et al. Prediction of invasive carcinoma in branch type intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas. *J Gastroenterol* 2010; 45: 952–959.
5. Al-Haddad M, Schmidt MC, Sanrasegaran K, DeWitt J. Diagnosis and Treatment of Cystic Pancreatic Tumors. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011; 9: 635–648.
6. Yamaguchi K, Ohuchida J, Ohtsuka T, Nakano K, Tanaka M. Intraductal papillary-mucinous tumor of the pancreas concomitant with ductal carcinoma of the pancreas. *Pancreatology* 2002; 2: 484–490.
7. Tanno S, Nakano Y, Sugiyama Y, et al. Incidence of Synchronous and Metachronous Pancreatic Carcinoma in 168 Patients with Branch Duct Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm. *Pancreatology* 2010; 10: 173–178.
8. Benarroch-Gampel J, Riall TS. Extrapancreatic malignancies and intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas. *J Gastrointest Surg* 2010; 10: 363–367.

MUDr. Tereza Chvátalová

*Interní klinika 1. LF UK a ÚVN Praha
U Vojenské nemocnice 1200
169 02 Praha 6
tereza.chvatalova@uvn.cz*
