

616.37-007.4-07-08

DIAGNOSTIKA A LÉČBA HETEROTOPNÍHO PANKREATU

Plk. MUDr. Dalibor OSTRŽÍŽEK
Chirurgické oddělení vojenské nemocnice, Brno
(náčelník: plk. MUDr. Štěpán Zdražil)

Vedlejší pankreas, pankreas accessorium supranumerale neboli heterotopní pankreas znamená uložení pankreatické tkáně bez jakékoliv anatomické, cévní i inervační souvislosti s normálním pankreatem (3). Zatímco slinivka břišní byla známa již dávno a je vzpomínána již v Talmudě (2. století před n. l.), byl heterotopní pankreas popsán poprvé Klobem v roce 1859 (cit. 2). Dříve se považoval za řídkou, většinou asymptomatickou anomálii (1, 3, 4). Ke zvýšenému zájmu o problematiku pankreatických anomálií došlo v posledním desetiletí při všeobecném rozšíření endoskopické retrográdní cholangiopankreatografie, která umožňuje stanovit diagnózu i předoperačně z endoskopického obrazu a bioptického vyšetření. Maleev (2) ji ve své monografii z roku 1988 označuje již za poměrně častou vrozenou vadu.

Přídavný pankreas se nachází asi ve 2 % pitevního materiálu (2). Zaživa se zjišťuje při rtg vyšetření nebo při endoskopii zažívací trubice jako uzel velikosti 1–4 cm, uložený nejčastěji v submukóze, ale též ve svalové vrstvě i subserózně. Charakteristická pro rtg i endoskopický nález je prohloubenina (zvláštní pupek) v centru uzlíku z pankreatické tkáně. Odpovídá vývodu pankreatické tkáně (viz obr. 1).



Obr. 1 Rtg žaludku s defektem v dvojkontrastní náplni a s depem kontrastní látky ve vývodu heterotopního pankreatu

Přídavný pankreas je pozorován častěji u mužů než u žen (2). Nejčastěji byla zjištěna aberantní pankreatická tkáň ve sliznici duodena – v 30 %, dále v žaludku – 25 %, v jejunu – 18 %. Meckelově divertiklu v 6 %, v divertiklech žaludku a duodena ve 2 %.

Méně častá je lokalizace v tračníku, mezenteriu, žlučníku a žlučových cestách, ve slezině a v peritoneu (2, 5, 6). Jednotlivě jsou popsány případy lokalizace i v jícnu a v plicích (2).

Diagnostika akcesorního pankreatu a jeho patologických změn je velmi obtížná. Klinicky se manifestuje asi ve 40 % případů a může napodobit choroby dutiny břišní. Většinou se diagnóza stanovuje až při operaci, ale rozvoj rutinního vyšetřování zažívacího ústrojí flexibilními endoskopy umožňuje stále častěji stanovit diagnózu předoperačně (viz obr. 2).



Obr. 2 Endoskopická retrográdní pankreatikografie heterotopního pankreatu v žaludku

Při retrospektivním ocenění klinických projevů je možné stanovit některé zvláštnosti symptomatologie heterotopního pankreatu v závislosti na jeho lokalizaci a charakteru patologických změn (6). Vedoucím příznakem nekrózy aberantního pankreatu je bolest

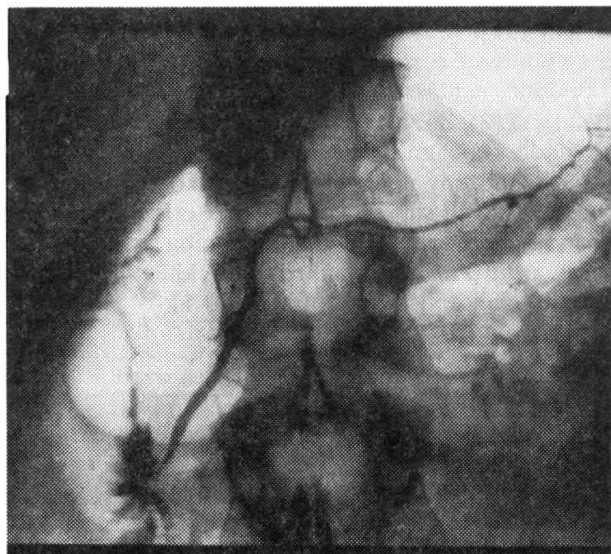
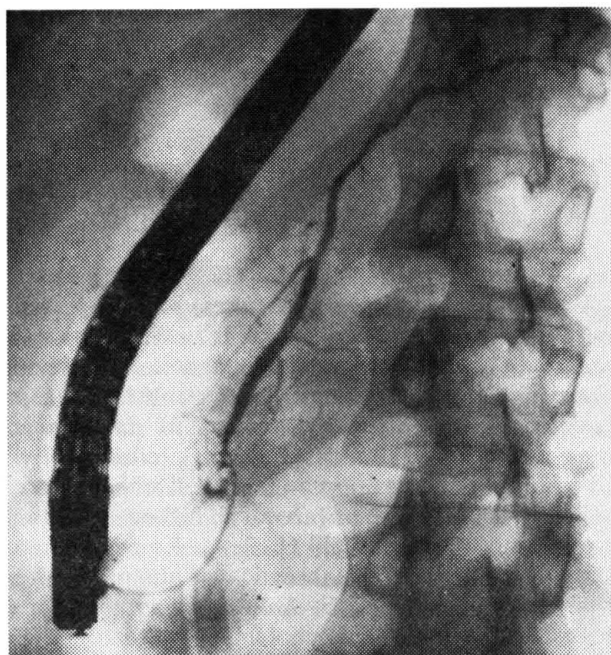
břicha, střevní paréza a zvýšení tělesné teploty. U fibrózy aberantního pankreatu se nacházejí bolestivé spazmy břicha a ubývání na váze. Při palpaci nemocných s nekrózou aberantního pankreatu se na břiše nacházejí známky podráždění peritonea a někdy i infiltrát v epigastriu. V jiných případech se projevuje krvácením do gastrointestinálního traktu, zvláště při lokalizaci v žaludku a duodenu. Endoskopista nachází prominenci sliznice s erozemi a známkami krvácení. Méně často je průběh podobný klinickému obrazu vředové choroby gastroduodena. Jsou popsány i případy průběhu v podobě stenózy pyloru, jejíž příčinou byla vrostlá aberantní tkáň (2). Tkáň přídatného pankreatu může být postižena všemi chorobami, které postihují pankreas: akutním i chronickým zánětem, benigním i maligním nádorem. Symptomatologie pak odpovídá přítomnému onemocnění. Někdy onemocní jen přídatná tkáň, jindy současně i normální pankreas. Becker (cit. 2) připouští, že přídatný pankreas může vést ke vzniku zhoubných nádorů a že je základem velmi vzácného duodenálního karcinomu.

Většina autorů se shoduje v názoru, že léčba přídatného pankreatu je chirurgická (2, 3, 6). Důvodem je zvýšené nebezpečí rozvoje patologických změn v sousedních orgánech i v přídatném pankreatu samotném. Rovněž zvýšené nebezpečí maligního zvrhnutí přídatného pankreatu tento postup doporučuje. Ve většině případů lze přídatný pankreas odstranit izolovaně, méně často je nutný zákrok rozsáhlejší s resekci přilehlé části orgánu. Provádí se resekce žaludku, resekce tenké kličky střevní, resekce tračníku, cholecystektomie, choledochoduodenoanastomóza, pankreatonekrectomie, pankreatikojejunostomie a jiné. Odstranění aberantního pankreatu nebývá provázeno žádnými změnami endokrinní a exokrinní funkce pankreatu (6).

Vlastní výsledky

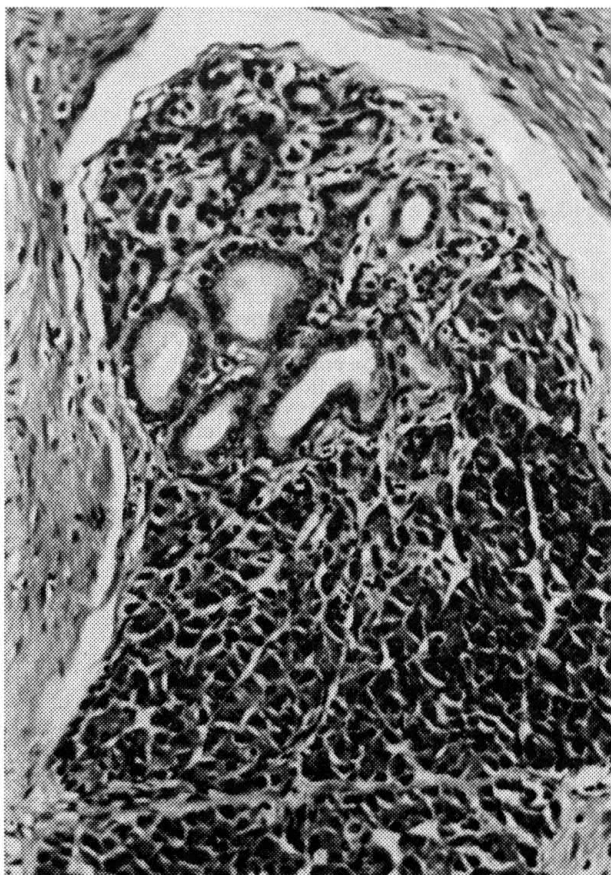
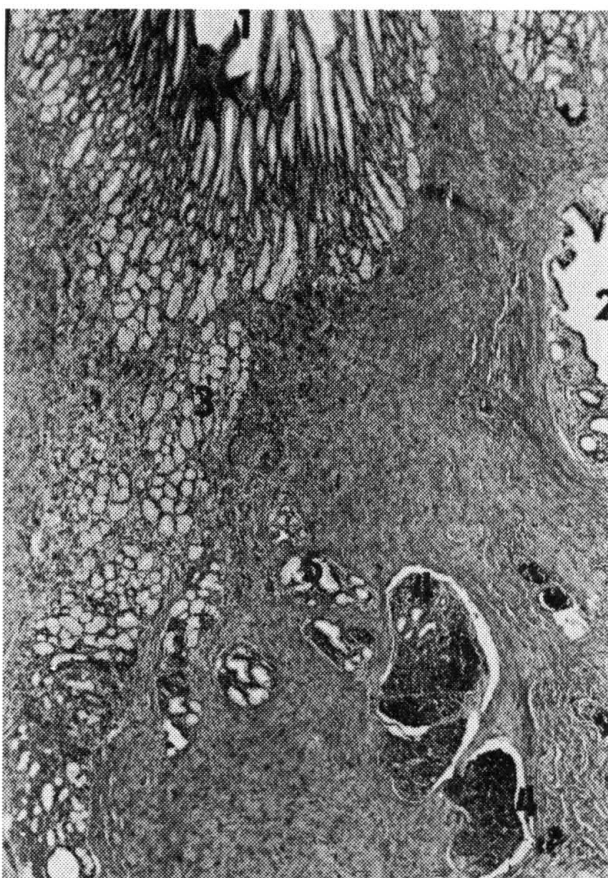
Ve vojenské nemocnici v Brně jsme jen v letech 1988 a 1989 diagnostikovali při endoskopii zažívací trubice heterotopní pankreas u 5 pacientů (dr. Hošek). Operováni byli 2 pacienti.

Dvacetiletý voják základní služby J. Č. byl přijat 21. 1. 1988 na interní oddělení vojenské nemocnice v Brně pro dva roky trvající dyspeptický žaludeční syndrom. Stěžoval si na bolesti břicha v krajině pod mečíkem asi za hodinu po jídle, bez propagace. Občas měl bolesti i ráno nalačno. Nesnášel alkohol a pečené maso. Z laboratorního vyšetření je patologické mírné zvýšení FW, přechodné zvýšení amylasémie a amylasurie. Při endoskopii gastroduodena (dr. Hošek) byl nalezen na zadní stěně prepylorické krajiny žaludku polypoidní útvar velikosti 20 mm × 15 mm s centrální vkleslinou. Kontrolní rtg gastroduodena ve dvojím kontrastu endoskopický nález potvrzuje (dr. Pícha) (viz obr. 1). Následné ERCP ukazuje normální nález na Vaterské papile a obou pankreatických vývodech (obr. 3, 4).



Obr. 3, 4 Endoskopická retrográdní pankreatikografie. Kontrastní látkou znázorněn ductus pancreaticus maior, minor. Komunikace s aberantním pankreatem žaludku není patrná.

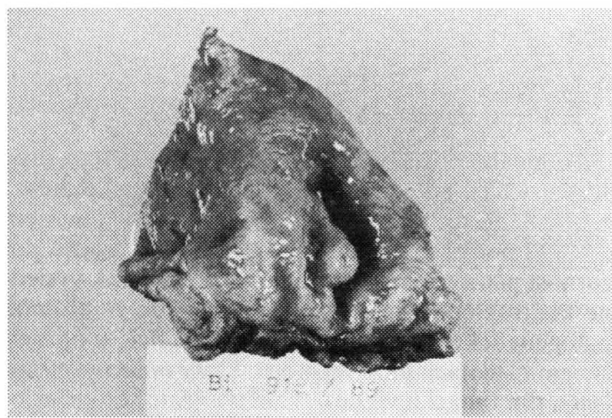
S diagnózou suspektního aberantního pankreatu v žaludku byl nemocný přeložen na chirurgické oddělení k operaci. Dne 15. 2. 1988 provádíme resekci žaludku (dr. Ostřížek). V prepylorické krajině byl kuželovitý výstupek žaludeční stěny s centrální vkleslinou pro pinzetu prostupnou. Zduření žaludeční stěny je velikosti 2 cm × 2 cm × 2 cm. Histologické vyšetření resekátu žaludku (dr. Floriánová – II. PAÚ LF Brno) potvrdilo tkáň aberantního pankreatu ve stěně žaludku (viz obr. 5, 6). Po klidném pooperačním průběhu a obvyklé rekonvalescenci byl nemocný přezkoumán a propuštěn v dobrém stavu mimo činnou vojenskou službu. Byl předán do péče gastroenterologů v místě bydliště.



Obr. 5, 6 Histologický obraz aberantní tkáně pankreatu ve stěně žaludku

Další pacient, jedenadvacetiletý posluchač vysoké vojenské školy T. Š. s tříletou anamnézou bolestí v nadbřišku nalačno, byl opakovaně hospitalizován na interním oddělení vojenské nemocnice v Brně. Při poslední hospitalizaci v říjnu 1988 znovu udává tupou bolest v nadbřišku po probuzení. Po jídle bolest ustupuje. Často ho pálí žáha. Laboratorní vyšetření je normální, včetně amylasémie a amylasurie. Při endoskopii gastroduodena nalezl endoskopista v prepylorické krajině žaludeční, na velké křivině, asi 3 cm od pyloru, vyklenutí žaludeční stěny s centrální vpadlinou.

S diagnózou aberantního pankreatu žaludku byl nemocný přeložen na chirurgické oddělení k operaci. Dne 1. 11. 1988 při laparotomii (dr. Ostřížek) nacházíme v popisové lokalizaci zduření žaludeční stěny velikosti švestky. Po skeletizaci velké křiviny žaludeční obnažujeme zadní stěnu žaludku, avšak spojení tohoto žaludečního zduření se slinivkou není patrné. Z přední gastrotomie excidujeme aberantní pankreas až do svalové vrstvy (viz obr. 7). Pooperační průběh až na krátkodobou pooperační močovou retenci byl normální. Laparotomie se zhojila per primam a za tři týdny po operaci byl nemocný propuštěn k útvaru v dobrém stavu, bez subjektivních stesků. Histologické vyšetření prokázalo aberantní pankreas ve stěně žaludku.



Obr. 7 Fotografie operačního preparátu. Část žaludeční stěny s aberantním pankreatem

Diskuse

Naše kasuistické sdělení potvrzuje literární zkušenosti. Má upozornit chirurgy a internisty, že v celosvětovém trendu růstu pankreatických onemocnění v důsledku zvýšené životní úrovně, provázené vyšší konzumací alkoholu a vyšším příjmem potravy, je třeba v diagnostice využívat moderních vyšetřovacích metod. Rutinně prováděná endoskopie zažívací trubice bude stále častěji obnažovat i případy vedlejšího pankreatu. Za vlastní diagnostický přínos považujeme sondáž vývodu vedlejšího pankreatu s nástřikem kontrastní látky spíše než biopsii. V chirurgické taktice přídavného pankreatu doporučujeme ve všech

zjištěných případech jeho operativní odstranění. Důvodem je složitost patologických procesů přídatného pankreatu a častější maligní zvrhnutí.

Souhrn

Rutiní vyšetřování zažívacího ústrojí flexibilními endoskopy umožňuje stále častěji diagnostikovat i anomálie slinivky břišní. V chirurgické taktice přídatného pankreatu doporučuje autor ve shodě s literárními zkušenostmi přídatný pankreas chirurgicky odstranit.

Literatura

1. KOLTAI, I. L. – HOFMANN, R. – WEITZEL, D.: Die pancreatogene Zyste des Mesocolon ascendens beim Kind. Z. Kinderchir. Crensch., 32, 1981, č. 3, s. 277–282.
2. MALEEV, A.: Onemocnění pankreatu, 1. vyd. Praha, Avicenum 1988, 234 s.
3. MAZUCH, J. – MALČEK, V. – MACHAN, L.: Heterotopie pankreasu. 30. international cursu perfectionis medicorum, Karlovy Vary, Diebus 21–25 iunii 1982, s. 76–77.
4. MORAVEC, R. aj: Choroby pankreasu. 1. vyd. Martin, Osveta 1987, 226 s.
5. SPARKER, M. – VON BUELOW, M. – REINHARD, G. H. – JOHN, H. D.: Rezidivierende gastrointestinale Blutungen über einen persistierenden Ductus pancreaticus accessorius. Chirurg., 53, 1982, č. 6, s. 396–398.
6. ŠALIMOV, S. A. – KOPČAK, V. M. – DĚJNĚKA, S. V. – NIČITAJLO, M. E.: Chirurgičeskaja taktika pri dobavočnoj podželudočnoj železe. Chirurgija, 59, 1984, č. 7, s. 20–22.

Klíčová slova: Pancreas accessorium supranumerale; Heterotopní pankreas; Přídatný pankreas; Vedlejší pankreas.