

Przypadek olbrzymiego torbielakogruczolakoraka głowy trzustki

A rare case of serous cystadenocarcinoma of the pancreas

Ina Zając-Lenczewska¹, Grażyna Gulida-Kobierska², Marek Dobosz¹

¹Oddział Chirurgii Ogólnej, Pomorskie Centrum Traumatologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku

²Katedra i Zakład Patomorfologii Akademii Medycznej w Gdańsku

Przegląd Gastroenterologiczny 2007; 2 (4): 205–209

Słowa kluczowe: trzustka, torbielakogruczolakorak surowicy, pankreatoduodenektomia.

Key words: pancreas, serous cystadenocarcinoma, pancreaticoduodenectomy.

Adres do korespondencji: Ina Zając-Lenczewska, Oddział Chirurgii Ogólnej, Pomorskie Centrum Traumatologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku, Nowe Ogrody 1-6, 80-803 Gdańsk, e-mail: inazajac@poczta.onet.pl

Streszczenie

W pracy przedstawiono przypadek olbrzymiego torbielakogruczolakoraka głowy trzustki u 56-letniej kobiety. Pacjentkę przyjęto z niecharakterystycznymi dolegliwościami w nadbrzuchu utrzymującymi się od kilku miesięcy. W badaniach obrazowych stwierdzono guz nowotworowy zlokalizowany w głowie trzustki, uciskający żyłę główną dolną i prawą żyłę nerkową. Chorą operowano w trybie planowym. Wykonano pankreatoduodenektomię sposobem Longmire-Traverso, odtworzono układ pokarmowy, zakładając zespolenia trzustkowo-jelitowe i przewodowo-jelitowe na pętli Roux. Przebieg pooperacyjny niepowikłany, chora wypisana w 8. dobie pooperacyjnej. Pacjentka pozostaje w stanie ogólnym dobrym, bez cech nawrotu choroby nowotworowej.

Surowicy torbielakogruczolakorak jest rzadko występującym nowotworem złośliwym trzustki o relatywnie pomyślnym rokowaniu. Leczenie operacyjne to podstawowy i jedyny sposób leczenia, a wielkość guza nie dyskwalifikuje radykalnego leczenia operacyjnego.

Wprowadzenie

Nowotwory złośliwe trzustki stanowią 3% wszystkich nowotworów złośliwych. W Polsce wskaźnik zapadalności na raka trzustki (dane za 1999 r.) wynosił 8/100 tys. u mężczyzn i 4,8/100 tys. u kobiet, co daje mu 11. miejsce wśród najczęściej występujących nowotworów. Nowotwory trzustki zalicza się do najgorzej rokujących, 5-letnie przeżycie chorych leczonych operacyjnie kształtuje się na poziomie 10–21% [1].

Abstract

A case of serous cystadenocarcinoma of the pancreas in a 56-year-old woman is reported. The patient was admitted with uncharacteristic complaints in the epigastrium since several months ago. A preoperative computed tomography (CT) scan disclosed a large pathological mass in the head of the pancreas, pressing the vena cava inferior and right renal vein. Pancreatoduodenectomy was performed (Longmire-Traverso operation). The common bile duct and residual pancreas were anastomosed into a segment of the small bowel. The postoperative course was uneventful and the patient is currently well, without evidence of recurrence or metastasis 8 months after surgery.

Serous cystadenocarcinoma of the pancreas is a rare neoplasm with relatively good prognosis with curative operation. Pancreatic resection is the treatment of choice. Complete resection has a favourable prognosis with a low probability of recurrence.

Wśród wszystkich nowotworów trzustki torbiele nowotworowe stanowią 10–15%, natomiast torbielakogruczolakoraki tylko ok. 1%. Surowicze i śluzowe torbielakogruczolakoraki trzustki charakteryzuje odmienna biologia. Do 1984 r. uważano, że typ surowicy jest nowotworem łagodnym. W tym czasie opisano przypadek torbielakogruczolakoraka naciekającego miejscowo sąsiadujące narządy oraz przerzutującego. Obecnie w klasyfikacji WHO istnieje wyraźne rozgraniczenie między torbielakogru-

Tabela I. Histologiczna klasyfikacja pierwotnych nowotworów egzokrynej części trzustki
Table I. Histological classification of primary malignant tumours of the exocrine pancreas

Nowotwory pochodzenia nabłonkowego/ <i>Epithelial tumours</i>	
I Nowotwory niezłośliwe/ <i>Benign</i>	
1)	torbielakogruczolak surowiczy/ <i>serous cystadenoma</i>
2)	torbielakogruczolak śluzowy/ <i>mucinous cystadenoma</i>
3)	gruczolak wewnątrzprzewodowy brodawkowaty śluzotwórczy/ <i>intraductal papillary-mucinous adenoma</i>
4)	potworniak torbielowaty dojrzały/ <i>mature teratoma</i>
II Nowotwory o granicznej złośliwości/ <i>Borderline malignancy</i>	
1)	guz śluzowo-torbielowaty z umiarkowaną dysplazją/ <i>mucinous cystic neoplasm with moderate dysplasia</i>
2)	brodawczak wewnątrzprzewodowy śluzotwórczy z dysplazją/ <i>intraductal papillary-mucinous neoplasm with moderate dysplasia</i>
3)	guz lity pseudobrodawkowaty/ <i>solid-pseudopapillary neoplasm</i>
III Nowotwory złośliwe/ <i>Malignant</i>	
1)	gruczolakorak przewodowy/ <i>ductal adenocarcinoma</i>
a)	rak śluzotwórczy nietorbielowaty/ <i>mucinous noncystic carcinoma</i>
b)	rak sygnetokomórkowy/ <i>signet ring cell carcinoma</i>
c)	płaskonabłonkowy/ <i>adenosquamous carcinoma</i>
d)	rak niezróżnicowany/ <i>undifferentiated (anaplastic) carcinoma</i>
e)	rak mieszany/ <i>mixed ductal-endocrine carcinoma</i>
2)	rak olbrzymiokomórkowy/ <i>undifferentiated carcinoma with osteoclast-like giant cells</i>
3)	gruczolak torbielowaty surowiczy/ <i>serous cystadenocarcinoma</i>
4)	gruczolak torbielowaty śluzowy – nieinwazyjny i inwazyjny/ <i>mucinous cystadenocarcinoma – non-invasive and invasive</i>
5)	rak wewnątrzprzewodowy brodawkowaty śluzotwórczy – nieinwazyjny i inwazyjny/ <i>intraductal papillary-mucinous carcinoma – non-invasive and invasive (papillary-mucinoscarcinoma)</i>
6)	rak z komórek pęcherzykowych/ <i>acinar cell carcinoma</i>
a)	gruczolak torbielowaty z komórek pęcherzykowych/ <i>acinar cell cystadenocarcinoma</i>
b)	rak mieszany pęcherzykowo-endokryny/ <i>mixed acinar-endocrine carcinoma</i>
7)	rak trzustki pochodzenia zarodkowego/ <i>pancreatoblastoma</i>
8)	rak lity pseudobrodawkowaty/ <i>solid-pseudopapillary carcinoma</i>
9)	raki mieszane/ <i>others</i>
Nowotwory pochodzenia nienabłonkowego/ <i>Non-epithelial tumours</i>	
Nowotwory wtórne/ <i>Secondary tumours</i>	

lakiem, nowotworem łagodnym i torbielakogruczolakorakiem (tabela I) [2–4].

W początkowym okresie torbiele nowotworowe są często bezobjawowe, ich wielkość może osiągnąć ponad 10 cm, bez wyraźnych dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Ze względu na brak możliwości jednoznacznej oceny przedoperacyjnej typu histologicznego torbieli nowotworowej zaleca się zabieg resekcyjny [5–7].

Opis przypadku

Chora, 56-letnia, zgłosiła się do szpitala z powodu utrzymujących się od miesiąca jasnych wypróżnień,

z towarzyszącym uczuciem dyskomfortu w nadbrzuszu. Nie towarzyszyły temu żadne inne dolegliwości ze strony narządów jamy brzusznej czy też utrata masy ciała. W badaniu fizykalnym stwierdzono nieruchomy, niebolesny opór w nadbrzuszu.

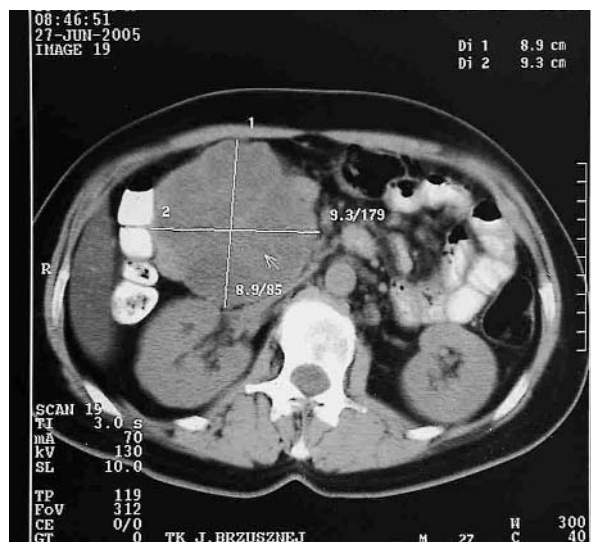
W wykonanych badaniach laboratoryjnych wśród odchyień od stanu prawidłowego stwierdzono podwyższony opad (OB – 17), wzrost poziomu aminotransferaz (AlAT – 101 U/l, AspAT – 50 U/l) i fosfatazy alkalicznej (FALK – 155 U/l). Nie wykazano odchyień w obrazie morfologii krwi obwodowej (HGB – 13,3 g/dl, HCT – 37,6%, RBC – 4,57 M/UL, WBC – 5,96 K/UL, PLT – 289 K/UL), bili-

rubina całkowita wynosiła 0,53 mg%, a GGTP 44 U/l.

W badaniu ultrasonograficznym (USG) jamy brzusznej zaobserwowano masę patologiczną o średnicy ok. 10 cm w głowie trzustki. Gastroskopia, wykonana celem poszerzenia diagnostyki, uwidoczniała w części pozapopuszkowej dwunastnicy impresję z zewnątrz, brodawka Vatera niezmienniona.

W wykonanym badaniu tomografii komputerowej jamy brzusznej wykazano dobrze odgraniczoną, otorebkowaną masę patologiczną o wymiarach 100×92×89 mm wychodzącą z głowy trzustki, przylegającą do wątroby. Zmiana miała charakter lity, w jej obrębie opisano przegrody i zwapnienia w części centralnej. Ogon trzustki był powiększony, z poszerzonym przewodem Wirsunga. Guz wykazywał impresję na żyłę główną dolną i prawą żyłę nerkową. Żyła śledzionowa na poziomie wnęki śledziony bez zmian, nie udało się jej prześledzić w okolicy wnęki wątroby, pień trzewny bez zmian. Na wykonanych skanach nie udało się jednoznacznie wskazać ewentualnego naciekania tych naczyń. Nie stwierdzono powiększenia lokalnych węzłów chłonnych czy węzłów chłonnych w przestrzeni okołonaczyniowej. Nie zaobserwowano także zmian metastatycznych w narządach jamy brzusznej (ryc. 1).

Na podstawie powyższego obrazu chorą zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. Po wykonaniu laparotomii uwidoczniono duży, bogato unaczyniony guz o średnicy ok. 10 cm, wywodzący się z głowy trzustki, uciskający



Ryc. 1. Tomografia komputerowa jamy brzusznej – dobrze odgraniczona, otorebkowana masa patologiczna, wychodząca z głowy trzustki

Fig. 1. Abdominal computed tomography – well circumscribed, cystic mass, located in the head of the pancreas

na żyłę wrotną, z cechami nadciśnienia wrotnego (ryc. 2).

Wątroba, dostępna w badaniu, bez zmian ogniskowych, regionalne węzły chłonne niepowiększone. Wykonano pankreatoduodenektomię sposobem Longmire-Traverso. Ciągłość przewodu pokarmowego odtworzono, zespalając jelito czcze z ogonem trzustki oraz przewód wątrobowy wspólnie z pętlą jelita czczego sposobem Roux.

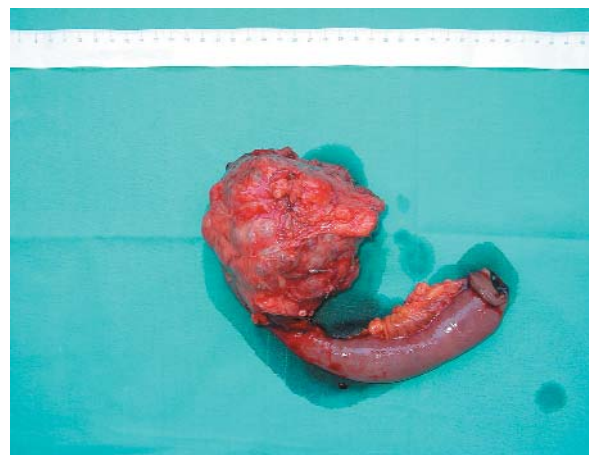
Po zabiegu chora przebywała na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, a od 1. doby pooperacyjnej na Oddziale Chirurgii Ogólnej, gdzie żywiono ją dojelitowo. Chorą wypisano do domu w 8. dobie, w stanie ogólnym dobrym.

Pooperacyjne badanie histopatologiczne uwidocznilo guz otoczony w większej części torebką rzekomą. Naciek nowotworu obejmuje miejscowo warstwę mięśniową dwunastnicy oraz jej błonę podśluzową (ryc. 3). Dystalna linia cięcia trzustki, a także wszystkie węzły chłonne wolne od nowotworu. Stopień zaawansowania nowotworu T3N0M0 IIA. W wycinkach z guza stwierdzono utkanie torbielakogruczolakoraka surowiczego (ryc. 4).

Obecnie chora od 22 mies. znajduje się pod obserwacją gastroenterologa, w kontrolnym badaniu ultrasonograficznym (USG) i tomografii komputerowej (TK) jamy brzusznej nie stwierdzono cech uogólnienia choroby oraz cech wznowy miejscowej.

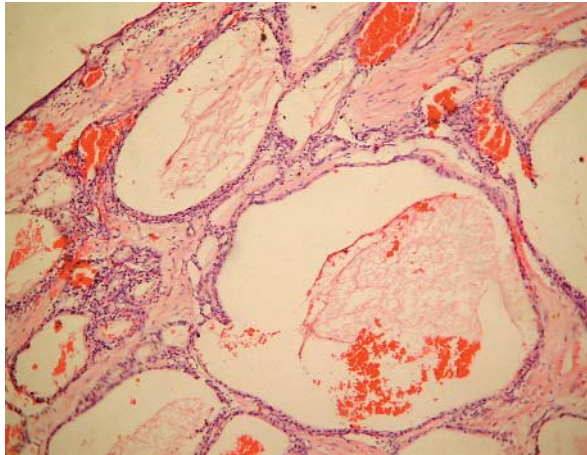
Omówienie

Torbiele nowotworowe trzustki są rzadko występującymi guzami, częściej spotykanymi u kobiet w średnim wieku. Właściwe rozpoznanie przedoperacyjne ma istotne znaczenie w ustaleniu odpowiedniego sposobu lecze-



Ryc. 2. Guz trzustki pokryty torebką, ściśle przylegający do dwunastnicy

Fig. 2. Tumour of the pancreas covered by pseudocystic capsule, contiguously invading the duodenum wall



Ryc. 3. Obraz mikroskopowy – torbielakogruczolakorak surowiczy trzustki

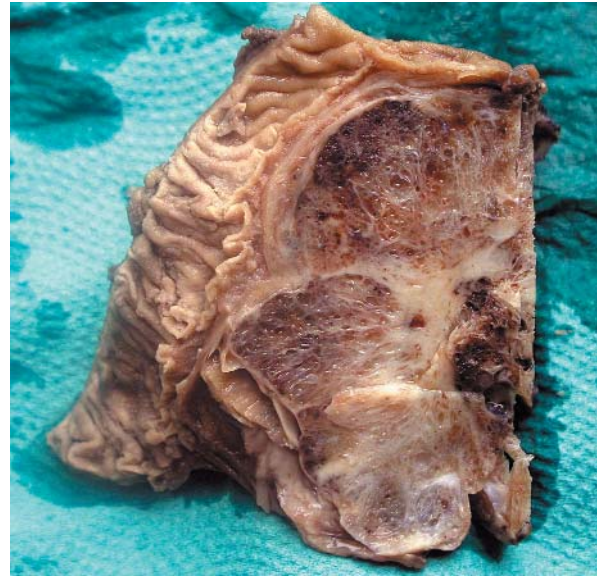
Fig. 3. Microscopic view – serous cystadenocarcinoma of the pancreas

nia. Torbiele rzekome trzustki można leczyć, wykonując zespolenie z przewodem pokarmowym, natomiast w przypadku torbieli nowotworowych leczeniem z wyboru jest resekcja trzustki.

Przedoperacyjne zróżnicowanie postaci łagodnej i złośliwej torbieli trzustki przy użyciu metod radiologicznych bywa trudne, oprócz przypadków ze zmianami przerzutowymi. Obrazowanie połączone z cienkoigłową aspiracją zawartości torbieli i biopsją ściany torbieli pozwala zróżnicować postać śluzową od surowiczej, jednak wartość nakłucia w różnicowaniu dysplazji i nowotworu jest stosunkowo niska. Dodatkowo nakłucie (przezskórne czy pod kontrolą ultrasonografii endoskopowej – EUS) może prowadzić do powstania wszczepów komórkowych w miejscu nakłucia [2, 6]. O wyborze leczenia operacyjnego decydują wiek, płeć, objawy chorobowe, wielkość guza i jego lokalizacja.

Torbielakogruczolakorak surowiczy trzustki jest rzadko spotykanym guzem złośliwym. W odróżnieniu od torbielakogruczolaka charakteryzuje się zdolnością do naciekania sąsiadujących narządów, przerzutowania zarówno do okolicznych węzłów chłonnych, jak i odległych narządów. Mimo cech złośliwości odległe wyniki leczenia operacyjnego są dobre. Pięcioletnie przeżycia u pacjentów poddanych kompletnej resekcji guza kształtują się na poziomie ok. 90–100% [8].

Pankreatoduodenektomia jest powszechnie akceptowaną metodą leczenia chorych z rakiem, zlokalizowanym w głowie trzustki. Spośród możliwości rekonstrukcji przewodu pokarmowego, przy zachowaniu wskazań onkologicznych, sposób Traverso i Longmire'a cieszy się uznaniem ze względu na lepszą funkcję motoryczną górnego odcinka przewodu pokarmowego [1].



Ryc. 4. Przekrój guza trzustki – gąbczasta struktura, cechy naciekania dwunastnicy

Fig. 4. Cross-section of the tumour – sponge-like appearance of the tumour, duodenal wall infiltration

Pankreatoduodenektomia wciąż pozostaje zabiegiem obciążonym stosunkowo wysokim odsetkiem powikłań okołoperacyjnych (20–50%). Śmiertelność po niej wynosi 2–12% [9].

Do najczęstszych powikłań należy zaliczyć przetokę trzustkową, ropień wewnątrztrzewnowy, przetokę zespolenia jelitowych lub żółciową [10]. Wśród czynników wpływających na wystąpienie powikłań wymienia się podeszły wiek, współistnienie obciążeń ze strony układu krążeniowo-oddechowego, śródoperacyjną utratę krwi, wystąpienie wstrząsu podczas zabiegu oraz wykonanie zabiegu przez ośrodki niemające odpowiedniego doświadczenia [9].

Chorzy z rozpoznaną torbielą nowotworową trzustki powinni być kwalifikowani do leczenia resekcyjnego. Wielkość guza nie wyklucza przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, a typ histologiczny torbielakogruczolakorka surowiczego daje dobre rokowanie.

Piśmiennictwo

1. Tran KT, Smeenk HG, von Eijck CH i wsp. Pylorus preserving pancreatoduodenectomy versus standard Whipple procedure: a prospective, randomized, multicenter analysis of 170 patients with pancreatic and periampullary tumors. *Ann Surg* 2004; 240: 738-45.
2. Strobel O, Z'graggen K, Schmitz-Winnenthal FH i wsp. Risk of malignancy in serous cystic neoplasms of the pancreas. *Digestion* 2003; 68: 24-33.

3. Abe H, Kubota K, Mori M i wsp. Serous cystadenoma of the pancreas with invasive growth: benign or malignant? *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 1963-6.
4. Klöppel G, Solcia E, Longnecker DS i wsp. Histological Typing of Tumours of the Exocrine Pancreas. Wyd. 2, World Health Organization. International Histological Classification of Tumours. Berlin, Springer, 1996: 11-20.
5. Horvath KD, Chabot JA. An aggressive resectional approach to cystic neoplasms of the pancreas. *Am J Surg* 1999; 178: 269-74.
6. McKay D, Marron C, Mathew S, Diamond T. Management of cystic tumours of the pancreas. *ANZ J Surg* 2004; 74: 627-30.
7. Spinelli K, Fromwiller TE, Daniel RA i wsp. Cystic pancreatic neoplasms: observe or operate. *Ann Surg* 2004; 239: 651-9.
8. Moesinger RC, Talamini MA, Hruban RH i wsp. Large cystic pancreatic neoplasms: pathology, resectability, and outcome. *Ann Surg Oncol* 1999; 6: 682-90.
9. Płaszczyk-Lesiakowska D, Krawczyk M. Czynniki ryzyka powikłań pankreatoduodenektomii. *Pol Przegl Chir* 2001; 73: 489-501.
10. Knast W, Markocka-Mączka K, Wierzbicki J i wsp. Powikłania po częściowych resekcjach trzustki. *Wiad Lek* 1999; LII: 559-62.