

# Rzadki guz przerzutowy do brodawki Vatera

## Rare papilla Vateri metastatic tumor

Jacek Arkadiusz Śmigieński<sup>1</sup>, Łukasz Piskorz<sup>2</sup>, Sławomir Jabłoński<sup>1</sup>, Andrzej Jamry<sup>2</sup>, Marian Brocki<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

<sup>2</sup>Szpital Powiatowy w Starachowicach

Prz Gastroenterol 2013; 8 (4): 272–274

DOI: 10.5114/pg.2013.37493

**Słowa kluczowe:** guz brodawki Vatera, przerzutowy RCC, trzustka.

**Key words:** Vateri tumor, metastatic RCC, pancreas.

---

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Jacek Arkadiusz Śmigieński, Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, USK im. WAM CSW, ul. Żeromskiego 113, 90-549 Łódź, Polska, tel.: +48 42 639 35 21, e-mail: smiglo@mp.pl

### Streszczenie

Przerzuty raka jasnokomórkowego nerki do brodawki Vatera są niezwykle rzadkie. W pracy przedstawiono przypadek 81-letniej chorej, u której wystąpiły powikłania przerzutowego guza brodawki. Chora 17 lat po resekcji nerki z powodu raka jasnokomórkowego została przyjęta do Kliniki ze względu na masywne krwawienia do przewodu pokarmowego (Forrest IB) w postaci krwawych wymiotów. W wyniku przeprowadzonej diagnostyki rozpoznano krwawiący guz brodawki Vatera. U chorej wykonano procedurę chirurgiczną metodą Whipple'a. W badaniu histopatologicznym stwierdzono przerzut raka jasnokomórkowego z nerki. Pacjentkę wypisano do domu w 8. dobie i skierowano do dalszego leczenia onkologicznego. Dyskusję na temat tego przypadku oparto na doniesieniach dotyczących rzadkich guzów przerzutowych do brodawki Vatera, ponieważ przerzut raka nerki nie został dotychczas opisany w piśmiennictwie.

### Wstęp

Guz brodawki Vatera należy do nowotworów dystalnego odcinka dróg żółciowych. W przeszłości, kiedy stosowano mniej doskonałe metody diagnostyczne, często błędnie rozpoznawano go jako rak głowy trzustki. Guz brodawki Vatera wywołuje żółtaczkę mechaniczną. Nie zawsze jednak hiperbilirubinemia musi być pierwszym objawem guza. Zdarzają się przypadki, w których pacjent zgłasza się do lekarza z objawami sugerującymi inne schorzenia przewodu pokarmowego. Wynika to z różnorodności form histopatologicznych nowotworu. Najczęściej występuje rak gruczołowy, który stanowi ponad 90% przypadków. W publikacjach opisywane są

### Abstract

Metastatic tumor in papilla Vateri represents a very unusual cause of renal cell carcinoma. We describe the case of an 81-year-old woman who had a rare complication of metastatic tumor of the ampulla Vateri. 17 years after resection of the kidney because of clear cell carcinoma she presented to the clinic because of massive bleeding (Forrest IB) into the digestive tract in the form of blood-stained vomit. As a result of conducted diagnostics a bleeding bump of the Vater's papilla was recognized – in the histopathological examination – metastatic tumor from clear cell carcinoma of the kidney was diagnosed. The patient underwent pancreaticoduodenectomy. The patient went home after 8 days of hospitalization and was directed at further cancer treatment. This case is discussed based on a review of the literature. However, until now there has been no case report of metastatic tumor of the papilla of Vater in the literature.

pojedyncze przypadki innych postaci guza: guzy stromalne (*gastrointestinal stromal tumors* – GIST), *desmoid, carcinoid, adenomyoma, adenosquamous carcinoma* czy *somatostatinoma* [1–4]. Autorzy niniejszej pracy nie znaleźli w piśmiennictwie opisu guza brodawki z przerzutu raka jasnokomórkowego nerki, którego pierwszym objawem były masywne krwawienia do przewodu pokarmowego.

### Opis przypadku

Kobieta, lat 81, została przyjęta do Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi 16 maja 2009 r. z powodu

krwawienia do przewodu pokarmowego. Z wywiadu wiadomo, że pacjentka w listopadzie 2008 r. została przyjęta do innego szpitala ze względu na zażółcenie powłok i uporczywy świąd skóry. Chorą zdiagnozowano i rozpoznano u niej kamień w przewodzie żółciowym wspólnym (PŻW). Pacjentkę zakwalifikowano do endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej (ECPW). W badaniu stwierdzono wyniosłą brodawkę, bez makroskopowych zmian, PŻW poszerzony do 20 mm i złóg w części przybrodawkowej. Podczas zabiegu usunięto kamień, wykonano sfinkterotomię i protezowanie głównej drogi żółciowej protezą 10 F o długości 10 cm. Uzyskano pełne zakontrastowanie dróg żółciowych wewnątrz- i zewnątrzwątrobowych. Chorą bez żółtaczki wypisano do domu. (Czy nowotwór istniał już wtedy? Nie mamy danych histopatologicznych z tego zabiegu.) U chorej zaplanowano usunięcie lub wymianę protezy pod koniec maja 2009 r.

W przeddzień bieżącego przyjęcia chora zastała w domu. Kobieta leczy się na nadciśnienie, więc skojarzyła ten fakt ze zmianą ciśnienia krwi. Zastąpienie powtórzyło się w dniu przyjęcia do szpitala, wystąpiły również wymioty krwią i skrzepami. W wykonanej pilnie endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego stwierdzono dużą ilość krwi w przetyku, żołądku i dwunastnicy. Uwidoczniono sączące naczynie krwionośne (Forrest IB) w pobliżu protezy, z guza brodawki Vatera. W związku z nieudanymi próbami endoskopowego zahamowania krwawienia chorą zakwalifikowano do pilnej operacji.

U kobiety stwierdzono ponadto cukrzycę typu 2 (glikemia unormowana; przyjmowała: preparat zawierający insulinę krystalizowaną z protaminą (27 j. – 24 j.)), a także nadciśnienie (unormowane, leczone trandolaprylem 1 × 1 tabl., indapamidem 1 × 1 tabl. i amlodipiną 1 × 1 tabl.). Przed 60 laty przeszła appendektomię, przed 30 laty cholecystektomię, a przed 17 laty nefrektomię lewą. Od wielu lat jest uczulona na penicylinę.

Wyniki badań dodatkowych w chwili przyjęcia były następujące: grupa krwi – AB Rh+, INR 1,0, APTT 1,11, mocznik 7,0 mmol/l, kreatynina 97,0 μmol/l, aminotransferaza alaninowa 14,0 IU/l, aminotransferaza asparaginowa 18,0 IU/l, bilirubina całkowita 23,1 μmol/l, białko C-reaktywne 343,6 mg/l, sód 140 mEq/l, potas 3,9 MeQ/l, wapń 2,00 mg%, diastaza 33 IU/l, GGTP 55 IU/l, białko całkowite 54,9 g/l, albuminy 25,5%, morfologii krwi: eryocyty 1 750 000/ml, hemoglobina 4,8 g%, hematokryt 19,6%, leukocyty 11 900/ml.

Według anestezjologa chora była w stopniu III według skali ASA. Wykonano pankreatoduodenektomię z limfadenektomią lokalną metodą Whipple'a. Okres pooperacyjny przebiegał z powikłaniami – duże wahania poziomu glikemii i stałe niedobory parametrów morfologicznych krwi. Podczas pobytu w szpitalu chorej przeto-

czono 14 jednostek koncentratu krwinek czerwonych i 12 jednostek osocza świeżo mrożonego. W 6. dobie po zabiegu uzyskano normę morfologiczną i ilość białka w organizmie w normie. Pacjentkę wypisano do domu w 8. dobie po zabiegu i zalecono dalszą opiekę onkologiczną oraz ewentualnie leczenie neoadiuwantowe.

W badaniu histopatologicznym nr 5359-5370/2009 z dnia 27 maja 2009 r. stwierdzono: z resekowanego preparatu brodawki Vatera uzyskano wynik: *carcinoma clarcocellulare G2*.

## Dyskusja

Przedstawiony przypadek chorej z przerzutem raka jasnomórkowego nerki do brodawki Vatera jest niezwykle rzadkim powikłaniem choroby nowotworowej. Przeglądając piśmiennictwo w dostępnych bazach danych: PubMed, Medline, Elsevier i MedNet, autorzy zwrócili uwagę na dwa fakty: przerzuty do brodawki Vatera są niezwykle rzadką drogą rozsiewu procesu nowotworowego i nie opisano podobnego przypadku.

Najczęściej w brodawce Vatera lub w jej okolicy zlokalizowane są raki gruczołowe. Stanowią one ponad 90% wszystkich nowotworów. Drugą pod względem częstości występowania grupą nowotworów tej okolicy są guzy neuroendokrynne (*gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors* – GEP-NET), natomiast niezmiernie rzadko pojawiają się w tej okolicy guzy przerzutowe. Rego i wsp. opisali przerzut raka płuca do brodawki [5]. Innym rzadkim przypadkiem jest jednoczesne występowanie guza typu GIST i GEP-NET – pierwszy o średnicy 65 mm, a drugi 20 mm. Oba umiejscowione były w brodawce Vatera [2]. Z kolei Hüffer i wsp. [6] przedstawili przypadek 47-letniego mężczyzny z *gangliocytic paraganglioma* – w większości przypadków nowotworem łagodnym, który może dawać wznowy i przerzuty do narządów odległych.

W przypadku wyżej wymienionych, rzadkich guzów należy zadać pytanie: jaki sposób leczenia byłby najlepszy, aby zapewnić chorym dobre rokowanie? Dla najczęściej występującego raka gruczołowego brodawki Vatera odpowiedź brzmi: pankreatoduodenektomia z szeroką limfadenektomią, która umożliwia całkowite wycięcie guza i lepsze rokowanie [1, 7, 8], natomiast w przypadku rzadziej występujących form histopatologicznych guzów tej okolicy sprawa jest bardziej skomplikowana. I tak, w przypadku guzów potencjalnie złośliwych, takich jak: GIST, *carcinoid* czy *adenosquamous carcinoma*, należy – podobnie jak w przypadku *adenocarcinoma* – wykonać wycięcie brodawki wraz z głową trzustki i dwunastnicą. W przypadku zmian nienowotworowych czy potencjalnie łagodnych, takich jak: *adenoma*, *adenomyoma*, *somatostatinoma* czy *neurofibroma*, wykonuje się wyłuszczenie miejscowe guzów [9, 10].

Należy również rozstrzygnąć inny problem: jak rozpoznać histopatologicznie rodzaj guza przed zabiegiem? Najczęściej są to guzy incydentalne, wykryte przypadkowo podczas rutynowych badań przesiewowych lub wykryte wtórnie podczas diagnostyki przeprowadzonej z powodu różnych objawów wklajających ten rodzaj guzów, np. żółtaczkę czy jak w przypadku opisywanej pacjentki masywnych krwawień do przewodu pokarmowego. U pacjenta z żółtaczką mamy czas, aby rozszerzyć diagnostykę – wykonać np. ECPW oraz pobrać materiał do badań histopatologicznych, ale w przypadku powikłań w postaci krwawienia nie ma na to czasu. U pacjentki wykonano zabieg endoskopowy, jednak z powodu nasilenia objawów był on nieskuteczny, dlatego chorą operowano w trybie pilnym. Mały rozmiar guza oraz dogodne warunki anatomiczne sprzyjały wykonaniu pankreatoduodenektomii. Słuszność tej decyzji potwierdziło dopiero rozpoznanie histopatologiczne – przerzut raka jasnomórkowego nerki. Ten rodzaj raka jest zmianą złośliwą, dlatego postępowanie chirurgiczne i onkologiczne było prawidłowe.

Gdy mamy do czynienia z guzem, bez rozpoznania patologa przed zabiegiem, wydaje się słuszne, aby wykonać wycięcie brodawki z otaczającą głową trzustki i dwunastnicą.

W przedstawionym przypadku zwraca uwagę też inny ważny fakt. Dokładnie zebrany wywiad, z którego było wiadomo o obecności raka nerki i wykonanej z tego powodu nefrektomii przed 17 laty, miał wpływ na postępowanie i dalsze decyzje operatora. Trzeba zrozumieć sytuację, w jakiej chirurg przystąpił do zabiegu. W przypadku chorej silnie krwawiącej, przy poziomie erytrocytów 1,75 mln/ml i poziomie hemoglobiny 4,8 g% wskazany był jak najmniejszy zabieg, ale dane z wywiadu umożliwiły prawidłowe przeprowadzenie operacji, czyli pierwotne zatamowanie krwawienia i ustabilizowanie pacjentki, a w dalszej kolejności wykonanie zabiegu leczniczego, co oznacza doszczętność onkologiczną.

#### Piśmiennictwo

1. Aleksandrova A, Damianov D, Vladimirov B, et al. Pancreatoduodenal resection for carcinoid of Vater's papilla. *Khirurgiia* 1994; 47: 49-51.
2. Koçer NE, Kayaselçuk F, Calişkan K, et al. Synchronous GIST with osteoclast-like giant cells and a well-differentiated neuroendocrine tumor in Ampulla Vateri: coexistence of two extremely rare entities. *Pathol Res Pract* 2007; 203: 667-70.
3. Mohos E, Kovács T, Brittig F, et al. Desmoid tumors in three patients. *Magy Seb* 2001; 54: 387-92.
4. Yavuz E, Kapran Y, Ozden I, et al. Pancreatobiliary adenosquamous carcinoma (report of two cases). *Pathologica* 2000; 92: 323-6.
5. Rego RF, Atiq M, Velchala N, et al. Ampullary metastasis from breast cancer: an unusual finding. *Endoscopy* 2009; 41: 278-9.
6. Hüffer M, Riechmann M, Müller J, et al. Gangliocytic paraganglioma of the ampulla of Vater. *Zentralbl Chir* 2003; 128: 232-5.
7. Gebhardt C, Köhler J, Jurowich C. Carcinoma of the pancreas head, papilla Vateri, and cystadenocarcinoma: different biologic entities and different results. *Zentralbl Chir* 2003; 128: 396-400.
8. Pamukcuoglu M, Oksuzoglu B, Abali H, et al. Prognostic factors and clinicopathological characteristics of carcinoma of ampulla Vateri. *Int Surg* 2008; 93: 214-9.
9. Pitt SC, Pitt HA, Baker MS, et al. Small pancreatic and periampullary neuroendocrine tumors: resect or enucleate? *J Gastrointest Surg* 2009; 13: 1692-8.
10. Wittekind C, Tannapfel A. Adenoma of the papilla and ampulla: premalignant lesions? *Langenbecks Arch Surg* 2001; 386: 172-5.