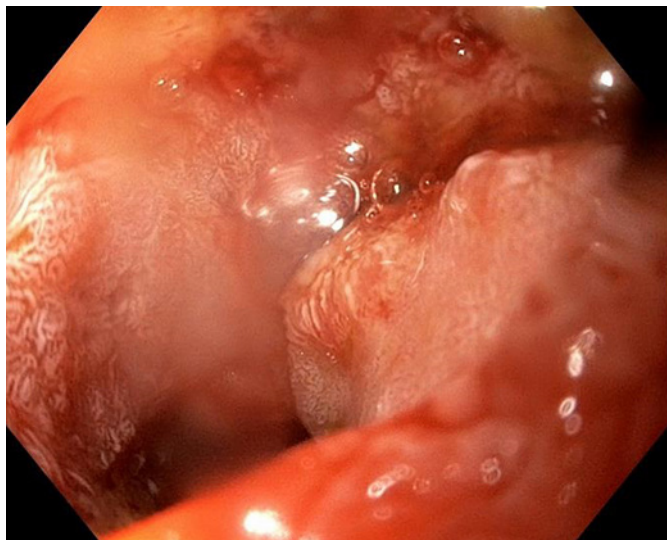
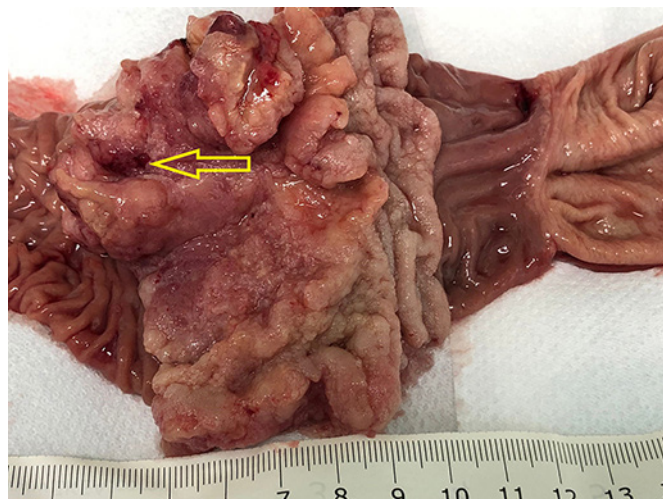


Obr. 2. Gastroskopie

papily byla již sliznice normálního vzhledu. Ductus choledochus byl v infiltrované papile pro kanylaci nedostupný. Vzhledem k již histologicky potvrzenému adenomu s high grade dysplazií byl nálezh jednoznačně indikován k chirurgickému řešení. Od endosonograficky navigované drenáže bylo tudíž odstoupeno. Po ERCP byl pacient bez klinických obtíží, ale laboratorně měl známky mírné iritace pankreatu s elevací CRP i prokalcitoninu. Proto mu byla provedena změna antibiotik na ciprofloxacin s metronidazolem.

Pacient byl přeložen na chirurgické oddělení ONMB k provedení Whipple-Kausch duodenohepatickektomie. Histologické vyšetření resekátu prokázalo středně diferencovaný, tubulární a solidně uspořádaný ampulární adenokarcinom smíšeného intestinálního a pankreatobiliárního typu (Obr. 3). Adenokarcinom vznikl kancerizací high grade ampulárního adenomu. Byla zastižena perispinkterická invaze a prorůstání karcinomu do submukózy duodena. Lymfatické uzliny byly bez nádorových změn.

Pacient byl první týden po operaci v klinicky dobrém stavu, postupně vertikalizován, byla nasazena enterální a parenterální výživa, postupně obnovena pasáž a rušeny invaze. V druhém pooperačním týdnu došlo k akutnímu zhoršení stavu projevujícím se bolestmi břicha. V návaznosti na to bylo provedeno CT břicha a malé pánve s nálezem subileu tenké kličky (Obr. 4) napojené na žlučovody a gastrektázie. Zpět byla zavedena nazogastrická sonda, která odvedla hojné množství atonické tekutiny. Z operační rány byl vypuštěn drobný absces. Pro suspektní krvácení do gastrointestinálního traktu (GIT) byla indikována gastroskopie s nálezem koagul v žaludečním jezírku a kličce tenkého střeva, bez průkazu akutního krvácení. Vzhledem k hemodynamické stabilitě pacienta předpokládáme, že primárním zdrojem krvácení byla operační rána v kombinaci s preventivní dávkou LMWH (nizkomolekulární heparin). Proto byl pacientovi podán dicynon a snížena dávka LMWH. Pro opakované febrilní peaky a nález raného infektu v celém rozsahu laparotomické rány bylo doplněno nové CT, kde byly popsány polytopně ohraničené kolekce tekutiny vzhledu abscesů v podjatelní krajině, při žaludku, slezině, parakolicky vlevo a v pánvi (Obr. 5). Vedlejším nálezem byl fluidothorax vpravo a středně velký vlevo. Po konzultaci s ATB cent-

Obr. 3. Resekát

rem byla provedena záměna antibiotik a hrudní punkce levého fluidotoraxu s odpuštěním 600 ml výpotku jantarové barvy. V následujícím období se stav pacienta zlepšil, zánětlivé parametry postupně klesaly. Na kontrolním CT břicha byla povšechně výrazná regrese tekutinových kolekcí, včetně regrese pleurálního výpotku vlevo. Po pěti týdnech od operace byl pacient dimitován s naplánováním ambulantních kontrol na chirurgické, onkologické a gastroenterologické ambulanci. V době tvorby této kazuistiky pacient podstupoval adjuvantní chemoterapii a měl plánované genetické vyšetření k vyloučení hereditárních syndromů, které dosud nebyly v rodině zaznamenány.

Diskuze

Adenokarcinom Vaterovy papily ve věku 31 let je velmi raritní diagnózou (1, 6). Z dostupných populačních dat (3) plyne, že adenokarcinomy Vaterovy papily do věku 31 let představují nízké jednotky procent tohoto onemocnění. Roční incidence se v této věkové kategorii maximálně pohybuje v řádu 0,1/1 000 000. Primární vyšetření krve a sonografické vyšetření břicha se soustředila na eliminaci frekventovanějších diagnóz ikteru jako litiázy nebo infekčních hepatitid. Dilatace intra a extrahepatálních žlučových cest spolu s absencí jiných vysvětlujících patologií vedly k primárnímu podezření na akutní cholangioitidu. Následné ERCP a CT břicha identifikovaly lézi (zánět nebo suspektní tumor) duodena jako primární příčinu dilatace žlučových cest. Endoskopická biopsie této léze ji identifikovala sice jako benigní adenom, nicméně kleštičková biopsie odebírá tkáň pouze z povrchu léze, tudíž nedokáže spolehlivě vyloučit malignitu. Hlavní váhu pro další postup tak měl rozsah a vzhled léze a klinický obraz pacienta. Všechny tyto faktory, spolu s nemožností endoskopického řešení, vedly k jasné indikaci chirurgické intervence. Hemipankreatoduodenektomie Whippleovou operací je sama o sobě komplikovaným chirurgickým zákrokem, s letalitou až 5 % a častou pooperační morbiditou 20–40 % (10). Nejčastějšími pooperačními komplikacemi jsou pankreatická píštěl, opožděná evakuace žaludku a krvácení. U pacientů s poruchou glukózové tolerance v předoperačním období je významné riziko pooperačního diabetu mellitu (10).