Współczesna Onkologia (2000) vol. 4; 4 (168–169)

W pracy przedstawiono przypadek 69-letniego chorego ze wszczepami nowotworowymi w bliznach po laparoskopowej cholecystektomii (PSM), wykonanej 5 mies. wcześniej. W 1961 r. chory z powodu choroby wrzodowej przebył resekcję żołądka. Przy przyjęciu do Kliniki poza PSM stwierdzono twardy niebolesny guz w nadbrzuszu. Badanie gastroskopowe kikuta żołądka nie wykazało makroskopowych zmian patologicznych, jednak w wycinkach z zespolenia żołądkowo-jelitowego stwierdzono utkanie raka.

Słowa kluczowe: wszczepy nowotworowe, cholecystektomia laparoskopowa.

Rare case of port site metastases (PSM) is presented. It concernes a 69 year old man in whom laparoscopic cholecystectomy had been performed 5 months earlier. In 1961 he experienced gastric resection done for ulcer disease. At admission besides PSM he had palpable hard, painless mass in epigastrium. Gastroscopic examination showed normal state, however specimens obtained from gastrojejunostomy revealed cancer tissue.

Key words: port site metastases, laparoscopic cholecystectomy.

Wszczepy nierozpoznanego raka żołądka

w bliznach po laparoskopowej cholecystektomii

Port site metastases from previously undiagnosed gastric cancer after laparoscopic cholecystectomy

Andrzej Wysocki, Władysław Lejman, Andrzej Bobrzyński

II Katedra i Klinika Ogólnej Chirurgii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Port site metastases (PSM) to określenie przyjęte w piśmiennictwie anglosaskim, odnoszące się do wszczepów nowotworowych powstających w bliznach po trokarach wprowadzanych w celu wykonania operacji laparoskopowej. Większość znanych dotychczas przypadków dotyczy cholecystektomii podejmowanej z powodu kamicy u chorych, u których nie podejrzewano raka pęcherzyka żółciowego, a wykryto go dopiero na podstawie rutynowego, pooperacyjnego badania histologicznego. W dalszej kolejności PSM rozpoznawano u chorych na raka jelita grubego poddanych planowej, laparoskopowej resekcji. Do wyjątków należą PSM będące pierwszym objawem nie podejrzewanego przed zabiegiem laparoskopowym nowotworu narządu jamy brzusznej, znajdującego się całkowicie poza polem operacyjnym [1]. W polskim piśmiennictwie chirurgicznym są one niezwykle rzadkie [2].

W Klinice Chirurgii Ogólnej i Naczyń II Katedry Chirurgii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego leczono dotychczas 2 przypadki tego rodzaju. Obserwowany w 1994 r. przypadek PSM dotyczył 71-letniego chorego, u którego 4 mies. po laparoskopowej cholecystektomii stwierdzono rozsiew z nieoperacyjnego raka trzustki. Przypadek ten jako pierwszy w rodzimym piśmiennictwie został opisany na łamach *Polskiego Przeglądu Chirurgicznego* [2]. Artykuł przedstawia przypadek kolejnego pacjenta.

OPIS PRZYPADKU

Mężczyzna B.B., lat 69 (nr hist. chor. 797/00), został przyjęty do Kliniki 5.04.2000 r. po endoskopowym, ambulatoryjnym usunięciu polipa (średnica 1 cm) w zespoleniu po resekcji żołądka, wykonanej w 1961 r. z powodu choroby wrzodowej. W listopadzie 1999 r. chorego poddano laparoskopowej cholecystektomii (nr bad. hist. 1424350: *Cholelithiasis. Cholecystitis chronica*) w gabinecie prywatnym. Obydwa badania wykonane były w Katedrze Patomorfologii Collegium Medicum UJ.

Resekcji polipa towarzyszyło krwawienie, które opanowano koagulacją z użyciem argonu. Badaniem fizykalnym przy przyjęciu do Kliniki stwierdzono:

- brzuch miękki, niebolesny, bez oporów patologicznych,
- bliznę po cięciu środkowym górnym,
- blizny po torkarach w typowych dla laparoskopowej cholecystektomii miejscach,
- zagojone *per primam*.

Po dobowej obserwacji, 6.04.00 r. chory w stanie dobrym został wypisany z Kliniki. Histopatologiczne badanie polipa (nr 1434771) wykazało: *Polypus hyperplasticus adenomatosus in statu inflammationis. Dysplasia epithelii mediocris gradus*.

Kolejny raz pacjent zgłosił się do ambulatorium Kliniki 25.04.2000 r. Skarżył się na:

- pobolewania w nadbrzuszu,
- osłabienie,
- zawroty głowy,
- brak apetytu.

W ciągu kilku tygodni ubytek ciężaru ciała wyniósł ok. 6 kg.

Badaniem palpacyjnym stwierdzono w nadbrzuszu twardy, nieco tkliwy guz o nieregularnych obrysach. Linijna blizna po cięciu środkowym górnym, drobne blizny w miejscach typowych dla trokarów do laparoskopowej cholecystektomii. W 2 z nich (w pępku oraz w podżebrzu prawym) wyczuwalne były twarde guzki o średnicy ok. 0,5 cm. W wycinku pobranym z guzka w bliźnie w pępku (nr1435889) wykazano *Infiltratio carcinomatosa Adenocarcinoma muciparum*. Naciek raka dochodził do linii cięcia operacyjnego.

Po uzyskaniu wyniku badania histologicznego 04.05.2000 r. chory został ponownie przyjęty do Kliniki (nr historii choroby 1044/00) z rozpoznaniem: *Disseminatio carcinomatosa. Focus primarius ignotus. St. post resectionem ventriculi (anno 1961). St. post cholecystectomiam per laparoscopiam*. W badaniach laboratoryjnych, oprócz obniżonego hematokrytu – 31,3 proc. oraz obniżonego poziomu sodu – 128 mmol/l, nie stwierdzono odchyleń od normy. USG jamy brzusznej wykazało:

- wątrobę o niejednorodnym echogramie i nierównej powierzchni, ze słabo wyodrębniającymi się drobnymi zmianami normoechogenicznymi (1–2,5 cm),
- zaznaczoną cholestazę przywnękową,
- PŻW śr. do 18 mm, urywa się poniżej wnęki,
- trzustkę słabo widoczną, wydawała się bez zmian,
- obie nerki prawidłowej wielkości o jednorodnym echogramie kory bez zastoju ech podejrzanych o złogi,
- śledzionę jednorodną, niepowiększoną, bez wolego płynu w jamie brzusznej.

Badanie gastroskopowe w kikucie poresekcyjnym żołądka wykazało:
- obecność żółci,
- błonę śluzową zaczerwienioną,
- zespolenie bez widocznej patologii,
- błonę śluzową kruchą, łatwo krwawiącą.

Pobrano wycinki z zespolenia. Mikroskopowe badanie tych wycinków (nr 36529) wykazało *Adenocarcinoma ventriculi. Gastritis chronica atrophicans et cystica corporis. Hyperplasia foveolaris*.

04.05.2000 r. chory został wypisany do domu z zaleceniem leczenia objawowego pod kontrolą Ośrodka Opieki Paliatywnej.

OMÓWIENIE

Pomimo coraz szerszego zastosowania operacji laparoskopowych, PSM nie należą do częstych zjawisk. Niemniej wydaje się, że przynajmniej w odniesieniu do laparoskopowych resekcji raka jelita grubego, wszczepy w miejscach po wprowadzaniu trokarów występują częściej niż wznowy w bliznach po laparotomii. Większość dotychczasowych publikacji ogranicza się do przedstawienia pojedynczych przypadków [1, 2, 3, 4].

Ze zbiorczego zestawienia Schaeffa'a i wsp. [1] z 1998 r. w piśmiennictwie światowym przedstawiono 164 przypadki wszczepów w bliznach po trokarach (do 1998 r.), co skłania do podejrzenia, że technika laparoskopowa sprzyja występowaniu tego rodzaju przerzutów [5].

Przypadki, w których podobnie jak w opisanych, guz nowotworowy znajdował się poza laparoskopowym polem operacyjnym należą do rzadkości [1, 2, 4, 5, 6]. Problem ten ściśle wiąże się z zagadnieniem przeoczonych nowotworów takich narządów jamy brzusznej, jak trzustka, żołądek czy jelito grube, rozpoznanych dopiero kilka miesięcy po laparoskopowej cholecystektomii [7].

Pomimo wielu przeprowadzonych badań, zarówno klinicznych, jak i doświadczalnych, mechanizm powstawania PSM pozostaje niewyjaśniony. Uważa się, że znaczącą rolę odgrywają takie elementy operacji laparoskopowej, jak:
- odma otrzewnowa z użyciem dwutlenku węgla i przepływ pompowanego do jamy otrzewnej gazu,
- stosowanie koagulacji,
- odparowywanie tkanek w zamkniętej przestrzeni,
- stopień traumatyzacji tkanek w zależności od doświadczenia zespołu,
- tzw. *efekt kominowy*, polegający na przecieku gazu wokół trokarów,
- pewne znaczenie przypisuje się biologicznym właściwościom nowotworu i jego zaawansowaniu [8, 9, 10, 11, 12, 13].

W przedstawionym powyżej przypadku zwraca szczególną uwagę fakt, że wczesny i masywny (PSM, wyczuwalny w nadbrzuszu guz – przerzutowo zmieniona sieć?) rozsiew nowotworowy raka żołądka miał miejsce już wówczas, gdy ognisko pierwotne było makroskopowo niezauważalne. W tym świetle trudno oprzeć się wrażeniu, że przynajmniej w niektórych okolicznościach laparoskopia może sprzyjać nasileniu dynamiki procesu neoplazmatycznego.

PIŚMIENNICTWO

1. Schaeff B, Paolucci V, Thomopulous J. *Port site recurrences after laparoscopic surgery*. Dig Surg 1998; 15: 124-134.
2. Wysocki A, Lejman W. *Rzadkie odległe powikłanie techniki laparoskopowej*. Pol Przeg Chir 2000; 72: 181-184.
3. Clair DG, Lautz DB, Brooks DC. *Rapid development of umbilical metastases after laparoscopic cholecystectomy for unsuspected gallbladder cancer*. Surgery 1993; 113: 355-358.
4. Reiger N, McIntosh N. *Port site metastasis from synchronous primaries of the colon and ovary following laparoscopic cholecystectomy*. Eur J Surg Oncol 1998; 24: 144-145.
5. Lejman W, Wysocki A. *Wszczepy nowotworowe w powłokach po operacjach laparoskopowych*. Nowotwory (w druku).
6. Siriwardena A, Samarji WN. *Cutaneous tumor seeding from a previously undiagnosed pancreatic carcinoma after laparoscopic cholecystectomy*. Ann R Coll Surg Engl 1993; 75: 199-200.
7. Wysocki A, Biesiada Z. *Nowotwory narządów jamy brzusznej przeoczone podczas laparoskopowego wycięcia pęcherzyka żółciowego*. Gastroenterol Pol 1998; 461-464.
8. Bouvy ND, Marquet RL, Jeekel H, Bonjer HJ. *Impact of gas (less) laparoscopy and laparotomy on peritoneal tumour growth and abdominal wall metastases*. Ann Surg 1996; 224: 694-701.
9. Cavina E, Goletti O, Molea N, Buccianti P, Chiarugi M, Boni G, Lazzeri E, Bianchi R. *Trocar site tumor recurrences. May pneumoperitoneum be responsible?* Surg Endosc 1998; 12: 1294-1296.
10. Champault G, Taffinder M, Ziol M, Riskalla H, Catheline JMC. *Cells are present in the smoke created during laparoscopic surgery*. Brit J Surg 1997; 84: 993-995.
11. Jackobi CA, Wenger FA, Ordemann J, Gutt C, Sabat R, Muller JM. *Exprimental study of the effect of intra-abdominal pressure during laparoscopy on tumor growth and port site metastastasis*. Brit J Surg 1998; 85: 1419-1422.
12. Le Moine MC, Navarro F, Burgel JS, Pellegrin A, Khiari AR, Pourqier D, Fabre JM, Domereque J. *Experimental assessment of the risk of tumor recurrence after laparoscopic surgery*. Surgery 1998; 123: 427-431.
13. Neuhaus SJ, Watson DI, Ellis T, Rowland R, Rofe AM, Pike GK, Methew G, Jamiesson GG. *Wound metastasis after laparoscopy with different insufflation gases*. Surgery 1998; 123: 579-583.

ADRES DO KORESPONDENCJI

doc. dr hab. n. med. Andrzej Wysocki
II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej
Collegium Medicum
Uniwersytetu Jagiellońskiego
ul. Kopernika 21
31-501 Kraków