

КЛИНИЧНА ПРАКТИКА – ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКАТА

CLINICAL PRACTISE – DIFFICULTIES IN THE DIAGNOSTICS

ПЪРВИЧЕН ЕХИНОКОК НА ПАНКРЕАСА

В. Тасев, Д. Буланов, А. Тасева, К. Димитров, И. Танева, П. Токов, А. Йонков и В. Димитрова

*Клиника по обща и чернодробно-панкреатична хирургия,
УМБАЛ „Александровска” – София, Медицински университет – София*

PRIMARY HYDATID CYST OF THE PANCREAS

V. Tasev, D. Boulanov, A. Taseva, K. Dimitrov, I. Taneva, P. Tokov, A. Yonkov and V. Dimitrova

*Department of General and Liver-Pancreatic Surgery,
UMHAT “Alexandrovskia”, Medical University – Sofia*

Резюме: Първичният ехинокок на панкреаса е рядка локализация. Ние представяме четири случая, които се демонстрираха с различна клинична симптоматика. С образните методи на изследване не се установи етиологията на патологичните процеси в панкреаса. Ехинококовите кисти се идентифицираха интраоперативно. Диагнозата беше потвърдена във всички случаи с хистологично и паразитологично изследване.

Ключови думи: ехинокок, хирургия, панкреас

Адрес за кореспонденция: Доц. д-р Владимир Тасев, дм, Клиника по обща и чернодробно-панкреатична хирургия, УМБАЛ “Александровска”, ул. “Т. Софийски” 1, 1431 София, тел.: 02 9230262, e-mail: vntasev@abv.bg

История на статията: получена: 19.03.2012 г.

одобрена: 16.07.2012 г.

Summary: Primary hydatid cyst of the pancreas is rare. We report four cases, which presented with various clinical signs. The imaging studies were unhelpful in identifying the etiology. Pancreatic hydatid cysts were established at the time of surgery. Diagnosis was confirmed by histological and parasitological examination.

Key words: hydatid cyst, surgery, pancreas

Address for correspondence: Assoc. Prof. Vladimir Tasev, MD, PhD, Department of General and Liver-Pancreatic Surgery, University Hospital “Alexandrovskia”, 1 G. Sofiyski str., Bg-1431 Sofia, tel.: +359 2 9230262, e-mail: vntasev@abv.bg

Article history: received: 19.03.2012

accepted: 16.07.2012

УВОД

Ехинококозата е зооантропоноза, която се причинява от *Echinococcus granulosus* и е силно разпространена в редица страни от Средиземноморието, Средния изток, Южна Америка и Африка, определени като ендемични за това заболяване. Географската миграция и масовият туризъм доведоха до увеличаване на заболяемостта и в страни въвн от ендемичните райони. Ларвеният стадий на ехинокока, който се развива в междинния гостоприемник – човека и някои домашни животни, представлява

киста, изпълнена с течност. Най-честа е локализацията в черния дроб – 55-75% [12, 15], следвана от белия – 27-35% [6]. Засягането на други органи е рядко – бъбреци 3%, кости – 1-4%, мозък – 1-5% [6], слезка, сърце, мускули, т. е. възможни са всякакви локализации, което прави болестта сериозен медицински проблем. Първичното засягане на панкреасната жлеза е казуистика – 0,1-0,25% [6, 7]. Кистичната формация, особено при частично девитализиране, трудно се диференцира от кистаденокарцином на панкреаса дори със съвременни об-

разни методи, още повече че клинично се проявява с механичен иктер при локализация на процеса в главата на жлезата. В такива случаи хирургичният екип е поставен на изпитание при избора на хирургичен метод както по отношение на основното заболяване, така и със свързаните с него усложнения. Тежестта на проблема инициира тази публикация, в която съобщаваме нашия опит с четири случая на първичен ехинокок на панкреасната жлеза. Поради различната изява и диагностично-лечебните проблеми, които поставиха отделните случаи, ще ги представим в резюме.

Клиничен случай 1

Касае се за жена – М. В. И., на 33 г., ИЗ 1043/952 от 31.08.1992 г., постъпила в Клиниката с диагноза pseudocystis pancreatis, с оплаквания от слабо болезнена подутина в десен горен кореман квадрант от 3 месеца. Палпаторно в описаната зона – подутина с гладка повърхност без балотаж. Ехография и КАТ – данни за псевдокиста в главата на панкреаса. Интраоперативно се реши псевдокистата да се дренира трансдуоденално, т.е. да се извърши панкреатокисдуоденостомия. Но при трансдуоденалното пунктиране през медиалната стена на дуоденума се установи, че се касае за ехинококова киста. Това промени оперативната тактика и след затваряне на дуоденума на два етажа се премина към ехинококектомия с частична резекция на много плътна фиброзна капсула с дренаж на остатъчната кухина (опер. протокол 996 от 04.09.1992 г.).

Клиничен случай 2.

Касае се за жена – Б. Г. Г., на 54 г., ИЗ 30763/1547 от 06.12.2010 г., постъпила в Клиниката с оплакване от кризисни болки в дясното подребрие с ирадиация към дясната плешка, гадене, повръщане. От ехографията – данни за калкулозен холецистит, за което и се оперира (оп. протокол 1028/ 09.12.2012 г.). Интраоперативно се направи холецистектомия. При кохеризацията на дуоденума се установи и ретроперитонеална овална ту-формация, изхождаща от главата на панкреаса, с размери 3 см в диаметър с хрущялна плътност, локализирана стенодопирно до вена порте и артерия панкреатикодуоденалис инфериор и компресираща интрапанкреатичната част на дуктус холедохус. Поради тежкия диабет, от който страда болната, се изказа мнение, че е възможно да се касае за глюкагоном. Екстирпира се в здраво ту-формацията с частична резекция на главата на панкреаса. След разсичането на формацията се установи, че това е стара ехинококова киста, което се потвърди хистологично (хист. резултат Вt 3276/10. 12. 2010). Следоперативният период при тази болна протече усложнено с ДИК

синдром и два тласъка на белодробна тромб-емболия, но в крайна сметка след стабилизация бе изписана.

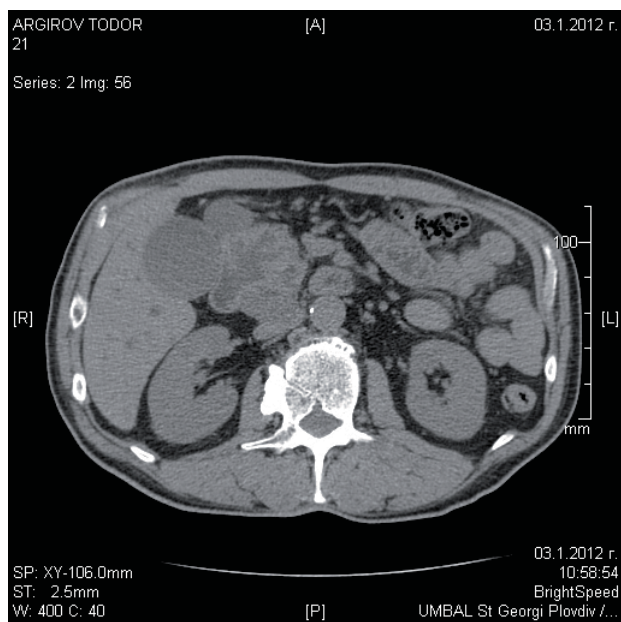
Клиничен случай 3.

Мъж на 40 г. – Д. С. М., с ИЗ 12784 от 30.05.2011 г., на когото по повод болки в горния кореман етаж се извършва ехография и уточняваща КАТ – данни за овална лезия на глава – тяло на панкреаса с размери 37 mm с резки очертания и нехомогенна структура и течностни колекции. ЯМР – псевдокиста на тялото на панкреаса, вентрално с разширен панкреатичен канал. С такава диагноза болният бе опериран (оп. протокол 451 от 07.06.2011 г.). Интраоперативно се установи твърда туморна формация в тялото на панкреаса без лимфаденомегалия. Направи се левостранна хемирезекция на панкреаса, с което се отстрани радикално ту-процесът. При транссекцията на панкреаса се установиха дъщерни мехури в панкреатичния канал. Всъщност бяхме отстранили стара ехинококова киста с частична калцификация в тялото на панкреаса (хист. рез. Вп 1967/08.06.2011) с перфорация в панкреатичния канал. Той се проми многократно с физиологичен разтвор. Находката наложи и ревизия на екстрахепаталните жлъчни пътища и холецистектомия. Гладък следоперативен период.

Клиничен случай 4

Мъж на 63 г., Т. И. А., ИЗ 818 от 10.01.2012 г., постъпил с данни за механичен иктер, без болки, отслабване на килограми. На направената ехография и КАТ – данни за разширени интра- и екстрахепатални жлъчни пътища, уголемен жлъчен мехур – 12/6 cm. Голяма – 105/45/41 mm билокуларна кистозна формация с вертикален ход, която е в контакт със задната част на главата на панкреаса и достига хилуса на черния дроб, единичен калцификат (фиг. 1). В заключение – касае се за серозен кистаденом на главата на панкреаса, предизвикващ холостаза и хидропс на жлъчния мехур. От лабораторията: tot. bil. 505, dir. bil 384, СУЕ – 28, без анемия. Ту – маркери СА 19-9, СЕА и АФР – гранични до референтните стойности.

Интраоперативно (оп. прот. 0043 от 12.01.2012 г.) при пункцията на кистата се установи, че това е ехинокок, който притиска дисталния холедох и предизвиква тежък хидропс на жлъчния мехур и иктер. Намериха се още две малки ехинококови кисти по 2 cm в диаметър, по предната стена на панкреаса в съседство с голямата. За малките се направи тотална кистоперикистектомия, а за голямата – ехинококектомия с изрязване на свободната от паренхим фиброзна капсула. Холецистектомия и ревизия на жлъчните пътища, трансцистичен дренаж.



Фиг. 1. KAT – киста на главата на панкреаса с уголемен жлъчен мехур и разширени интрахепатални жлъчни пътища

ОБСЪЖДАНЕ

Ехинококовата инвазия в панкреаса настъпва по кръвен път. Някои автори допускат възможна перипанкреасна лимфна инвазия и още по-рядко засягане през ретропанкреасното пространство и директно по жлъчните канали до панкреасния канал [7]. Клиничната изява зависи от локализацията и големината на кистата. В случаите на разположение в главата на панкреаса, дори при сравнително малки размери, клиничната картина се владее от тежест и болки в дясното подребрие, пожълтяване по кожата и склерите и често различно изявен фебрилитет [14]. Възможно е обаче дори при големи размери на кистата изявата да е само с пожълтяване дори безболково, както в четвъртия описан от нас случай. Топографоанатомичните взаимоотношения на структурите в лигаментум хепатодуоденале предразполагат към това. В други случаи превалират прояви на хронично рецидивиращ панкреатит, като при първия ни случай [10]. Кистите, локализирани в тяло-опашка, най-често се проявяват след по-значимо нарастване като палпируема, слабо болезнена ту-формация в епигастриума. Тези в шийката на панкреаса могат да се проявят със симптоми на портална хипертензия [4]. С други думи, отсъстват патогномонични симптоми, клиниката се дължи на компресията на кистата върху съседни анатомични структури. Диагностиката е затруднена, но суспекция за паразитарна киста на панкреаса следва да има при комбиниране на част от след-

ните данни от параклиниката при пациент в ендемичен район: ехографски – кистична формация в зоната на панкреаса, данни за дъщерни мехури в нея, калциеви отлагания в стената ѝ на рентгенография, еозинофилия в периферната кръв и позитивни имунологични тестове – желателно е поне два – ELISA и РПХА [11]. Имунологичните тестове се използват за диференциране на хидатидната киста от другите непаразитарни кистични лезии в панкреаса – псевдокисти, ретенционни и муцинозни кистични неоплазми, със специфичност от 85% [6]. Безспорна е ролята на ендоскопската ехография и KAT като завършващ етап от диагностичния алгоритъм за повишаване процента на вярната специфична диагноза. Нашият опит обаче показва, че при данни за кистична лезия в панкреаса не се мисли за ехинококоза. Рядко в практиката се стига до използване възможностите на ЯМР, въпреки че се отчита високата специфичност на изследването поради доброто представяне на граничните ирегуларити [5]. И все пак, както се съобщава от редица автори, в съзвучие и с нашия опит често етиологичната диагноза се поставя на операционната маса [12]. Хирургичното лечение е основно и има възможност да бъде дифинитивно [15]. Характерът на оперативната интервенция се индивидуализира и зависи от редица фактори – локализация, големина и брой на кистите, степен на проминираше над паренхима на жлезата, наличие на усложнения, общо състояние на пациента, коморбидитет. Ехинококовите кисти в опашката на жлезата могат успешно да се отстранят чрез дистална панкреасна резекция, както при описания трети клиничен случай [13]. При тези пациенти е желателно запазването на слезката, което невинаги се удава. Кистите, локализирани в тялото и главата на панкреаса, най-често подлежат на ехинококектомия, т.е. отстраняване на ендокистата след стандартна сколицидия с 20% Sol. NaCl и последваща резекция на фиброзната капсула, проминираща над паренхима в различен обем – от частична перикистектомия до тотална [6]. В тези случаи задължителен е стремежът към минимален риск от опасни кръвотечения и предпазване от отваряне на панкреатичния канал поради риск от развитие на труднооздравяваща следоперативна панкреасна фистула. Когато такава комуникация се установи интраоперативно, не се препоръчва сколицидия поради опасност от склерозиращи промени по каналите, а след ехинококектомията операцията може да се завърши с панкреатокистойеюноанастомоза по Ру [2, 11]. Пломбирането на остатъчната кухина с оментум на краче, известно като оментопластика (или опе-

рация по Аскерханов при чернодробна локализация), се отчита като по-добрия вариант в сравнение с дренирането ѝ [3, 8]. С отстраняването на механичната компресия върху дисталния холедох се решава проблемът с механичния иктер, но при данни за холангит е необходимо дрениране на общия жлъчен канал, най-често с Кер дрен, и холецистектомия. Angelescu и сътр. съобщават за успешно лечение на пациент с ехинокок на панкреаса с механичен иктер и холангит чрез ендоскопска свинктеротомия по време на РПХГ с последваща радикална операция на основния процес [1]. Перкутанната пункция с аспирация крие риск от перитонеална дисеминация [8], но Yattoo и сътр. прилагат успешно дрениране под ехографски контрол на панкреасна хидатидна киста, усложнена с механичен иктер [16].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Диагнозата първична ехинококова киста на панкреаса е трудна, но в ендемични райони трябва да се предполага в диференциалнодиагностичния план;

2. При възможностите на съвременната образна и имунологична диагностика би следвало хидатидните кисти в панкреаса, макар и казуистика, да се диагностицират предоперативно;

3. Изборът на оперативен метод трябва да се индивидуализира и да води до пълно оздравяване, като се минимизират рисковете от интраоперативни усложнения, произхождащи от характера на панкреасната жлеза и топографо-анатомичните ѝ взаимоотношения със заобикалящите я съдови структури.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Angelescu, N. et al. Hydatid cyst of the head of the pancreas--a clinical case. – *Chirurgia*, (Bucur), **92**, 1997, 325-330.
2. Ashok, D. et al. Hydatid cyst of pancreas. – *Bombay Hospital J.*, **51**, 2009, № 1.
3. Bedioui, H. et al. Primary hydatid cyst of the pancreas: diagnosis and surgical procedures. Report of three cases. – *Gastroenterol. Clin. Biol.*, **32**, 2008, 102-106 (Epub 2008 Mar 4).
4. Gonzalez, E. P. et al. Presinusoidal portal hypertension secondary to portal invasive echinococcosis. – *J. Clin. Gastroenterol.*, **34**, 2002, 103-104.
5. Ilica, A. T. et al. Extrahepatic abdominal hydatid disease caused by *Echinococcus granulosus*: imaging findings. – *AJR*, **189**, 2007, 337-343.
6. Ibrahim, M. et al. Hydatid cyst of the pancreas: A case report and brief review. – *Turk J. Gastroenterol.*, **22**, 2011, № 4, 430-432.
7. Kayabali, I., I. H. Gokcora et N. Ormeci. Surgical treatment of hydatid cysts of the pancreas. – *Int. Surg.*, **76**, 1991, 185-188.
8. Krige, J. et al. Primary hydatid cysts of the pancreas. – *SAJS*, **43**, 2005, № 2, 37-40.
9. Ozmen, M. et M. Munevver Moran. Recurrent acute pancreatitis due to a hydatid cyst of the pancreatic head: A case report and review of the literature. – *J. Pancreas (Online)*, **6**, 2005, № 4, 354-358.
10. Regan, J. K et al. Chronic pancreatitis resulting from primary hydatid disease of the pancreas: a case report and review of the literature. – *Gastrointest. Endosc.*, **49**, 1999, 791-793.
11. Sachdev, A. K. et al. A case of pancreatic hydatid disease. – *Trop. Gastroenterol.*, **20**, 1999, 131-132.
12. Saidi, F. *Surgery of the Hydatid Disease*. Philadelphia, Saunders, 1976.
13. Safioleas, M. C. et al. Clinical considerations of primary hydatid disease of the pancreas. – *Pancreatology*, **5**, 2005, 457-461 (Epub 2005 Jun 28).
14. Sinha, A. N., A. S. Rao et H. G. Vyas. Hydatid cyst in head of pancreas presenting with obstructive jaundice. – *Indian J. Gastroenterol.*, **16**, 1997, 32.
15. Terblanche, J. et J. E. J. Krige. The management of hepatic *Echinococcus*. – In: Cameron JL, ed. *Current Surgical Therapy*. 6th ed. Baltimore, Mosby, 1998, 326-330.
16. Yattoo, G. N. et al. Case report: percutaneous drainage of the pancreatic head hydatid cyst with obstructive jaundice. – *J. Gastroenterol. Hepatol.*, **14**, 1999, 931-934.