



Эктопированная поджелудочная железа в стенке двенадцатиперстной кишки как возможная причина желудочно-кишечного кровотечения

О.В. Хлынова^{1*}, Л.Г. Гирфанова², А.А. Черемин³

¹ ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Пермь, Российская Федерация

² ООО Медицинский центр «Кабинет доктора Гирфановой», Пермь, Российская Федерация

³ ООО «Клиника Эксперт», Сочи, Российская Федерация

Цель: представить клиническое наблюдение эктопированной поджелудочной железы (ПЖ) в стенке двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Основные положения. Аберрантная, или эктопированная, ПЖ — порок развития ПЖ, заключающийся в гетеротопии ее ткани в различные органы без связи с основной ПЖ. Бессимптомное течение эктопированной ПЖ часто обуславливает ее случайную диагностику на фоне развившихся осложнений или при обследовании пациента по поводу других заболеваний желудочно-кишечного тракта. Пациент 57 лет экстренно госпитализирован в хирургическое отделение с признаками желудочно-кишечного кровотечения. При обследовании, включавшем эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), колоноскопию, компьютерную томографию брюшной полости без внутривенного контрастирования, источник кровотечения не был установлен.

Спустя 2 месяца при проведении магнитно-резонансной томографии (МРТ) с контрастированием выявлено дополнительное образование, расположенное с латеральной стороны от нисходящей части ДПК, которое по дольчатым наружным контурам и структуре соответствовало ткани нормальной ПЖ, а также признаки хронического панкреатита, единичной кисты в области тела ПЖ. Заподозрена эктопированная ПЖ в стенке ДПК, которая явилась вероятной причиной желудочно-кишечного кровотечения.

Заключение. Кровотечение из ДПК как манифестация аномалии ПЖ, ранее существовавшей бессимптомно, служит особенностью данного клинического наблюдения. Продемонстрированы возможности МРТ для диагностики эктопированной ПЖ.

Ключевые слова: эктопированная поджелудочная железа, желудочно-кишечное кровотечение, магнитно-резонансная томография

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Хлынова О.В., Гирфанова Л.Г., Черемин А.А. Эктопированная поджелудочная железа в стенке двенадцатиперстной кишки как возможная причина желудочно-кишечного кровотечения. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020;30(4):65–69. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-4-65-69>.

Ectopic Pancreas in Duodenal Wall Putatively Causal for Gastrointestinal Bleeding

Olga V. Khlynova^{1*}, Liliya G. Girfanova², Artem A. Cheremin³

¹ E.A. Wagner Perm State Medical University, Perm, Russian Federation

² “Kabinet doktora Girfanovoy” Medical Centre LLC, Perm, Russian Federation

³ “Klinika Ekspert” LLC, Sochi, Russian Federation

Aim: Clinical description of an ectopic pancreas (EP) in the duodenal wall.

Key points: Aberrant or ectopic pancreas is a congenital abnormality of pancreatic heterotopy into unrelated organs with no connection to the true pancreas. Asymptomatic EP often leads to its casual diagnosis due to background complications or concomitant gastrointestinal disorders. A 57 years-old patient was urgently admitted to a surgery unit with signs of gastrointestinal bleeding. Esophagogastroduodenoscopy (EGD), colonoscopy, abdominal CT without intravenous contrast failed to diagnose the source of bleeding. Following two months, MRI scanning with contrast revealed an atypical lateral formation on descending duodenum with the lobulous contour and structure

corresponding to normal pancreatic tissue, as well as signs of chronic pancreatitis and a solitary cyst in the pancreatic body. EP in duodenal wall was diagnosed as a putative cause of gastric bleeding.

Conclusion. In this clinical observation, duodenal haemorrhage is reported as a manifestation of previously asymptomatic aberrant pancreas. Capacity of MRI in EP diagnosis has been demonstrated.

Keywords: ectopic pancreas, gastrointestinal bleeding, magnetic resonance imaging.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

For citation: Khlynova O.V., Girfanova L.G., Cheremin A.A. Ectopic Pancreas in Duodenal Wall Putatively Causal for Gastrointestinal Bleeding. *Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2020;30(4):65–69. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-4-65-69>.

Pancreas aberrans (heterotopia pancreas, ectopia pancreas) — добавочная (аберрантная) поджелудочная железа (ПЖ) — самый частый порок развития железы, который заключается в гетеротопии ее ткани в стенку желудка, двенадцатиперстной кишки (ДПК), кишечника, желчного пузыря, дивертикул Меккеля, печень, селезенку и значительно реже в другие органы без связи с основной ПЖ [1–3]. Наиболее часто добавочная ПЖ локализуется в гастродуоденальной зоне (63–70% всех гетеротопий ПЖ), с расположением в антральном и пилорическом отделах желудка, несколько реже — в ДПК и тощей кишке (9–36 и 0,5–27% соответственно). По данным аутопсий, частота гетеротопии ПЖ в органы пищеварительной системы колеблется в широких пределах и составляет 0,5–13%, при этом при гистологическом исследовании находят все признаки ткани ПЖ: ацинусы, панкреатический проток, клетки Лангерганса [4].

Аберрантная ПЖ по своим клиническим проявлениям неспецифична, в значительной степени симптоматика зависит от локализации, размера и чаще всего появляется при развитии осложнений [1]. Эктопированная ПЖ может осложняться формированием эрозий в слизистой оболочке с последующим кровотечением, формированием язв и перфораций, особенно при расположении в тонкой кишке [5, 6]. Описаны случаи развития острого панкреатита эктопированной ПЖ [6, 7].

Клиническая симптоматика появляется в случае размеров эктопированной ПЖ более 2 см в диаметре [6, 8], а в большинстве случаев диагноз устанавливается случайно, особенно при скрининговом обследовании пациента, что и объясняет временной пик выявления аберрантной ПЖ в возрастном интервале 40–70 лет [1].

Клиническое наблюдение

Пациент К. 1962 года рождения обратился на прием к гастроэнтерологу 30.04.2019 г. с жалобами на выраженную слабость, повышенную утомляемость, одышку при быстрой ходьбе и подъеме на 3-й этаж. Абдоминальной боли, диспепсии, нарушения стула не было.

Anamnesis vitae. Перенесенные заболевания: в 2016 г. был поставлен диагноз сахарного диабета 2-го типа, принимал метформин, но препарат был отменен эндокринологом, и на момент обращения к врачу в 2019 г. сахароснижающая терапия

не проводилась. Более 20 лет страдает гипертонической болезнью, регулярно принимает антигипертензивные препараты. В 2008 г. проведен остеосинтез большеберцовой кости справа по поводу многооскольчатого перелома. В 2018 г. — эндопротезирование левого тазобедренного сустава по поводу остеоартроза 4-й степени. Пациент не курит, 3–5 раз в неделю употребляет 200 мл крепкого алкоголя. Наследственный анамнез не отягощен.

Заболел остро 01.02.2019, когда на фоне общего хорошего самочувствия на работе почувствовал выраженную тошноту, рвоту содержимым красного цвета, со слов пациента, типа «малинового варенья». После многократной рвоты пациент почувствовал резкую слабость и отмечал кратковременную потерю сознания. От предложений коллег вызвать бригаду «скорой помощи» отказался, и его отвезли домой. Сохранялась выраженная тошнота, появился стул черного цвета, но свое состояние пациент оценил как пищевое отравление и принимал энтеросорбент. В течение 2-х дней сохранялась выраженная слабость, низкое артериальное давление до 70/40 мм рт. ст., тахикардия до 120 уд./мин, но пациент за медицинской помощью не обращался. Только 03.02.2019 была вызвана бригада «скорой помощи», был госпитализирован в хирургический стационар с диагнозом: «Желудочно-кишечное кровотечение. Постгеморрагическая анемия средней степени тяжести».

При поступлении в стационар (03.02.2019) по данным эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) пищевод свободно проходим, слизистая оболочка бледная, кардия на вдохе не смыкается. В желудке на стенках содержимое типа кофейной гущи и старые сгустки до 200 мл. На видимых участках слизистой оболочки желудка язвенных дефектов обнаружить не удалось. Привратник округлый, смыкается, проходим. В ДПК также содержимое типа кофейной гущи. Заключение: Желудочное кровотечение из неустановленного источника. Повторная ЭГДС (05.02.2019): пищевод свободно проходим, слизистая оболочка розовая, кардия смыкается. В желудке прозрачная слизь. Складки продольные, извитые. Перистальтика прослеживается по всем стенкам. Слизистая оболочка в антральном отделе с яркой линейной гиперемией, в остальных отделах с единичными очагами точечной гиперемии. Привратник округлый, смыкается, проходим. Слизистая оболочка ДПК розовая, блестящая, с единичными очагами точечной

гиперемии. Заключение: Очаговый поверхностный гастрит. Поверхностный дуоденит.

Колоноскопия (08.02.2019): Колоноскоп проведен в купол слепой кишки. Во всех отделах на стенках на отдельных участках наложения каловых масс, слизи, частично отмыты. Слизистая оболочка слепой кишки осмотру недоступна из-за жидких каловых масс. Баугиниевая заслонка губовидной формы, функционирует, слизистая ее осмотру недоступна. Имеется небольшая дополнительная петля сигмовидной кишки. Складки правильной формы, воздухом расправляются. Видимая слизистая розовая, блестящая. Сосудистый рисунок сохранен. Тонус кишки и сфинктеров сохранен. В поперечно-ободочной кишке 3 плоских полипа до 5×2 мм, в сигмовидной кишке полип 4×3 мм. На 15–16 см от ануса по правой полуокружности плоское полиповидное образование до 14 мм в диаметре, высотой до 3–4 мм, основание до 14 мм. На 8 см от ануса полип 5×3 мм. Сделано заключение о наличии долихосигмы. Из полипов толстой кишки взята биопсия, при гистологическом исследовании верифицированы тубулярные и тубуло-ворсинчатые аденомы толстой кишки с легкой и умеренной дисплазией.

По итогам МСКТ брюшной полости и забрюшинного пространства (13.03.2019) без внутривенного контрастного усиления сделано заключение о гепатоспленомегалии, стеатозе печени, косвенных признаках портальной гипертензии.

Таким образом, в отделении хирургии было проведено стандартное обследование для выявления источника кровотечения, но причина оставалась неясной. Пациент получал инфузионную терапию солевыми растворами, препараты железа, ингибиторы протонной помпы. Через 16 дней выписан из хирургической клиники под наблюдение гастроэнтеролога по месту жительства с рекомендациями контроля общего и биохимического анализов крови.

На амбулаторном приеме у гастроэнтеролога (30.04.2019) при объективном осмотре: состояние удовлетворительное, питание избыточное, вес 90 кг, рост 176 см. ИМТ — 31 кг/м², объем талии (ОТ) — 96 см. Кожа бледная. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки. Печень увеличена — на 2 см по среднеключичной линии ниже реберной дуги, край плотноэластичный, закруглен. Со стороны сердечно-сосудистой системы, легких патологических изменений не выявлено. Отеков нет. Диурез, стул без особенностей. Пациент представил результаты лабораторных исследований, в которых обращали на себя внимание гипохромная железодефицитная анемия легкой степени (гемоглобин — 91 г/л, железо сыворотки — 6 мкмоль/л, ферритин — 19,9 нг/мл); незначительный тромбоцитоз — 348×10⁹; лейкоцитоз — 9,4×10⁹; повышение СОЭ — 49 мм/ч; гамма-глутамилтранспептидаза — 5,7 норм

от верхней границы нормы; уклонение ферментов ПЖ в кровь — липаза до 99 МЕ/л (норма 13–60 МЕ/л) и панкреатическая амилаза 56 Ед/л (норма <53 Ед/л); натощаковая гипергликемия — 8,06 ммоль/л.

Учитывая признаки системного воспаления, гиперферментемии, в круг дифференциального диагноза включено новообразование головки ПЖ, возможно, с прорастанием в стенку желудка и эрозивированием сосуда с последующим кровотечением. Пациент был направлен на магнитно-резонансную томографию (МРТ) органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и на исследование онкомаркеров (СА-242, СА-199, РЭА, альфа-фетопротеин), изучение показателей углеводного обмена (С-пептид, гликированный гемоглобин).

На МР-томограммах брюшной полости (10.05.2019), взвешенных по T1 и T2 ВИ, и программы T1-wats, специфичной для железистой ткани, в трех проекциях, выполненных на томографе Philips Intera 1.5T, с толщиной среза 7 мм, было выявлено дополнительное образование, расположенное с латеральной стороны от нисходящей части ДПК, которое по сигнальным характеристикам в режиме T1-wats, по дольчатым наружным контурам и структуре соответствовало ткани нормальной ПЖ. При внутривенном контрастировании ткань образования накапливала контрастное вещество соответственно ткани нормальной ПЖ, без прорастания в прилежащие полые органы, без перифокального отека. По вышеописанным признакам было предположено наличие аберрантной ПЖ (см. рис.). В проекции ПЖ визуализирована единичная киста размером 0,9×0,6 см. Выявлена спленомегалия, селезеночный индекс 890 (при норме до 480), гепатомегалия, портальная и селезеночная вена не расширены. Сделано заключение: МР-картина образования, прилежащего к нисходящей части ДПК со стороны латеральной стенки, что может соответствовать эктопированной ткани ПЖ, гепатоспленомегалии, МР-признаки хронического панкреатита, единичной кисты в области тела ПЖ, билиарный сладж.

По результатам дополнительных лабораторных исследований были выявлены следующие отклонения: повышен уровень С-пептида до 5,81 нг/мл (норма до 4), гликированного гемоглобина — 6,8% (норма до 6,2%), РЭА-5,74 (норма до 3,3). Онкомаркеры (СА-242, СА-199) были в пределах референсных значений.

Учитывая данные анамнеза, лабораторных и инструментальных исследований, сформулирован клинический диагноз: Основное сочетанное заболевание: 1. Эктопированная в нисходящую часть ДПК поджелудочная железа. Осложнение: желудочное кровотечение с кровопотерей средней степени тяжести (от 01.02.2019). Постгеморрагическая железодефицитная гипохромная анемия легкой степени. 2. Хронический панкреатит смешанной этиологии (билиарный и алкогольный) с образованием псевдокисты в теле ПЖ. Сопутствующие заболевания:

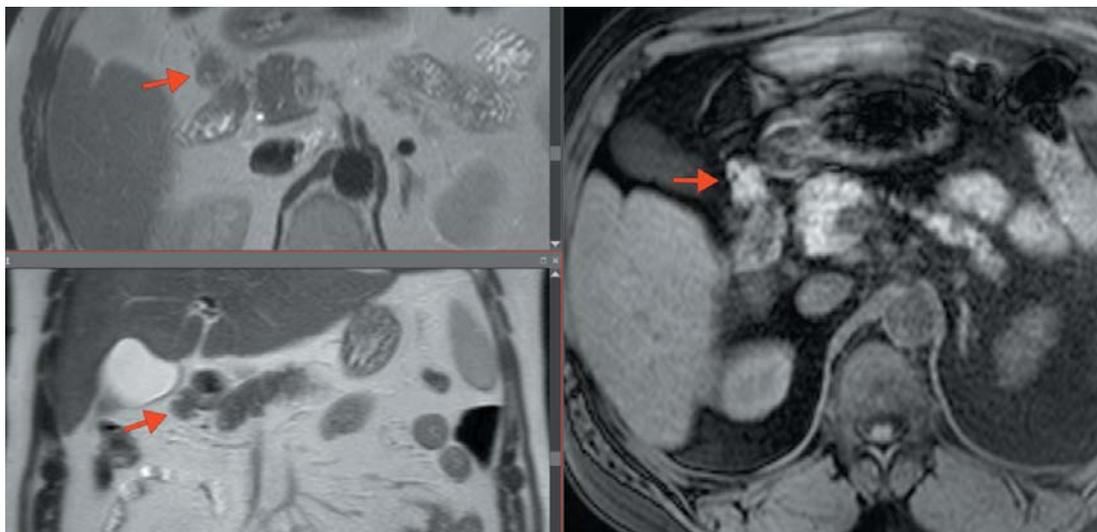


Рис. Слева сверху — T2 аксиальные томограммы, слева внизу — T2 корональные томограммы, справа — специфичная программа T1 wats с жироподавлением. Стрелками показано образование, прилежащее к латеральной стенке нисходящего отдела ДПК, без перифокального отека
 Fig. Upper left — T2 axial MRI, below left — T2 coronal MRI, right — T1 WATS MRI with fat suppression. Arrows denote a lateral formation on descending duodenum, no perifocal oedema

Сахарный диабет 2-го типа, некомпенсированный. Ожирение 1-й степени. Тубулярные аденомы толстой кишки с признаками дисплазии.

Пациенту также было предложено проведение эластометрии печени (не исключен фиброз печени) и эндоУЗИ для верификации патологического процесса в стенке ДПК, а также полипэктомия в плановом порядке. От дополнительных обследований пациент категорически отказался.

Обсуждение

Диагностика aberrантной железы при ее локализации в желудке, ДПК и толстой кишке, как правило, не вызывает трудностей, так как при эндоскопическом исследовании врач может выявить островки ткани ПЖ, имеющие вид полипа на широком основании или округлых подслизистых образований, иногда с кратерообразным или пупковидным вдавлением [9]. Однако иногда для уточнения диагноза целесообразно проведение КТ и МРТ органов брюшной полости. По сигнальным характеристикам эктопированная ткань соответствует ткани ПЖ, что лучше всего выявляется на программе T1-wats, специфичной для железистой ткани [6]. Дифференцировать эктопированную железу следует с подслизистыми образованиями: гастроинтестинальной стромальной опухолью, лейомиомой [6].

Учитывая хорошую тканевую дифференцировку, получаемую при МРТ, возможность оценить структуру железы и окружающие ткани, данный метод можно рекомендовать для дальнейшего использования в диагностике аномалий и вариантов развития ПЖ. Кроме того, большей чувствительностью обладает эндоУЗИ, с помощью которого можно определить эхографическую структуру подслизистого

образования, глубину его расположения, наличие признаков злокачественного роста и выполнить биопсию под ультразвуковым контролем [1].

В представленном клиническом наблюдении врач-рентгенолог заподозрил наличие эктопированной ткани ПЖ в дистальном отделе ДПК: сигнальные МР-характеристики выявленного очагового образования были характерны для ткани ПЖ. Для уточнения диагноза пациенту было предложено проведение эндоУЗИ с биопсией и последующим морфологическим исследованием, от чего пациент отказался. Косвенным подтверждением наличия гетеротопии ПЖ у пациента может быть и обострение воспалительного процесса в ортотопической (основной) железе, что подтверждено повышением панкреатоспецифических ферментов в сыворотке крови и характерными МР-признаками хронического панкреатита с образованием псевдокисты в области тела ПЖ.

Возможной причиной желудочно-кишечного кровотечения у данного пациента нам представляется эрозивное поражение стенки ДПК в проекции эктопированной ПЖ с последующим кровотечением. Отсутствие доказанного источника кровотечения при ЭГДС не исключает наше предположение (возможно, не были осмотрены дистальные отделы ДПК). Учитывая высокую точность КТ- или МРТ-диагностики эктопированной ПЖ, можно говорить о вероятно правильном диагнозе даже при отсутствии его морфологического подтверждения [10].

При отсутствии других доказанных источников именно кровотечение из ДПК как манифестация аномалии ПЖ, ранее существовавшей бессимптомно, служит особенностью данного клинического наблюдения. Не вызывает сомнений и вклад коморбидной патологии у данного пациента в общую кар-

тину заболевания. Выжидательная тактика в плане хирургического вмешательства объясняется отсутствием клинических проявлений в настоящее время, а также определенными сложностями при локализации aberrантной ПЖ в ДПК, так как в этом случае не всегда возможно выполнить экономную резекцию ДПК, а панкреатодуоденальная резекция имеет большие риски потенциальных послеоперационных осложнений и худший прогноз [1].

Заключение

Гетеротопия поджелудочной железы в различные органы может представлять клиническую проблему ведения пациентов, учитывая, что бессимптомность может смениться манифестацией заболевания различными осложнениями (воспаление, кровотечение, непроходимость, малигнизация эктопированной железы и др.). Практикующим специалистам необходимо помнить об этой патологии при составлении плана обследования в сложной клинической ситуации.

Литература / References

1. *Маев И.В., Кучерявый Ю.А.* Болезни поджелудочной железы. Практическое руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009. [Mayev I.V., Kucheryavyy Y.A. Pancreatic diseases. Practical guidelines. Moscow: GEOTAR-Media; 2009 (In Russ.).]
2. *Румянцева Г.Н., Минько Т.Н., Трухачев С.В., Бредо Ю.Ф., Светлов В.В., Галахова Д.Г.* Диагностика и лечение эктопированной поджелудочной железы у детей. Детская хирургия. 2013;1: 34–6. [Rumyantseva G.N., Minko T.N., Trukhachev S.V. Bredo Y.F., Svetlov V.V., Galakhova D.G. Diagnosis and

treatment of ectopic pancreas in children. Paediatric Surgery. 2013;1:34–36 (In Russ.).]

3. *Straatman J., Meester R.J., Grieken N.C., Jacobs M.J., Graaf P.B., Kazemier G., Cuesta M.A.* Clinical picture: multiple sites of ectopic pancreatic tissue. 2015;4:293. DOI: 10.1186/s40064-015-1072-x
4. *Ильченко А.А.* Болезни желчного пузыря и желчных путей. М.: Медицинское информационное агентство; 2011:254–5. [Ilchenko A.A. Gallbladder and bile disorders. Moscow: Meditsinskoe Informatsionnoe Agentstvo; 2011:254–5 (In Russ.).]
5. *Armstrong C.P., King P.M., Dixon J.M., Macleod I.B.* The clinical significance of heterotopic pancreas in the gastrointestinal tract. Br J Surg. 1981;68(6):384–7. DOI: 10.1016/S0022-3468(82)80260-1
6. *Rezvani M., Menias C., Sandrasegaran K., Olpin J.D., Elsayes K.M., Shaaban A.M.* Heterotopic pancreas: histopathologic features, imaging findings, and complications. Radiographics. 2017;37(2):484–99. DOI: 10.1148/rgr.2017160091
7. *Rubeshin S.E., Furth E.E., Birnbaum B.A., Rowling S.E., Herlinger H.* Ectopic pancreas complicated by pancreatitis and pseudocyst formation mimicking jejunal diverticulitis. Br J Radiol. 1997;70:311–3. DOI: 10.1259/bjr.70.831.9166060
8. *Betzler A., Mees S.T., Pump J., Schölich S., Zimmermann C., Aust D.E., et al.* Clinical impact of duodenal pancreatic heterotopia – is there need for surgical treatment? BMC Surgery 2017;17(1):53. DOI: 10.1186/s12893-017-0250-x
9. *Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Чепреянцев Д.П., Поваляев А.В.* Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. М.: МЕДпресс-информ; 2006. [Chernekhovskaya N.E., Andreev V.G., Chepreyntsev D.P., Povalyaev A.V. Endoscopic diagnosis of oesophageal, stomach and small intestine diseases. Moscow: MEDpress-inform; 2006 (In Russ.).]
10. *Ванькович А.Н.* Диагностика и лечение дуоденальной дистрофии: автореферат дис... канд. мед. наук. М.; 2016. [Vankovich A.N. Diagnosis and treatment of duodenal dystrophy. Dissertation thesis (Cand. Sci. in Med.). Moscow, 2016].

Сведения об авторах

Хлынова Ольга Витальевна* — профессор, доктор медицинских наук, член-корр. РАН, зав. кафедрой госпитальной терапии и кардиологии ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Контактная информация: olgakhlynova@mail.ru; 614990, Пермь, ул. Петропавловская, д. 26. <https://orcid.org/0000-0003-4860-0112>

Гирфанова Лилия Гумаровна — врач-гастроэнтеролог Медицинского центра «Кабинет доктора Гирфановой»; внештатный преподаватель АНО ДПО «Пермский институт повышения квалификации работников здравоохранения». Контактная информация: cicuta@list.ru; 614015, г. Пермь, ул. Ленина, 10. <https://orcid.org/0000-0001-7373-0416>

Черемин Артем Анатольевич — врач-рентгенолог ООО «Клиника Эксперт». Контактная информация: artemcheremin@yandex.ru; 354340, г. Сочи, ул. Кирова, д. 50. <https://orcid.org/0000-0002-4137-9243>

Information about the authors

Olga V. Khlynova* — Dr. Sci. (Med.), Prof., Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Head of the Chair of Hospital Therapy and Cardiology, E.A. Wagner Perm State Medical University. Contact information: olgakhlynova@mail.ru; 614990, Perm, Petropavlovskaya str., 26. <https://orcid.org/0000-0003-4860-0112>

Liliya G. Girfanova — Gastroenterologist, “Kabinet doktora Girfanovoy” Medical Centre LLC; Non-staff Lecturer, Perm Institute for Advanced Training in Healthcare. Contact information: cicuta@list.ru; 614015, Perm, Lenina str., 10. <https://orcid.org/0000-0001-7373-0416>

Artem A. Cheremin — Physician (X-ray), “Klinika Ekspert” LLC. Contact information: artemcheremin@yandex.ru; 354340, Sochi, Kirova str., 50. <https://orcid.org/0000-0002-4137-9243>

Поступила: 29.07.2019 Поступила после доработки: 25.05.2020 Принята: 30.06.2020

Опубликована: 30.08.2020

Submitted: 29.07.2020 Revision received: 25.05.2020 Accepted: 30.06.2020 Published: 30.08.2020

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author