

chirurgickou lokální excízi (chirurgická ampulektomie) nebo endoskopickou ampulektomií. Pacientům s prokázaným a nebo suspektním karcinomem Vaterovy papily je indikována hemipankreatoduodenektomie nebo endosonograficky navigovaná paliativní drenáž. Chirurgická řešení jsou indikována u velkých adenomů (větší než 2–3 cm), u adenomů s ložisky karcinomu, u postižení spádových uzlin nebo při šíření do žlučovodu nebo pankreatického vývodu (9). Hemipankreatoduodenektomie má větší pravděpodobnost kompletního odstranění a téměř nulové riziko recurence, ale je zatížena větší letalitou zákroku (5 %) (10). Chirurgická ampulektomie má nižší mortalitu, nicméně riziko recurence dosahuje až 50 % (9). Endoskopická ampulektomie je indikována u pacientů s menšími lézemi bez ložisek karcinomu a u pacientů, kde nelze přistoupit k chirurgickému řešení. Riziko recurence u endoskopické ampulektomie se pohybuje mezi 0–33 % (9). Nejčastější komplikací je vznik pankreatitidy, perforace, krvácení, cholangitida a stenóza papily. Endoskopická paliativní léčba se provádí zavedením stentu do žlučovodu s cílem odstranění biliární obstrukce.

Popis případu

Muž 31 let, dosud bez interních onemocnění, byl vyšetřen primárně na Lékařské pohotovostní službě pro bolesti zad a febrilie, kde byl nález uzavřen jako suspektní infekce močových cest, nasazena antibiotika a doporučena následná kontrola u praktického lékaře. Následující den přišel pacient na Urgentní interní příjem ONMB (Oblastní nemocnice Mladá Boleslav) pro náhle vzniklý ikterus kůže a sklér, intermitentní bolesti břicha v oblasti epigastria a pravého podžebří, pruritus celého těla a několik dní trvající febrilie kolem 39°C doprovázené zimnicemi a třesavkami. Pacient trpěl v předchorobí asi měsíc nechutenstvím, ale nezvracel a nezaznamenal váhový úbytek. Pro bolesti zad užíval analgetika typu NSA (nesteroidní antirevmatika) a teploty tlumil paracetamolem v běžných dávkách.

Pacientovi byly provedeny odběry krve s nálezem elevace jaterních testů s převahou obstrukčních (ALT 12,57 μ kat/l, AST 5,80 μ kat/l, ALP

22,21 μ kat/l, GMT 33,72 μ kat/l), hyperbilirubinemie (79 mmol/l), mírně zvýšených zánětlivých parametrů (CRP 40,1 mg/l) a mikrocytární hypochromní anémie (hemoglobin 95 g/l, MCV 68,0 fl, MCH 20,7 pg), prokalcitonin byl negativní. Onkomarkery CA19-9 a AFP byly v normě, CEA (4,1 μ g/l) byl mírně zvýšený. Vzhledem k pacientově udávané cestovatelské anamnéze do Ománu bylo pomyšleno na možnost infekční etiologie. Proto byly provedeny odběry na infekční hepatitidy, které toto podezření vyloučily.

Pacientovi byl proveden ultrazvuk břicha s nálezem dilatovaných extra i intrahepatálních žlučvodů se zesílením jejich stěny, ductus hepatocholedochus dosahoval šíře až 15 mm, žlučník byl se zahuštěným obsahem a drobnými konkrementy. Ultrazvukový nález podporoval diagnózu akutní cholangitidy. Na základě výsledků vyšetření byl pacient přijat na lůžko interního oddělení k provedení ERCP (endoskopická retrogradní cholangiopankreatografie) a zahájení antibiotické terapie akutní cholangitidy cefalosporiny 3. generace a byly mu podány intravenózně inhibitory protonové pumpy.

ERCP nebylo úspěšné pro stenózující vřed postbulbárního duodena. Proto bylo doplněno CT břicha a malé pánve, kde byla, kromě již zmiňovaných dilatovaných intra a extrahepatálních žlučvodů, popsána cirkulárně zesílená stěna D2 duodena zánětlivě či tumorózní etiologie (Obr. 1). Ta byla i příčinou stenózy terminálního choledochu. Ve vyšetřovaném rozsahu nebyla zaznamenána lymfadenopatie či metastázy.

Následně jsme se rozhodli pro gastroscopické vyšetření s biopsií vředové léze. Výsledek histologie byl vyhodnocen jako nízce diferencovaný (high grade) tubulovilózní adenom, bez známek kancerizace či invazivního růstu.

Pro laboratorní nárůst jaterních testů a bilirubinu byl pacient indikován k re-ERCP k provedení drenáže žlučových cest a endoskopické ultrasonografii (EUS) na vyšším pracovišti (Nemocnice Jablonec nad Nisou). V apexu bulbu duodena byly zjištěny cirkulárně lokalizované typické vilózní, polypoidní hmoty stenózující lumen, zasahující až k papile, která byla těmito hmotami infiltrovaná (Obr. 2). Aborálně od

Obr. 1. Zesílení stěny duodena

