

МАЛИГНИЗИРОВАННАЯ КИСТОЗНАЯ ОПУХОЛЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Егоров В.И.*^{1,2}, Усачев А.В.¹,
Шарафутдинова Р.Р.²¹ ФГБОУ ВО «Казанский государственный
медицинский университет», Казань² ГАУЗ «Республиканский клинический
онкологический диспансер», Казань

DOI: 10.25881/20728255_2025_20_4_152

Резюме. Представлено клиническое наблюдение лечения пациентки 22 лет с малигнизированной кистозной опухолью поджелудочной железы. При первичном обращении в виду возраста, отсутствия онкологического анамнеза, небольшого размера новообразования, отсутствия ракового роста по данным биопсии, отсутствия клинических проявлений было рекомендовано динамическое наблюдение. В динамике через 6 месяцев выявлено увеличение размеров опухоли поджелудочной железы. После комплексного дроблечения были выставлены показания к операции и проведена лапароскопическая спленосохраняющая дистальная резекция поджелудочной железы по типу Warshaw. Послеоперационное патогистологическое исследование: муцинозная кистозная опухоль поджелудочной железы с микрофокусами high grade дисплазии эпителия (Ca in situ). Сделан вывод о том, что онконастороженный подход при кистозных опухолях поджелудочной железы должен быть в том числе у лиц молодого возраста.

Ключевые слова: кистозная опухоль поджелудочной железы, рак поджелудочной железы, дистальная резекция поджелудочной железы, кистозный рак, малигнизация.

MALIGNANT CYSTIC TUMOR OF THE PANCREAS AT A YOUNG AGE

Egorov V.I.*^{1,2}, Usachev A.V.¹, Sharafutdinova R.R.²¹ Kazan State Medical University, Kazan² Republican Clinical Oncology Dispensary, Kazan

Abstract. This paper presents a clinical case of treating a 22-year-old female patient with a malignant cystic tumor of the pancreas. At the initial consultation, due to her age, no oncological history, small size of the tumor, no cancerous growth according to biopsy data, and no clinical manifestations, dynamic observation was recommended. In dynamics, after 6 months, an increase in the size of the pancreatic tumor was detected. After a comprehensive additional examination, indications for surgery were established and laparoscopic spleen-preserving distal resection of the pancreas according to the Warshaw type was performed. Postoperative pathohistological examination: mucinous cystic tumor of the pancreas with high-grade microfoci of epithelial dysplasia (Ca in situ). It is concluded that an oncoguard approach to cystic tumors of the pancreas should be used, including in young people.

Keywords: cystic tumor of the pancreas, pancreatic cancer, distal resection of the pancreas Warshaw, cystic cancer, malignancy.

Актуальность

Кистозные опухоли поджелудочной железы (КОПЖ) представляют собой группу гетерогенных заболеваний, в основном доброкачественных, с различным риском малигнизации. В большинстве случаев они протекают бессимптомно и выявляются случайно [1; 2]. Последние годы отмечается рост числа случаев выявления КОПЖ, что, прежде всего, обусловлено широким внедрением современных методов инструментальной диагностики [1–3]. КОПЖ встречаются у 2–14% населения [1–3]. В основном, они выявляются у лиц пожилого возраста, крайне редко в молодом возрасте [1–3].

КОПЖ являются предракловыми заболеваниями (малигнизация до 30%, в зависимости от типа), за исключением серозной цистаденомы, частота малигнизации которой менее 0,001% [4]. Основным методом лечения КОПЖ является хирургический [4–6]. Известно, что операции на ПЖ сопровождаются высоким риском осложнений, достигающих 40% [5]. В связи с этим, показания для хирургического лечения должны быть убедительными, особенно в молодом возрасте. Однако, несмотря на развитие диагностических методов, их ценность в определении характера и дифференциальной диагности-

ки КОПЖ остается не высокой, что ведет к необоснованным объемам хирургических вмешательств [5; 6].

Больная, 22 года, обратилась в ГАУЗ РКОД МЗ РТ имени профессора М.З. Сигала (РКОД) 22 ноября 2021 года. На момент обращения жалоб не было.

Из анамнеза заболевания: по результатам профилактического обследования (май 2021 года) по месту жительства (КТ органов брюшной полости (КТ ОБП)) выявлена кистозная опухоль тела поджелудочной железы размерами 33×33×32 мм. По поводу выявленного новообразования консультирована в

одном из онкологических учреждений России. Была выполнена трепанобиопсия (10 июня 2021 г.), по результатам которого данных за злокачественный опухолевый рост не выявлено. Рекомендовано динамическое наблюдение.

Наследственный онкологический анамнез не отягощен.

В динамике, 16 ноября 2021 г., выполнено КТ ОБП (Рис. 1 А, Б). Результаты пересмотра исследования в РКОД: объемное жидкостное образование дистальных отделов тела поджелудочной железы, на границе с хвостом размерами 45×38×45 мм (цистаденома? при сравнении КТ данных

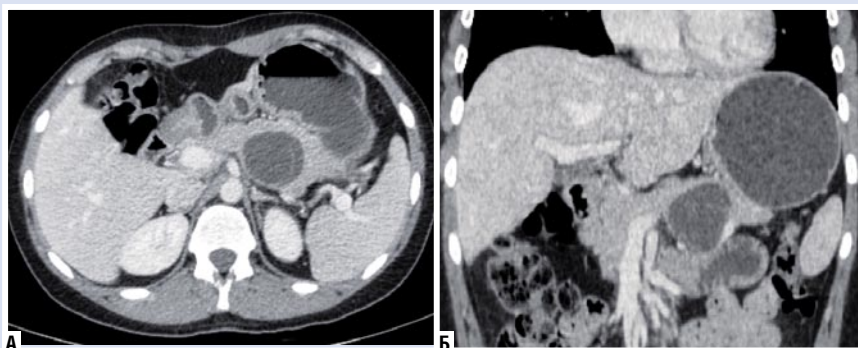


Рис. 1. Срезы компьютерной томографии органов брюшной полости от 16.11.2021. А – аксиальная проекция; Б – коронарная проекция.

* e-mail: drvasiliy21@gmail.com

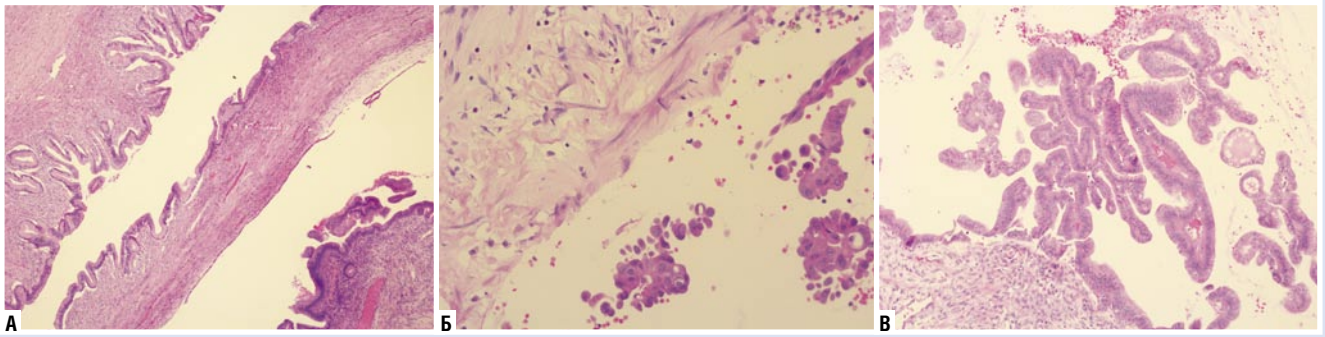


Рис. 2. Микроскопическая картина опухоли. А – муцинозная кистозная опухоль с характерной эпителиальной выстилкой и подлежащей стромой овариального типа (x100, окраска гематоксилином и эозином); Б – участок пролиферации эпителия с формированием папиллярных структур, дисплазией low-grade и high-grade (x200, окраска гематоксилином и эозином); В – фрагменты эпителиальной выстилки муцинозной кистозной опухоли с high grade дисплазией (x400, окраска гематоксилином и эозином).

от 23.04.21 и 16.11.21 в динамике роста размеров кистозного новообразования). Солидного компонента не выявлено. Вирсунгов проток не расширен.

Результаты анализов уровня онкомаркеров в крови от 26 ноября 2021 г.: РЭА–3,3 нг/мл, СА 19-9<0,8 Ед/мл.

Учитывая возраст пациентки, результатов ранее проведенной биопсии, данных КТ ОБП и роста новообразования в динамике решено провести дополнительные уточняющие диагностические методы для определения показаний к оперативному лечению. С этой целью выполнена биопсия опухоли с проведением следующих исследований:

- *пункция опухоли под УЗ- контролем*, забор кистозной жидкости – получена густая прозрачная жидкость. Для дифференциальной диагностики между муцинозным и немучинозным характером жидкости проведен тест на симптом «струны», который оказался положительным (более 1 см). Далее жидкость отправлена на биохимическое, цитологическое и иммунологическое исследования.
- *не вынимая иглы выполнена цистография*, таким образом исключена связь с панкреатическим протоками и «псевдокистозный» характер новообразования.
- *биохимическое исследование кистозной жидкости от 27 ноября 2021 г.* – содержание амилазы – 174 Ед/мл.
- *иммунологическое исследование кистозной жидкости от 29 ноября 2021 г.* – содержание Са 19-9>1075 нг/мл.
- *цитологическое исследование кистозной жидкости от 27 ноября 2021 г.* – клетки крови, макрофаги, пролиферативные и дистрофически измененные клетки кубического эпителия, раковых клеток не выявлено.

По результатам проведенных исследований пациентке был выставлен диагноз: муцинозная кистозная опухоль тела поджелудочной железы с высоким риском малигнизации. Клиническая группа 1. Рекомендовано хирургическое лечение.

1 декабря 2021 г. после предоперационной подготовки выполнена лапароскопическая спленосохранная дистальная резекция поджелудочной железы по типу Warshaw.

УЗИ селезенки в послеоперационном периоде от 6 декабря 2021: селезенка не увеличена, контуры четкие, ровные, изоэхогенная, однородная. При цветном доплеровском картировании (ЦДК) кровотока прослеживается до капсулы.

Послеоперационный период осложнился панкреатическим свищом типа В. Пациентка выписана с дренажом 24 декабря 2021 г. в удовлетворительном состоянии. Дренаж убран 14 января 2022 г. после контрольной фистулографии и снижения до минимального объема отделяемого.

Результаты патоморфологического исследования от 13 декабря 2021 г.

Макроскопическое описание препарата: Препарат после префиксации. Дистальная часть поджелудочной железы 9,5×4,5×5 см. На разрезе – двухкамерное кистозное образование с гладкими блестящими белесоватыми стенками и слизистым содержимым; диаметром 3,8 см, с четкими ровными границами, без солидного компонента.

Микроскопическое описание препарата: Муцинозная кистозная опухоль поджелудочной железы с микрофокусами high grade дисплазии эпителия (Ca in situ). В лимфатических узлах опухолевого роста не выявлено. В одном из лимфатических узлов фиброзно-жировая ткань с

грубыми искусственными изменениями, единичными мелкими лимфоузлами с липоматозом (Рис. 2 А–В).

Таким образом, установлен заключительный клинический диагноз: Муцинозная кистозная опухоль рTisN0M0. Стадия 0. Клиническая группа 3.

Врачебным консилиумом рекомендовано динамическое наблюдение.

В течении последних трех лет пациентка находится под диспансерным наблюдением без признаков рецидива или прогрессирования болезни.

Обсуждение

Zerboni G. и соавт. (2019) по результатам проведенного мета-анализа показал, что распространенность КОПЖ в общей популяции населения выше у лиц старше 55 лет, чем у молодых (11,3% против 5,7%) [1]. Laffan T. et al. (2008) в своем исследовании пишет о корреляции распространенности КОПЖ с возрастом. Так у пациентов моложе 40 лет не было выявлено КОПЖ, в то время как у возрастной группы от 80 до 89 лет распространенность составила 8,7% (95% ДИ: 4,6–12,9) [2].

Представленное клиническое наблюдение интересно, прежде всего, тем, что малигнизированная кистозная опухоль была выявлена в столь раннем возрасте (22 года). Онконастороженный подход по отношению к лицам молодого возраста без онкологического анамнеза в настоящее время недостаточен [8].

При первом обращении за медицинской помощью показаний к операции не было выставлено. Вероятно, это можно объяснить данными первичного КТ (отсутствие солидного компонента, отсутствие расширение ГПП) и результатами биопсии (отсутствие данных за

опухолевый рост), отсутствия солидного компонента и расширения главного панкреатического протока, также пациентке не проводилась эндосонография поджелудочной железы. Точность МРТ или МРХПГ для дифференциальной диагностики доброкачественной и злокачественной кисты варьируется только на уровне от 55 до 76% [9]. Результаты КТ также не позволили точно определить характер кистозной опухоли. Сольный компонент в кистозной опухоли является важным признаком для определения потенциала к малигнизации [4].

Совокупность полученных нами результатов проведенных методов обследования у пациентки позволило нам говорить о муцинозной кистозной опухоли с высоким риском малигнизации. По данным разных авторов процент малигнизации муцинозных кистозных опухолей составляет 10-17% [4; 9; 12]. Таким образом, благодаря комплексному диагностическому подходу в нашем случае выполненный объем хирургического вмешательства был полностью оправдан.

Заключение

Клиническое наблюдение показывает, что онконастороженный подход при КОПЖ должен быть, в том числе у лиц молодого возраста. Необходим комплексный подход в диагностике с применением клинических, инструментальных, лабораторных методов диагностики для более точного определения показаний к операции.

Согласие пациента. От пациентки получено добровольное информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации в обезличенной форме.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Zerbini G, Signoretti M, Crippa S, Falconi M, Arcidiacono PG, Capurso G. Systematic review and meta-analysis: Prevalence of incidentally detected pancreatic cystic lesions in asymptomatic individuals. *Pancreatology*. 2019; 19(1): 2-9. doi: 10.1016/j.pan.2018.11.014.
2. Laffan TA, Horton KM, Klein AP, et al. Prevalence of unsuspected pancreatic cysts on MDCT. *AJR Am J Roentgenol*. 2008; 191(3): 802-7. doi: 10.2214/AJR.07.3340.
3. Chang YR, Park JK, Jang JY, Kwon W, Yoon JH, Kim SW. Incidental pancreatic cystic neoplasms in an asymptomatic healthy population of 21,745 individuals: Large-scale, single-center cohort study. *Medicine (Baltimore)*. 2016; 95(51): e5535. doi: 10.1097/MD.0000000000005535.
4. The World Gastroenterology Organisation. Global practice recommendations for pancreatic cysts. Available from: <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/pancreatic-cystic-lesions/pancreatic-cystic-lesions-russian>.
5. Ardeshtari DR, Cao T, Rodgers B, Onongaya C, et al. Recent advances in the diagnostic evaluation of pancreatic cystic lesions. *World J Gastroenterol*. 2022; 28(6): 624-634. doi: 10.3748/wjg.v28.i6.624.
6. European Study Group on Cystic Tumours of the Pancreas. European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms. *Gut*. 2018; 67(5): 789-804. doi: 10.1136/gutjnl-2018-316027.
7. Okasha HH, Awad A, El-Meligui A, Ezzat R, et al. Cystic pancreatic lesions, the endless dilemma. *World J Gastroenterol*. 2021; 27(21): 2664-2680. doi: 10.3748/wjg.v27.i21.2664.
8. Miller KD, Fidler-Benaoudia M, Keegan TH, Hipp HS, Jemal A, Siegel RL. Cancer statistics for adolescents and young adults, 2020. *CA Cancer J Clin*. 2020; 70(6): 443-459. doi: 10.3322/caac.21637.
9. Elta GH, Enestvedt BK, Sauer BG, Lennon AM. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Pancreatic Cysts. *Am J Gastroenterol*. 2018; 113(4): 464-479. doi: 10.1038/ajg.2018.14.
10. ASGE Standards of Practice Committee; Muthusamy VR, Chandrasekhara V, Acosta RD, Bruining DH, et al. The role of endoscopy in the diagnosis and treatment of cystic pancreatic neoplasms. *Gastrointest Endosc*. 2016; 84(1): 1-9. doi: 10.1016/j.gie.2016.04.014.
11. Karoumpalis I, Christodoulou DK. Cystic lesions of the pancreas. *Ann Gastroenterol*. 2016; 29(2): 155-61. doi: 10.20524/aog.2016.0007.
12. Lloyd RV, Osamura RY, Kloppel G, Rosai J, editors. World Health Organization classification of tumours of endocrine organs. In: World Health Organization classification of tumours. 4th edition. Vol. 10. Lyon: IARC Press; 2017. 355 p.