

Diferenciální diagnostika chronické pankreatitidy a duktálního adenokarcinomu pankreatu

Hermanová M. a Lenz J.

I. patologicko-anatomický ústav LF MU a FN u sv. Anny, Brno

SOUHRN

Histopatologické odlišení pankreatického duktálního adenokarcinomu (PDA) a chronické pankreatitidy představuje jednu z nejsložitějších diferenciálních diagnóz v biptické patologii, zejména při hodnocení malých biopsií a biopsií peroperačních. Radou autorů byla stanovena prakticky využitelná morfologická kritéria umožňující účinnou diferenciální diagnostiku těchto lézí. Průkaz perineurální či vaskulární invaze je pro PDA jednoznačně diagnostický, ale v malých biptických vzorcích nebývá tento znak obvykle zastížen, stejně jako přítomnost solitárních duktálních formací v tukové tkáni bez vazby k ostatním pankreatickým elementům či fibróze, které také podporují diagnózu PDA. Nepravidelná náhodná distribuce duktálních struktur, nepravidelné kontury duktů, tzv. ruptury duktů, zvětšená jádra, pleomorfie, hyperchromazie a mitózy představují rovněž nálezy podporující diagnózu PDA. Méně často je prokázána přítomnost konglomerátů >50 duktálních jednotek, aniž by byly přerušeny jinými pankreatickými strukturami, duktů v těsném sousedství arterioly, intraluminální buněčné debris a hyperchromatických rozinkovitých jader, tj. znaků, které rovněž podporují diagnózu PDA. Naopak, zachované lobulární uspořádání, přítomnost klastřů uniformních duktálních jednotek, hladké kontury duktů, dukty v zachovalém vztahu k perzistujícím acinárním strukturám i ostrůvkům endokrinního pankreatu a intraluminálně přítomnost mukoproteinových zátek a kalcifikátů favorizují diagnózu benigního procesu před PDA. Kombinace prezentovaných kritérií a znaků by měla umožnit spolehlivou diferenciální diagnostiku invazivního pankreatického karcinomu a chronické pankreatitidy.

Klíčová slova: chronická pankreatitida – duktální adenokarcinom pankreatu – pseudotumor – diferenciální diagnóza

Differential diagnosis of the chronic pancreatitis and the pancreatic ductal adenocarcinoma

SUMMARY

The histopathological distinction of pancreatic ductal adenocarcinoma (PDA) and chronic pancreatitis represents one of the most difficult differential diagnosis in surgical pathology, especially in small biopsy specimens and frozen sections. Practically usable morphological criteria, which allow an efficient differential diagnosis of these lesions have been determined by a number of authors. The perineural and vascular invasion represent findings, which are entirely diagnostic for PDA; however, they are rarely detectable in small biopsy specimens as well as in the presence of solitary naked ducts in fat without surrounding pancreatic elements or fibrous tissue, which also supports the diagnosis of PDA. The features that are suggestive of PDA include random haphazard distribution of ductal structures, irregular ductal contours, ruptured ducts, nuclear enlargement, pleomorphism, hyperchromatism, and mitoses. Uninterrupted proliferation of numerous ducts (>50), ducts lying adjacent to arterioles, intraluminal cellular debris, and hyperchromatic raisinoid nuclei represent less frequently displayed features that also support the diagnosis of PDA. On the contrary, the preserved lobular arrangement, clusters of uniform ductal units, smooth ductal contours, ducts related to the remaining acini and islets, and finding of intraluminal mucoprotein plugs favor a benign process over PDA.

The combination of presented criteria and features should enable a reliable differential diagnosis of invasive pancreatic cancer and chronic pancreatitis.

Keywords: chronic pancreatitis – pancreatic ductal adenocarcinoma – pseudotumor – differential diagnosis

Cesk Patol 2012; 48(3): 135–140

Hlavním úskalím diferenciální diagnostiky chronické pankreatitidy (CP) je její odlišení od pankreatického duktálního adenokarcinomu (PDA). Tento diagnostický problém nabývá zásadně na významu zejména při hodnocení malých biopsií (charakteru punkčních biopsií či probatorních excizií) a biopsií peroperačních (1–4). Odlišení obou nozologických jednotek se v těchto situacích často stává nelehkou výzvou, které musí čelit ve své diagnostické praxi i zkušený patolog. Důvodem komplikované diferenciální diagnos-

tiky těchto lézí je skutečnost, že CP je asociována se značnými architektonickými a cytologickými alteracemi pankreatu (1,2). Zánik predilekčně acinárních buněk, provázený rozvíjející se fibrózou, peri- i intralobulární, způsobuje distorzi perzistujících duktálních elementů a rozvoj morfologického obrazu, který imituje infiltrující PDA. Součástí struktur dobře diferencovaných PDA jsou totiž tubulární formace imitující benigní pankreatické dukty. Tyto nádorové tubuly bývají lemovány jednou vrstvou kuboidních buněk připomínajících nenádorové duktální epitelie, mají objemnou cytoplazmu a jádra polarizovaná při bazi buněk. Nádorový infiltrát je ve většině případů provázen výraznou desmoplastickou reakcí stromatu variabilní celularity a infiltruje pankreatickou tkáň, aniž by docházelo k její kompletní destrukci. Situaci komplikuje i skutečnost, že PDA způsobuje obstrukční chronickou pankreatitidu ve tkáni bezprostředně sousedící s nádorovým infiltrátem. Navíc je CP často asociována s jadernými abnormitami duktálního epitelu a zcela va-

✉ Adresa pro korespondenci:

Prof. MUDr. Markéta Hermanová, Ph.D.
I. patologicko-anatomický ústav LF MU a FN u sv. Anny, Brno
Pekařská 53, 656 91 Brno
tel: 543 183 218; fax: 543 183 217
email: marketa.hermanova@fnusa.cz