

# Rak środkowego odcinka dróg żółciowych – radykalne wycięcie miejscowe

Cancer of middle segment of biliary tract – radical local excision

Marcin Juchimiuk, Marian Domurat, Konrad Zaręba, Andrzej Roszkowski, Bogusław Kędra

II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Przegląd Gastroenterologiczny 2009; 4 (2): 100–102

**Słowa kluczowe:** rak, drogi żółciowe, leczenie radykalne.

**Key words:** cancer, biliary tract, radical treatment.

**Adres do korespondencji:** lek. Marcin Juchimiuk, II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. M. Skłodowskiej-Curie 24a, 15-276 Białystok, tel. +48 85 746 86 22 (sekr., faks); 429 (lekarze), e-mail: juchimiukmarcin@wp.pl

## Streszczenie

Nowotwory dróg żółciowych występują zwykle po 6. dekadzie życia, nieco częściej u mężczyzn. Tylko 25% tych raków umiejscawia się w środkowym odcinku głównej drogi żółciowej. Ze względu na lokalizację oraz naturalną biologię tego nowotworu radykalne leczenie chirurgiczne rzadko jest możliwe. Brak skutecznego leczenia uzupełniającego uniemożliwia zarówno poprawę długości, jak i jakości przeżycia większości chorych. Autorzy niniejszej pracy przedstawiają przypadek 70-letniego chorego na pierwotnego raka środkowego odcinka dróg żółciowych, u którego wykonano radykalne miejscowe wycięcie zmiany.

## Abstract

Biliary tract cancers usually occur after the 6<sup>th</sup> decade of life, with slightly higher prevalence in male patients. Only 25% of these tumours are located in the middle segment of the main biliary tract. Because of the site and biology of this neoplasm, radical surgical treatment is rarely possible. Also the lack of effective additional therapies makes it impossible to improve survival or quality of life in most patients. The authors present a case of a 70-year-old male patient with primary cancer of the middle segment of the biliary tract, in whom radical local excision was performed.

## Wstęp

Rak dróg żółciowych (RDŻ, *cholangiocarcinoma*) występuje zwykle u osób po 60. roku życia, częściej u mężczyzn. Stanowi ok. 10% wszystkich operowanych przypadków. Etiologia RDŻ nie jest w pełni znana, zaobserwowano częstsze jego występowanie u chorych z wrodzonymi anomaliami dróg żółciowych, tj. w chorobie Caroliego, torbielowatości przewodów żółciowych, pierwotnym stwardniającym zapaleniu dróg żółciowych (*primary sclerosing cholangitis* – PSC), gruczolakach dróg żółciowych, wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego, kamicy żółciowej oraz przy intestacji przywrami *Clonorchis sinensis* i *Opisthorchis viverrini* [1]. Ze względu na lokalizację można wyróżnić raki przewodowe [przewodu żółciowego wspólnego (PŻW), przewodu wątrobowego] rak brodawki Vatera oraz rak miejsca połączenia przewodów płatowych (opisany przez Klatskina w 1965 r. jako guz wnęki wątroby – guz Klatskina) [2]. Wyróżnia się cztery typy raków zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych wg klasyfikacji Bismutha [3]:

- I – guz przewodu wątrobowego wspólnego lub PŻW, niedochodzący do miejsca połączenia prawego i lewego przewodu wątrobowego,
- II – guz dochodzący i wciągający miejsce połączenia prawego i lewego przewodu wątrobowego,
- IIIa – guz naciekający miejsce połączenia obu przewodów wątrobowych i wciągający prawy przewód wątrobowy,
- IIIb – guz naciekający miejsce połączenia obu przewodów wątrobowych i wciągający lewy przewód wątrobowy,
- IV – guz naciekający prawy i lewy przewód wątrobowy oraz miejsca połączenia drugorzędowych przewodów wewnątrzwątrobowych, postacię wieloogniskową.

Dominującym objawem w RDŻ jest bezbólowa żółtaczka, spowodowana zwężeniem lub zamknięciem światła przewodu żółciowego. Późniejsze objawy to: osłabienie, zmniejszenie masy ciała, nudności, wymioty, ból w okolicy prawego łuku żebrowego, gorączka.

Badaniem przedmiotowym można stwierdzić powiększoną wątrobę, powiększony, wyczuwalny pęcherzyk żółciowy – objaw Courvoisiera. Wyniki badań biochemicznych są charakterystyczne dla żółtaczk mechanicznej. Podstawowym badaniem diagnostycznym mającym na celu ustalenie przyczyny żółtaczk jest ultrasonografia jamy brzusznej (USG). Wsteczna cholangiopankreatografia (*endoscopic retrograde cholangiopancreatography* – ERCP) oraz przezskórna przezwątrobowa cholangiografia (*percutaneous transhepatic cholangiography* – PTC) obrazują ponadto miejsce i stopień zwężenia dróg żółciowych, natomiast badanie tomografii komputerowej (TK) i/lub rezonans magnetyczny (*magnetic resonance imaging* – MRI) pozwalają na określenie rozległości naciekania mięszu wątroby i penetracji nowotworu wzdłuż ściany przewodu [2, 4]. W przypadku zakwalifikowania chorego do leczenia operacyjnego należy wykonać badanie naczyniowe pnia trzewnego, aby wykluczyć naciekanie gałęzi tętnicy wątrobowej i żyły wrotnej.

Leczeniem powinno być radykalne wycięcie zmiany nowotworowej z odtworzeniem ciągłości dróg żółciowych. Jest to możliwe tylko u ok. 10–15% chorych. Chemioterapia przed- i pooperacyjna nie zwiększa przeżycia ani nie poprawia istotnie jakości życia pacjentów z RDŻ. Rokowanie jest niepomyślne, zwłaszcza w guzach Klatskina (ok. 50% guzów jest nieoperacyjnych w momencie rozpoznania) [5]. Śmiertelność w radykalnych operacjach RDŻ wynosi ok. 10%, natomiast częstość powikłań ok. 30%. Po operacji 5-letnie przeżycie wynosi 0–25% (RDŻ w okolicy wnęki wątroby i części górnej przewodu żółciowego), 18–50% (RDŻ w części środkowej i dolnej). W RDŻ z przerzutami do węzłów chłonnych – N1 – przeżycie 5-letnie wynosi poniżej 17%, natomiast średni czas przeżycia po operacji ok. 20 mies.

## Opis przypadku

Prezentujemy przypadek 70-letniego pacjenta, z wywiadem nadciśnienia tętniczego, po przebytej przed 20 laty appendektomii, przyjętego do II Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z bezbólową żółtaczką w celu leczenia operacyjnego guza PŻW. Chory podawał zażółcenie powłok ciała bez dolegliwości bólowych od ok. 2 mies. W tym czasie schudł ok. 20 kg. Badaniem przedmiotowym stwierdzono: zażółcenie powłok ciała i białkówkę gałki ocznej, bliznę po appendektomii, powiększoną na ok. 4 cm spod łuku żebrowego wątrobę oraz przepuklinę kresy białej. W badaniach laboratoryjnych obserwowano: niedokrwistość, hiperbilirubinemię, zwiększoną aktywność aminotransferaz,  $\gamma$ -glutamylotranspeptydazy i fosfatazy alkalicznej (ALP),

wzrost wartości CA 19–9 130,89 U/ml (przy normie 0–37 U/ml) oraz hipoalbuminemię. W badaniach obrazowych (USG) stwierdzono: wątrobę powiększoną, hiperechogeniczną z poszerzonymi w obu płatach drogami żółciowymi, pęcherzyk żółciowy grubościenny zawierający gęstą żółć, w okolicy głowy trzustki przestżeń płynowa o średnicy ok. 19 mm, prawdopodobnie poszerzony PŻW. W badaniu ERCP odnotowano: pojedyncze odcinkowe zwężenie dróg żółciowych, o długości 18 mm, w środkowej 1/3 PŻW oraz poszerzenie w górnej 1/3 PŻW, w przewodach wątrobowych, w przewodach wewnątrzwątrobowych obu płatów wątroby. Wykonano sfinkterotomię i założono protezę do PŻW, po której zaobserwowano nieznaczną poprawę zmierzonych wcześniej parametrów biochemicznych. W TK jamy brzusznej zaznaczone cechy niewielkiej cholestazy wewnątrzwątrobowej, PŻW we wnęcie wątroby o średnicy 16 mm, a w rzucie głowy trzustki 7 mm (ryc. 1.). Chorego zakwalifikowano do zabiegu operacyjnego. W obrazie śródoperacyjnym stwierdzono twarde guz nowotworowy głównej drogi żółciowej w jej środkowej części, wielkości ok. 3 cm, ponadto liczne twarde węzły chłonne wzdłuż więzadła wątrobowo-dwunastniczego, w jednym bloku z guzem. Wątroba zastoinowa, bez wyczuwalnych zmian ogniskowych. Wykonano cholecystektomię – pęcherzyk żółciowy zawierał śluzowomętną treść. Następnie wykonano regionalną limfadenektomię więzadła wątrobowo-dwunastniczego i pnia trzewnego. Węzły chłonne przesłano do badania śródoperacyjnego. Uzyskano potwierdzenie przerzutów RDŻ w węzłach więzadła wątrobowo-dwunastniczego. Po wypreparowaniu elementów więzadła wątrobowo-dwunastniczego stwierdzono, że guz nie nacieka żyły wrotnej oraz dróg żółciowych w odcinku przy górnym brzegu głowy trzustki ani w odcinku tuż przed rozwidleniem na przewód żółciowy prawy i lewy. Margines dystalny zbadano śródoperacyjnie – wolny od komórek nowotworowych. Wykonano resekcję głównej drogi żółciowej wraz z guzem aż do górnej powierzchni głowy trzustki proksymalnie i pozostawiając ok. 1 cm przewodu wątrobowego wspólnego poniżej rozwidlenia, wolnego od nacieku nowotworowego. Wykonano manewr Kochera, mobilizując dwunastnicę. Zespolono przewód wątrobowy wspólny z dwunastnicą *koniec do boku*. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Wyniki badania histopatologicznego – margines dystalny – wolny, zmiana – *adenocarcinoma* G-3.

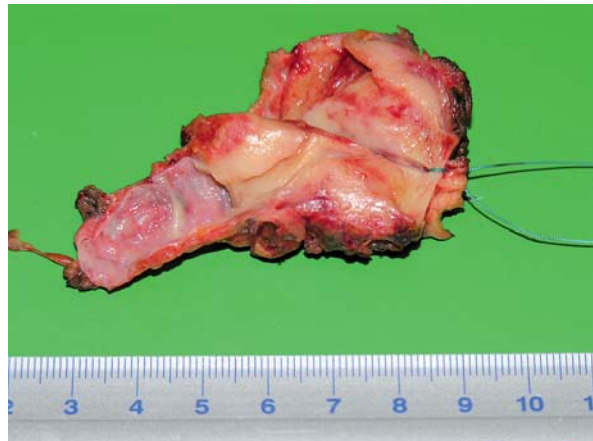
## Omówienie

Jedynym skutecznym leczeniem RDŻ jest chirurgiczne wycięcie zmiany, co dotyczy ok. 20–25% przypadków [6]. Warunkiem radykalnego leczenia operacyjnego nowotworów dróg żółciowych jest resekcja R0. Możliwe



**Ryc. 1.** Tomografia komputerowa jamy brzusznej. Znacznikiem zaznaczono guz

*Fig. 1. Computed tomography*



**Ryc. 2.** Usunięty fragment dróg żółciowych ze zmianą

*Fig. 2. Removed part of biliary tracts with tumour*

jest to w I i II stopniu zaawansowania klinicznego. W przypadku raka środkowej części przewodu żółciowego zaleca się resekcję z limfadenektomią regionalną oraz zespolenie przewodowo-jelitowe [6]. W opisanym przypadku, jak również u innych pacjentów z taką lokalizacją guza obligatoryjnie wykonuje się zespolenie przewodowo-dwunastnicze. Zespolenie to umożliwia endoskopowy dostęp do dróg żółciowych w razie wystąpienia wznowy lub naciekania okolicy więzadła wątrobowo-dwunastniczego. Nowotwór zlokalizowany w obwodowej części przewodu żółciowego stanowi wskazanie do wykonania operacji Whipple'a w odmianie klasycznej lub z zachowaniem odźwiernika sposobem Traverso.

## Wnioski

Prezentowany przez autorów przypadek potwierdza ogólnie znany fakt, że tylko wczesne rozpoznanie warunkuje i umożliwia radykalne leczenie chirurgiczne. Jest to możliwe nawet w pierwotnym RDŻ, którego naturalna historia kojarzona jest z jednym z najgorszych rokowań.

## Piśmiennictwo

1. Holzinger F, Z'graggen K, Büchler MW. Mechanisms of biliary carcinogenesis: A pathogenetic multi-stage cascade towards cholangiocarcinoma. *Ann Oncol* 1999; 10 Suppl 4: S122-6.
2. Nagakawa T, Kayahara M, Ikeda S, et al. Biliary tract cancer treatment: results from the Biliary Tract Cancer Statistics Registry in Japan. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2002; 9: 569-75.
3. Wierzbicki R, Mielko J, Kurylcio A i wsp. Nowotwory zewnątrz-wątrobowych dróg żółciowych przebiegające bez żółtaczki mechanicznej: Opis przypadków. *Cancer Surg (e-publ)* 2005; 1: 31-8.

4. Chao TC, Wang CS, Jan YY, et al. Carcinogenesis in the biliary system associated with APDJ. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 1999; 6: 218-22.
5. Harrison PM. Prevention of bile duct cancer in primary sclerosing cholangitis. *Ann Oncol* 1999; 10 Suppl 4: S208-11.
6. Szmidt J, Grucy Z, Krawczyk M i wsp. Podstawy chirurgii. Tom 1-2. Podręcznik dla specjalizujących się w chirurgii ogólnej. *Medycyna Praktyczna, Kraków* 2004; 2: 899-950.