

Диагностика и хирургическое лечение цистаденом поджелудочной железы

А.Д. Тимошин, А.А. Мовчун, В.А.Ворст

Научный центр
хирургии РАМН
(директор -
академик РАМН
Б.А. Константинов),
Москва

Приведен анализ 28 наблюдений за пациентами с довольно редким заболеванием поджелудочной железы - кистозными эпителиальными опухолями: 9 больных страдали микрокистозными цистаденомами и 19 - муцинозными. Преимущественно это были женщины в возрасте от 20 до 58 лет и только двое мужчин 47 и 72 лет. Диагностика базировалась на данных ультразвукового исследования и компьютерной томографии. Другие инструментальные методы исследования мало информативны. У 23 больных (82.1%) цистаденомы локализовались в области хвоста и тела поджелудочной железы и только у 5 (17.9%) в области головки. Двадцать шесть больных оперированы радикально: 3-м больным произведены пан-креатодуоденальные резекции, 17-и - левосторонние резекции поджелудочной железы с опухолью, при этом у шести больных без спленэктомии. Анатомические особенности строения цистаденом поджелудочной железы обусловили возможность их энуклеации при расположении в области головки и перешейка органа у шести больных. Ближайшие результаты благоприятные, летальных исходов не было. Осложнения в виде послеоперационного панкреатита и кратковременного выделения панкреатического сока по дренажу отмечены у девяти больных. В отдаленном периоде в сроки от 0.5 до 1.5 лет умерло четверо больных при прогрессировании цистаденокарцином. У 4 больных после дистальной резекции поджелудочной железы развился сахарный диабет, а у 1 больной - белковые и электролитные нарушения. Приведены основные диагностические критерии и принципы хирургического лечения цистаденом поджелудочной железы, указано на недопустимость внутреннего или наружного дренирования цистаденом.

Diagnosis and Surgical Treatment of Cystadenomas of the Pancreas

A.D. Timoshin.

A.A. Mov-chun. and

V.A. Vorst

Research Center of
Surgery RAMSci
(Director-Academician
RAMSci B.A.
Konstantinov), Moscow

28 cases of a rather rare disease of the pancreas - cystic epithelial tumors analyzed: 9 patients suffered from microcystic, and 19 - from mucinous cystadenomas, in 4 of which cystadeno-carcinomas developed. All the patients, mostly females aged between 20 and 58, and two males, aged 47 and 72, underwent surgery. Diagnosis was based on ultrasonic examination and computer-aided tomography examination. Other instrumental techniques were less informative. In 82.1 % of cases cystadenomas were located in the caudal segment and body of the pancreas and only in 5 (17.9%) - in the organ's head. " Surgery was radical in 26 cases: 3 pancreatoduodenal resections, 17 left-side resections of the pancreas with tumor, 6 of them without splenectomy. The anatomical structural features of the cystadenomas of the pancreas allowed their enucleation when situated in the region of the organ's head and isthmus. Immediate results were favorable, without any lethal outcomes. Complications such as post-operative pancreatitis and brief excretion of pancreatic juice through the drain occurred in 9 patients. The only deaths in the remote period were those of patients with cystadenocarcinomas progression. Four patients after distal pancreatic resection developed diabetes mellitus, and one - after pancreatoduodenal resection had protein and electrolyte disorders. Material on the basic diagnostic criteria and principles of surgical treatment of cystadenomas of the pancreas, pointing out that, in view of possible complications, it is inadmissible to carry out internal or external drainage of cystadenomas.

Одним из наименее изученных разделов хирургической панкреатологии являются кистозные опухоли. Согласно последней Международной гистологической классификации ВОЗ, все они отнесены к эпителиальным опухолям и представлены различными морфологическими вариантами цистаденом [3]. К настоящему времени в англоязычной литературе зафиксировано немногим более 500 случаев панкреатических цистаденом [12, 16], и около 50 в отечественной [5, 7, 8]. В то же время частота кистозной формы рака поджелудочной железы составляет 1% всех первичных

новообразований этого органа [7, 9, 11]. В связи с этим один из путей снижения летальности заключается в своевременной диагностике и адекватной операции по поводу цистаденом поджелудочной железы [4,5,7,8,14,15,18].

Общепринято, что панкреатические эпителиальные опухоли кистозного типа представлены двумя принципиально различными разновидностями цистаденом: микрокистозными, отличающимися доброкачественным течением, и слизистыми кистозными - потенциально злокачественными (муцинозные цистаденомы) [1, 2, 5, 17]. Большинство авторов располагает наблюдениями за 3-8 больными [6, 10, 13]. Опубликованные на основании таких малочисленных наблюдений данные о клинической картине эпителиальных кистозных опухолей поджелудочной железы, ценности конкретных методов исследования и необходимом объеме оперативного лечения крайне противоречивы. Нам представилась уникальная возможность проанализировать один из самых больших материалов в мире и самое большое число наблюдений в стране, накопленных в одном лечебном учреждении.

В период с 1961 по 1996 г. оперированы 28 пациентов с цистаденомами поджелудочной железы. Окончательный диагноз был установлен во время интраоперационного гистологического исследования. Больные с цистаденомами поджелудочной железы составили 1/8 часть всех больных с кистозными поражениями органа. Мы исходили из того, что одни формы цистаденом имеют доброкачественное течение, а другие - озлокачествляются. Поэтому все эпителиальные кистозные новообразования были разделены на 2 группы: микрокистозные цистаденомы - 9 (32%) и слизистые кистозные опухоли - 19 (68%). Последние включили 8 муцинозных цистаденом с доброкачественной эпителиальной выстилкой, 7 - с участками клеточной атипии и 4-с зонами злокачественного эпителия, что позволило рассматривать эти опухоли как озлокачествленные муцинозные цистаденомы или цистаденокарциномы.

Большинство оперированных [26] были женщины в возрасте от 20 до 58 лет (средний возраст 38.6 года), двое мужчин 47 и 72 лет. От 20 до 40 лет было 18 (64.3%) больных и старше 40 лет-10 (35.7%). Все они указывали на отсутствие в анамнезе травм поджелудочной железы, алкоголизма и желчнокаменной болезни, то есть ведущих факторов, вызывающих острый панкреатит, в результате которого может возникнуть ложная или истинная киста поджелудочной железы.

Диаметр опухоли составил от 8.1 до 15.5 см. Преимущественно цистаденомы локализовались в хвосте и теле поджелудочной железы: у 5 (17.9%) больных в области головки органа, у 8 (28.6%) - в теле и у 15 (53.5%) в области хвоста. Макроскопически цистаденомы были округлой или овальной формы с гладкой блестящей поверхностью. Крупные кровеносные сосуды оттеснялись фиброзной капсулой опухоли и легко от нее отделялись, за исключением случаев нагноения полости опухоли, после перенесенных ранее операций внутреннего и наружного дренирования и малигнизации муцинозных цистаденом. У одного больного обнаружены метастазы в обе доли печени, у 7 отмечена обильная васкуляризация стенки опухоли варикозно расширенными венами. Толщина фиброзной оболочки составляла от 0.3 до 1.8 см.

Внутренняя поверхность кистозных полостей чаще была гладкой, у 10 больных - с шероховатыми выростами. Размеры отдельных кист, заключенных в общую фиброзную капсулу, были от крошечных (микрокистозные аденомы) до крупных образований, у 4 больных имелась только одна полость. Ткань не пораженных отделов поджелудочной железы была не изменена или имелись явления атрофии и склероза в участках сдавления кистозным образованием. Сообщения полости цистаденом с панкреатическими протоками при всех локализациях не отмечено, что в некоторых наблюдениях было установлено до операции ретроградной панкреатикохолангиографией, а во время операции - пункционной цистографией.

Микроскопически капсула опухолей состояла из грубой волокнистой соединительной ткани, включающей кровеносные сосуды, атрофированные ацинозные структуры, кистозно измененные мелкие экзокринные протоки. Опухолевые полости содержали прозрачную желтоватую опалесцирующую жидкость (микрокистозные аденомы) или коллоидную массу, чаще бурого цвета (слизистые кистозные опухоли). Внутренняя поверхность кистозных полостей выстлана кубическим, богатым гликогеном, или цилиндрическим, богатым муцином, эпителием. Прерывистость эпителиальной выстилки обнаружена в 15 (53.6%) наблюдениях, что вынуждает в сомнительных

случаях для уточнения диагноза брать для гистологического исследования несколько участков стенки цистаденомы. Соединительнотканная строма представляла собой поля неправильной формы, которые содержали участки кровоизлияний, гиалиноза, кальцификации.

Наиболее частым диагнозом при направлении больных в Центр хирургии была киста поджелудочной железы или забрюшинного пространства. Сопутствующие заболевания (колит, гастроудоденит, мочекаменная болезнь и т.п.) выявлены у 59.5% пациентов без какого-либо определенного преобладания.

У 3 больных опухоль протекала бессимптомно. У 25 (89.3%) в верхних отделах живота пальпировалось слабо болезненное и малоподвижное опухолевидное образование округлой формы, плотной консистенции, причем у 5 больных наличие пальпируемой опухоли было единственным симптомом. 20 (71.4%) пациентов предъявляли жалобы на чувство тяжести, ощущение инородного тела в эпигастрии, неприятные ощущения в области желудка (у 8 больных эти жалобы были нерезко выраженными). Диспептические симптомы выявлялись редко. Жалобы на снижение аппетита, трудоспособности, похудание отмечены у 4 (14.3%) больных; на отрыжку, редко возникающую рвоту, затруднения при прохождении пищи в области желудка - у 5 (17.9%). Даже при локализации кистозных опухолей в головке поджелудочной железы явлений механической желтухи не отмечено, хотя у 5 больных диагностированы явления сегментарной портальной гипертензии.

Общеклинические и биохимические лабораторные показатели у всех больных были без выраженных отклонений от нормы. Рентгеноскопия желудка, ирригоскопия, экскреторная урография и холецистохолангиография применялись лишь для того, чтобы исключить прочую органную принадлежность опухоли. У 5 (17.9%) больных в проекции цистаденомы были обнаружены кальцификаты, что у 1 больного явилось причиной ошибочного диагноза до операции (эхинококкоз забрюшинного пространства).

Основными методами инструментальной диагностики цистаденом поджелудочной железы являются ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ), которые выполнены у 25 больных. В 3 наблюдениях (больные были оперированы до появления в клинике указанных методов) диагноз был установлен только во время операции при срочном гистологическом исследовании стенки опухоли. Ангиография чревного ствола, выполненная у 1 из этих больных, также не позволила поставить правильный диагноз, хотя отметила деформацию селезеночной артерии и вены, а также наличие дополнительных сосудов в проекции опухолевидного образования. УЗИ и КТ позволяют определить локулярность цистаденом при наличии внутриопухолевых перегородок. Наибольшие трудности возникали при определении локулярности микрокистозных аденом. По данным УЗИ три опухоли были гипоехогенными, остальные микрокистозные аденомы - со смешанными нормоэхогенными и гипоехогенными участками. Более крупные кистозные полости располагались на периферии под хорошо выраженной фиброзной капсулой, иногда с кальцинированными участками; центральная часть микрокистозных цистаденом была более плотной и выглядела в виде эхогенного звездчатого рубца. Муцинозные цистаденомы проявлялись многополостными (диаметром более 4—5 см) кистами, у 4 больных была только одна полость. КТ выявляла толстостенные, хорошо отграниченные массы с площадями плотности от 4 до 17 Н, в 5 наблюдениях отмечены участки плотности от 18 до 35 Н, которые соответствовали сосочковым выростам. Периферическая кальцификация обнаружена в двух слизистых кистозных опухолях. По данным УЗИ и КТ определялись неизмененные отделы поджелудочной железы, что подтверждало отсутствие перенесенного воспалительного процесса в органе. Методом КТ органопринадлежность устанавливалась во всех случаях, тогда как на основании данных УЗИ у 3 пациентов предполагалось расположение опухоли вне поджелудочной железы, причем диаметр цистаденом превышал 11 см.

Ретроградная панкреатикохолангиография была выполнена у 3 больных на начальных этапах изучения кистозных опухолей, у этих больных изменений протоковой системы не обнаружено и связи ее с полостью цистаденом также не выявлено, поэтому в дальнейшем мы отказались от такого исследования, чреватого тяжелыми осложнениями.

Адекватное лечение цистаденом поджелудочной железы заключается в полном удалении опухоли. Паллиативные операции, направленные на снижение компрессии окружающих опухоль тканей, особенно при муцинозных цистаденомах, недопустимы. В наших наблюдениях у 3 больных цистоеюноанастомозы (2 из них выполнены в Центре хирургии) привели к развитию нагноения полостей кистозных опухолей и к необходимости выполнения радикальной операции в более сложных условиях. У 1 больной в другом лечебном учреждении было выполнено внутреннее дренирование цистаденомы и через 9 лет она поступила в Центр хирургии с явлениями нагноения кистозной полости и облитерации наложенного анастомоза и малигнизации опухоли. Радикальная операция, осуществленная нами, не принесла желаемого результата, и больная через 14 месяцев умерла в результате канцероматоза брюшной полости.

Радикальные операции при цистаденомах поджелудочной железы выполнены у 26 больных: левосторонняя резекция поджелудочной железы с опухолью, спленэктомия у 11 (39.3%), левосторонняя резекция поджелудочной железы с опухолью у 6 (21.4%), энуклеация цистаденомы у 6 (21.4%), панкреатодуоденальная резекция у 3 (10.7%). У 2 больных (7.2%) выполнены паллиативные вмешательства: туалет кистозных полостей опухоли с ушиванием дефекта ее оболочки наглухо и наружное дренирование озлокачествленной муцинозной цистаденомы. В обоих случаях радикальные операции были невозможны.

Панкреатодуоденальные резекции выполнены при локализации кистозной опухоли в головке поджелудочной железы. У 6 больных (3 микрокистозные аденомы и 3 муцинозные цистаденомы без участков злокачественного эпителия) при локализации опухолей в головке или области перешейка поджелудочной железы удалось выполнить операцию по типу энуклеации опухоли. Такой вид оперативного вмешательства оправдан в связи со строением цистаденом. Выраженная фиброзная оболочка опухоли при отсутствии адгезивного процесса вокруг новообразования и связи с главным и добавочным панкреатическими протоками, а также крупными кровеносными сосудами, позволяет довольно легко выполнить эту операцию, даже без дополнительного ушивания площадки на ткани поджелудочной железы при условии адекватного дренирования области операции.

Энуклеация опухоли в нашей серии явилась предпочтительной альтернативой панкреатодуоденальной резекции, т.к. и при последней у одной больной в отдаленном периоде развились выраженные белковые и электролитные нарушения, потребовавшие коррекции в стационарных условиях. Расположение цистаденом в левой половине поджелудочной железы обуславливает основной вид оперативного вмешательства - дистальную резекцию органа с опухолью, что в 35.3% случаев удалось выполнить с оставлением селезенки. Эта операция выполняется наиболее часто и является радикальной. Однако в отдаленные сроки у 4 из 17 пациентов, перенесших дистальную резекцию поджелудочной железы, развился сахарный диабет. У одной больной отмечены симптомы экзокринной панкреатической недостаточности, для коррекции которой она вынуждена пользоваться заместительной терапией.

У всех 6 пациентов, перенесших операцию энуклеации опухоли, жалоб не отмечено в сроки наблюдения от 1.5 до 8 лет. В отдаленном периоде в сроки от 0.5 до 1.5 лет умерло 4 больных с цистаденокарциномами, остальные пациенты находятся под наблюдением.

В ближайшем послеоперационном периоде летальности не было, осложнения отмечены у 9 (32.1%) больных: послеоперационный панкреатит - у всех 9, непродолжительное выделение (6-14 дней) панкреатического сока - у 5 (17.9%), левосторонний выпотной плеврит - у 1 (3.6%). Отдаленные результаты в сроки от 0.5 до 10 лет прослежены у 23 оперированных больных. Кроме отмеченных выше осложнений 16 больных чувствуют себя хорошо и жалоб не предъявляют.

Кистозные опухоли поджелудочной железы по своей природе относятся к эпителиальным. По механизму возникновения их можно рассматривать как пролиферационные кисты, которые формируются в результате роста самой ткани новообразования. Одновременно жидкость, вырабатываемая пролиферирующим эпителием, способствует увеличению объема кист. Клинические проявления кистозных опухолей поджелудочной железы не отличаются богатой и специфической симптоматикой, поэтому наиболее информативными методами в постановке диагноза являются УЗИ и КТ верхних отделов брюшной полости.

Цистаденомы чаще образуются у женщин в возрасте от 20 до 50 лет. В большинстве наблюдений в анамнезе отсутствуют типичные данные, характерные для больных с воспалительными кистами поджелудочной железы (злоупотребление алкоголем, травма, поражение желчных протоков, острый панкреатит и др.). Адекватное лечение цистаденом поджелудочной железы заключается в полном удалении опухоли. Ближайшие и отдаленные результаты операции при отсутствии малигнизации муцинозных цистаденом благоприятные.

Список литературы

1. Вилявин Г.Д., Кочишвили В.М., Калтаев К.К. Кисты и свищи поджелудочной железы. М., 1977. С. 35-37.
2. Виноградов В.В. Опухоли и кисты поджелудочной железы. М.: Медгиз, 1959. С. 42-45.
3. Гибсон Д.Б. Гистологическая классификация опухолей печени, желчных путей и поджелудочной железы (Международная гистологическая классификация опухолей. ВОЗ, № 20). М.: Медицина, 1983. 97 с.
4. Дасаев А.Н., Кодрян А.А., Пушкин Л.Н. Цистаденома поджелудочной железы с малигнизацией // Сов. мед. 1981. №4. С. 118-119.
5. Карагюлян Р.Г. Интраоперационная диагностика и хирургическая тактика при кистозных образованиях поджелудочной железы // Хирургия. 1987. № 2. С. 70-73.
6. Мизаушев Б.А., Шалимов С.А., Земское В.С., Подпратов С.Е. Ошибки диагностики и лечения кист поджелудочной железы // Вест. хирургии. 1980. Т. 124. № 6. С. 133-135.
7. Тимошин А.Д., Мовчун А.А., Скипенко О.Г., Болотов Ю.И., Шереметьева Г.Ф. Эпителиальные кистозные опухоли поджелудочной железы // Врач. 1993. №1. С. 23-26.
8. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Мизаушев Б.А. О классификации кист поджелудочной железы // Сов. мед. 1980. № 2. С. 31-34.
9. Шелагурова А.А. Болезни поджелудочной железы и их хирургическое лечение. М.: Медицина, 1970. 289 с.
10. Algaro M., Ponsot P., Hautefewlle M. et al. Cystadenomes pancreatiques: interet diagnostique de l'echographie et de la tomographie // Gastroenterol. Clin. Biol. 1986. V. 10. P. 23-28.
11. Assens P., Gossot D., Sarfuti E. et al. Cystadenome mucineux du pancreas: une entite a ne pas meconnaître // Ann. Chir. 1985. V. 39. № 5. P. 317-321.
12. Bogumoletz W.V., Adnet J.J., Widgren S. et al. Gystadenoma of the Pancreas: a Histological Histochemical and Ultrastructural Study of Seven Cases // Hystopathology. Case Report // J. Comput. Assist. Tomogr. 1978. V. 2. 1980. V. 4. P. 309-320.
13. Bumhi J.A., Miile A., Badal JM. et ai. Papillary-Cystic Neoplasms of the Pancreas: Report of Two Cases and Review of the Literature // Cancer. 1984. V. 54. P. 780-784.
14. Gross M.R. Mucinnusc Cystadenorna of the Pancreas. Endoscopy as an Aid to Diagnosis // Gastroenterology. 1980. V. 79. P. 944-947.
15. De Santas LA., Bernardino M.E., Pauls D.D. et al. Computed Tomography of Cistadenoma of the Pancreas. Case Report // J. Comput. Assist. Tomogr. 1978. V. 2. № 2. P. 222-225.
16. Hifigraf J.Z., Le Neel J.C., Charhes J.F. et al. Cystadenomes of plulot adenomes microkiestiques et kystes mucineux du pancreas // J. Chir. (Paris). 1980. V. 117. № 6-7. P. 369-375.
17. Hodgkinson D.J., Remm W.H., Welland L.H.P Pancreatic Cystadenoma. A Clinicopathologic Study of 45 Cases // Arch. Surg. 1978. V. 113. P. 512-519.
18. Jemerin B.E., Samuels N.A. Cystadenoma of the Pancreas // Ann. Surg. 1948. V. 127. P. 158-170.