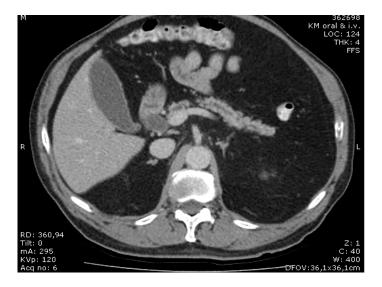
Posterpresentation - 26. Kongress der Südwestdeutschen Gesellschaft für Gastroenterologie 2015

Stellenwert der Endosonografie bei der Detektion und der Differenzialdiagnose eines kleinen nodalnegativen Papillenkarzinoms (N0 M0) anhand eines klinischen Fallberichtes

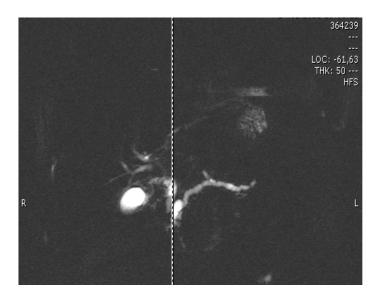
Janusz A. Gluch, Medizinische Klinik des Klinikums Landkreis Tuttlingen

Anamnese: Ein männlicher 75-jähriger Patient befand sich ambulant zum CT-Abdomen zur Abklärung erhöhter Leberwerten. Es bestand Zustand nach Nierenzellcarcinom rechts mit Nierenteilresektion 07/2009 und 1996 erfolgte TUR-Prostata.

Computertomografisch wurden ein massiv aufgestautes extra- und intrahepatisches System bei distaler Obstruktion der DHC (DD Konkrement DD Tumor), aufgestauter Ductus Wirsungianus, atrophes Pankreas und kein Tumorlokalrezidiv im Bereich der rechten Niere beschrieben. Eine ERCP und Endosonografie wurde empfohlen. Der Patient wurde diesbezüglich in der Medizinischen Klinik des Klinikums Landkreis Tuttlingen stationär aufgenommen.



In der MRT vom Oberbauch sah man ausgeprägte diffuse Fettleber, kleinste Konkremente im Bereich der Gallenblase sowie im Bereich des DHC's und einen zarten Papillenbereich.. Hinweise für einen Aufstau des DHC's bei einer Kaliberstärke von 7 mm fanden sich nicht. Es bestand kein Nachweis tumoröser Raumforderung im Bereich des Pankreas.



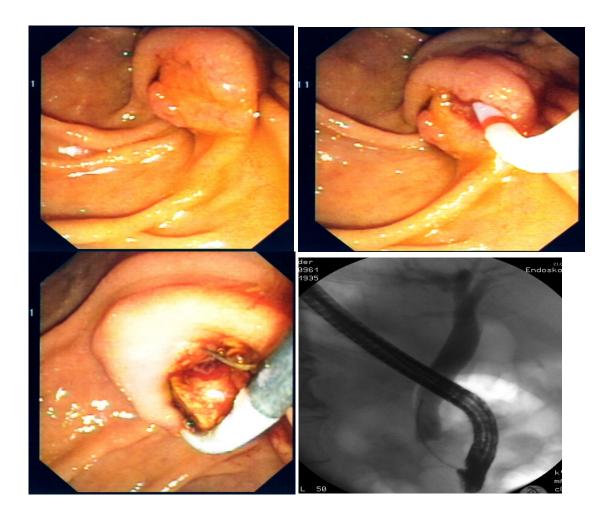
In der abdominellen Sonografie zeigten sich Mikrolithen zum Infundibulum der Gallenblase, Erweiterung des DHC auf 1,3 cm, Aspekt einer beginnenden Fettleber, rechte Niere etwas kleiner als links (Längsdurchmesser rechts 8,3 und links 10,3 cm), keine Nierenstauung bds., Milz homogen, normal gross, Pankreas echogen, leichte Erweiterung des Ductus pankreaticus auf 0,3 cm, keine sicheren fokalen Läsionen.

Endosonographisch wurde ein Konkrementes im DHC nachgewiesen sowie der Verdacht auf ein Adenom oder eine Peripapillitis gestellt: Die Papille bzw. peripapillärer Bereich ist mit etwa 9,7 x 10,9 mm prominent ovalär darstellbar. Ductus hepato choledochus ist im pankreatischen Bereich erweitert auf ca. 7,8 mm, verjüngt sich jedoch relativ harmonisch.Im mittleren Bereich misst der Ductus hepato choledochus 1,5 cm, hier ovaläre echogene Struktur, am ehesten einem kleinen Konkrement entsprechend von 4 mm Durchmesser. Im Pankreaskopf zeigt sich eine scharf begrenzter, echoarmer Bezirk von etwa 1,1 x 1,2 cm Durchmesser, DD fokale Pankreatitis, DD kleine Raumforderung. Gallenblase kann dargestellt werden, Längsdurchmesser etwa 5,2 cm, hier Sludge. Keine Hinweise für Cholecystitis.



Im Rahmen der ERCP erfolgte nach einer weiten Papillotomie die Extraktion eines kleinen Konkrementes sowie Einlage eines Doppelpigtailkatheters.

In einer zweiten Sitzung wurde dann eine Biopsieentnahme der prominent erscheinenden aufgetriebenen Papille vorgenommen. Histologisch bestand der dringende Verdacht auf ein Adenoms mit hochgradiger Epitheldysplasie.



Im weiteren Verlauf wurde (Klinik für Innere Medizin II Universitätsklinikum Freiburg) eine erneute ERCP mit partieller Papillektomie durchgeführt. Histologisch zeigte sich hierbei ein mäßiggradig differenziertes intramuköses Adenokarzinom der Papilla vateri auf dem Boden eines tutulären high grade Adenoms (fokale Infitration der Lamina muscularis mucosae).

Als definitive Therapie erhielt der Patient eine pyloruserhaltende Pankreaskopfresektion nach Traverso-Longmire (Chirurgische Klinik Universitätsklinikum Freiburg). Die abschliessende Histologie ergab den Befund eines mäßig differenzierten Adenokarzinoms der Papilla Vateri vom intestinalen Typ (G 2), ca. 1,5 cm groß im Durchmesser mit kleinherdiger Invasion des Pankreaskopfes und des peripankreanen Fettgewebes pT3, pN0 (0/7), cM0, R0.