



КЛИНИЧЕСКАЯ И РАДИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ АУТОИММУННОГО ПАНКРЕАТИТА С НАЛИЧИЕМ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

Сравнение с обычным хроническим панкреатитом и раком поджелудочной железы
 Woo Ik Chang, Beom Jin Kim, Jong Kyun Lee, Pung Kang, Kwang Hyuck Lee, Kyu Taek Lee, Jong Chul Rhee,
 Kee-Taek Jang, Seong Ho Choi, Dong Wook Choi, Dong Il Choi, Jae Hoon Lim

Samsung Medical Center, Sungkyunkwan University School of Medicine, Сеул, Корея

Статья опубликована в журнале Pancreas. — 2009. — Vol. 38. — P. 401–408.

Ключевые слова:

хронический панкреатит, очаговые образования, рак поджелудочной железы, IgG4-позитивные клетки

Аутоиммунный панкреатит (АИП) — редкая форма хронического панкреатита (ХП), впервые описанная H. Sarles с соавторами в 1961 г. как первичный воспалительный склероз поджелудочной железы (ПЖ) [8]. С того времени использовались различные термины для обозначения этой патологии, включая лимфоплазмоцитарный склерозирующий панкреатит (LPSP — lymphoplasmacytic sclerosing pancreatitis), хронический склерозирующий панкреатит и неалкогольный ХП с деструкцией протоков [25, 26, 29, 30, 35]. В настоящее время более предпочтительным является термин «аутоиммунный панкреатит», поскольку клинические, серологические, гистологические и иммуногистохимические данные подтверждают аутоиммунный механизм его патогенеза, хотя доказательства этого все же косвенные. АИП характеризуется диффузным отеком паренхимы органа, неравномерным сужением главного панкреатического протока при радиологических исследованиях, лимфоплазмоцитарной инфильтрацией и фиброзом, которые выявляются при гистологическом исследовании, повышением уровней сывороточного иммуноглобулина G4 (IgG4) или различных аутоантител и хорошим ответом на кортикостероидную терапию. Однако с увеличением количества наблюдений АИП описываются различные находки при обследованиях, которые не согласуются с классическим определением этого заболевания. Среди таких атипичных форм — АИП с наличием очаговых образований (АИПОО) в ПЖ, который как клинически, так и радиологически похож на рак органа. Несмотря на множество методов диагностики, используемых при обследовании больных, четко дифференцировать АИПОО и рак ПЖ сложно [31]. Поэтому до недавнего времени в большинстве случаев АИПОО диагностировался у больных, уже подвергшихся панкреатэктомии по поводу предполагавшегося рака ПЖ [27, 33]. Для пациентов с ХП предоперационная биопсия ПЖ для подтверждения диагноза имеет ограничения, и даже биопсия не всегда исключает наличие рака (ложноотрицательные результаты составляют 15–20%) [19, 24]. Тем не менее, АИП имеет типичные гистологические характеристики, для него характерен хороший ответ на стероидную терапию, поэтому крайне важна правильная постановка диагноза до операции. Изучение биоптата ПЖ до операции наряду с серологическим и радиологическим исследованиями может помочь в распознавании АИПОО, поскольку

выявляемые при этих исследованиях признаки не характерны для обычного ХП. Обнаружение IgG4 в биопсионном материале является важным дополнением для диагностики АИП. Этот маркер позволяет провести дифференциальный диагноз АИП с другими типами ХП и раком ПЖ. В настоящее время в диагностические критерии АИП включен подсчет IgG4-позитивных клеток после иммуногистологического окрашивания (>10 клеток при высокомощном увеличении) [22]. Таким образом, выполнение предоперационной биопсии с иммунным окрашиванием препарата для определения IgG4 может помочь в ранней постановке диагноза у больных с предполагающимся АИПОО, что позволит избежать ненужной панкреатэктомии [24]. Для установления диагноза АИПОО важно заподозрить аутоиммунный характер поражения ПЖ, так как клинические и радиологические признаки данной патологии четко не определены, хотя они и отличаются от таковых при обычном ХП и раке ПЖ.

При обычном ХП с наличием очаговых образований сложно исключить рак ПЖ даже при исследовании биоптата, поскольку в некоторых случаях вокруг опухолевого образования отмечается хроническое воспаление и фиброз. При АИПОО, напротив, имеются типичные гистологические признаки, наличие IgG4 при иммуногистологическом окрашивании и хороший быстрый ответ на терапию стероидами, что позволяет избежать ненужных хирургических вмешательств.

В связи с этим мы исследовали клинические и радиологические признаки АИПОО и выявили их отличия от таковых при обычном ХП и раке ПЖ.

Материалы и методы. Среди 454 пациентов, подвергшихся панкреатэктомии в Samsung Medical Center с апреля 1995 г. по декабрь 2005 г. по поводу предполагавшегося рака ПЖ, у 23 больных после операции был определен доброкачественный характер воспаления. Все послеоперационные (гистопатологические) материалы исследовались одним патологом. Истории болезни, результаты лабораторных и инструментальных исследований изучались ретроспективно.

С помощью гистологического исследования и иммунного окрашивания для определения IgG4 эти 23 случая были разделены на АИП и обычный ХП. Диагноз АИП выставлялся согласно диагностическим

Таблица 1

Сравнение результатов гистологического исследования

	Обычный ХП (n=15)	АИПОО (n=8)	Рак ПЖ (n=26)
Лимфоплазмоцитарный склерозирующий панкреатит	0	8 (100)	0
Облитерирующий флебит	0	8 (100)	0
Количество IgG4-позитивных клеток при мощном увеличении:			
>30	0	4 (50)	0
21–30	0	3 (37,5)	0
11–20	0	1 (12,5)	0
1–10	6 (40)	0	3 (11,5)
0	9 (60)	0	23 (88,5)

Примечание: результаты указаны следующим образом — количество (процент).