

Kazuistika tumor pankreatu

T.Rohan

Klinika radiologie a nukleární medicíny FN Brno a LF MU

Muž, 56 let

Přichází na nízkoprahový urgentní příjem

Před 5 týdny ho začalo po jídle bolet epigastrium, pak to přestalo. Následně se 7.11. po jídle cestovala bolest po celém břiše. Byl u PL, ta mu napsala žádanku na vyšetření sem. Dnes ho to složilo, v epigastriu cítí tlakovou bolest, dále začala bolest v bedrech a bolest jdoucí od levé jámy kyčelní po epigastrium.

Objektivně: břicho v niveau, měkké, volně prohmatné, nebolestivé, hepar a lien nehmatám, tapott. bilat. negat., peristaltika +

Anamnéza: DM 1.typu, stopkuřák

Indikován UZ a RTG břicha

UZ břicha - žádanka

Předmět vyšetření:

UZ - celé břicho

Epikríza: Několik dnů zhoršující se bolesti břicha v epig. a v lev. mesog., nezvraecí,

Obj.: obj. palp.bolestivost v epig. a lev. hypog., aperit. bez resist.

Alergie: neguje

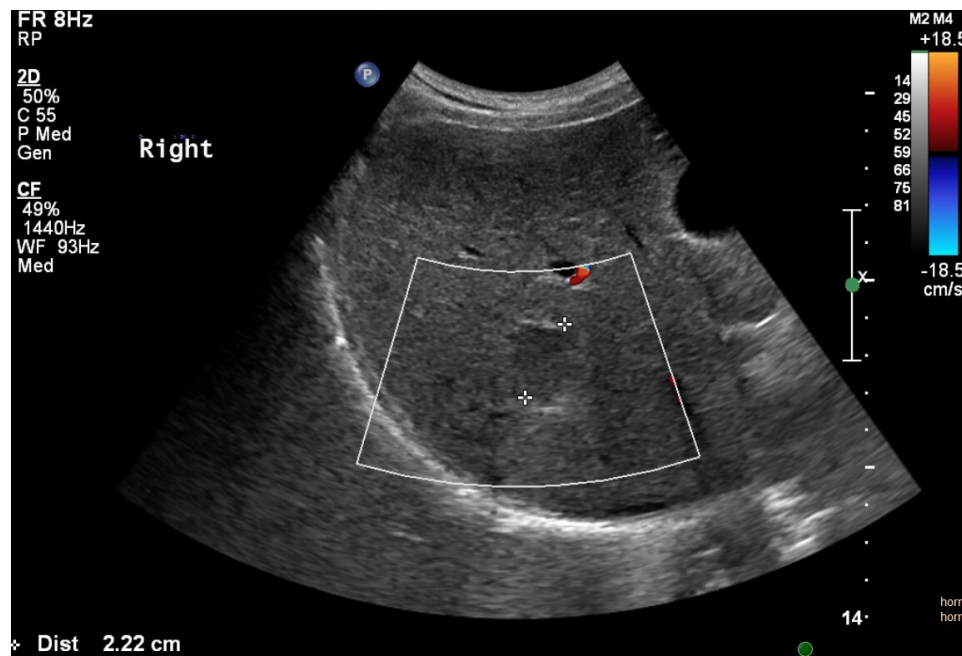
Trvání nemoci:

Výsledky laboratoře nebyly v době UZ vyšetření k dispozici.

UZ břicha - závěr

2 hypo-izoechogenní ložiska jater (viz obr.)- vzhledem k anamnéze hubnutí možné metastázy, ložiska však mohou být i benigní, v akutním režimu nepodáno Sonovue, proto se k etiologii nelze blíže vyjádřit.

Pankreas nepřehledný pro artefakty plynu z GIT.



RTG břicha - závěr

Bez známek pneumoperitonea či ileozního stavu.



VSTOJE – bez pneumoperitonea



VLEŽE – bez dilatace střevních kliček

Laboratoř

Bi-celk. 5.7 umol/l, ALT 0.36 ukat/l, AST 0.31 ukat/l, GGT 0.76 ukat/l,
ALP 1.21 ukat/l, AMS 0.63 ukat/l,

Glukóza 13.3 mmol/l, CRP menší než 1.0,

Urea 3.3 mmol/l, Kreat. 70 umol/l

RTG + UZ břicha + laboratoř neukazují na náhlou příhodu břišní.

Došetření váhového úbytku a ložisek jater

- odběr onkomarkerů (elevace CA19-9 4238 kU/l – podezření na tumor pankreatobiliárního origa)
- Během 10 dnů zhoršení laboratorních parametrů: Bi-celk. 94.1 umol/l, ALT 11.33 ukat/l, AST 8.59 ukat/l, GGT 27.25 ukat/l, ALP 8.26 ukat/l

Indikováno CT břicha se zaměřením na pankreas a jaterní ložiska.

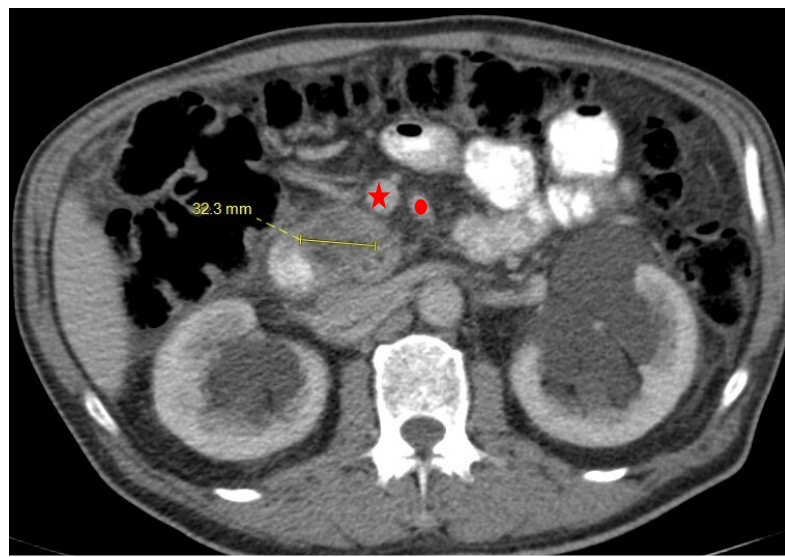
CT břicha - závěr

Tumorózní infiltrace hlavy slinivky a přilehlého duodena, infiltrát je i v těsném kontaktu s přední stěnou dolní duté žíly. Lymfadenopatie v okolí.

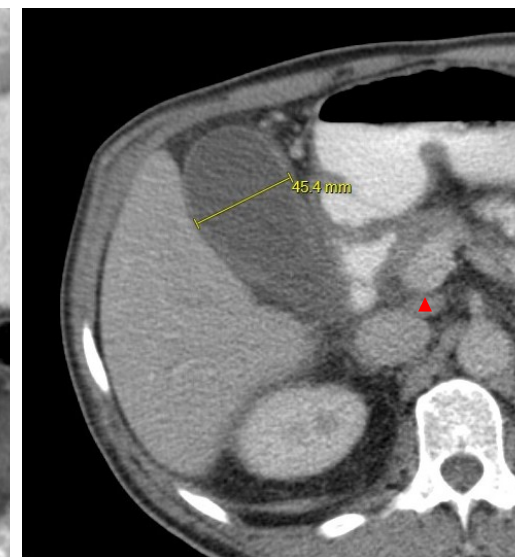
Dvě ložiska jater charakteru hemangiomů.



CT břicha v arteriální fázi – ložisko s granulárním sycením na periferii – typický obraz hemangiomu.



CT břicha v arteriální (vpravo) a portovenózní fázi (vlevo) – hypodenzní tumorózní ložisko hlavy pankreatu vyklenující se do lumen duodena (v duodenu pozitivní peroperálně podaný kontrast). V. portae (hvězda) a a.mesenterica superior (kolečko) bez známek infiltrace. Hraniční šíře ductus hepatocholedochus (šíře 7 mm, normálně do 7 mm). Lymfadenopatie v okolí (trojúhelník). Parapelvické cysty ledvin bilaterálně.



CT břicha v portovenózní fázi – prostorný žlučník u tumoru hlavy pankreatu. Šíře normálního žlučníku obvykle nepřesahuje 4 cm (zde 4,5 cm).

CT s KL je vhodná metoda ke stagingu tumorů pankreatu.

Pro charakterizaci ložisek jater na CT je nutná intravenózní aplikace KL.

Další postup

Předvedení na mezioborové onkologickou indikační komisi (OIK).

Vzhledem k absenci jaterních metastáz a nepřítomnosti známek infiltrace portální žíly a horní mezenterické tepny OIK doporučuje operační revizi.

Peroperačně nález shledán jako inoperabilní, odebrán vzorek tumoru na histologii (nízko diferencovaný adenokarcinom) a provedena spojková operaci (vytvoření Roux kličky s našití choldochojejunoanastomozy, dále gastroenteroanastomoza a enteroenteroanastomoza).

Pacient dále indikován k systémové chemoterapii.

Závěr

Pankreas na UZ nebývá vždy dobře přehledný (přehlednost limituje habitus, plyn v žaludku či colon transversum).

Je-li podezření na tumor pankreatu, je indikováno CT s KL.

CT je vhodná metoda ke stagingu tumorů pankreatu.

Pro charakterizaci ložisek jater na CT je nutná intravenózní aplikace KL.