

Przypadek raka pęcherzyka żółciowego — materiał własny

Case of gallbladder adenocarcinoma in own material

Magdalena Ćwiklińska-Dworakowska, Jarosław Szymczuk, Grzegorz Pogorzelski

Oddział Chirurgiczny Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem (*Department of General Surgery, General Hospital in Wysokie Mazowieckie*)

Streszczenie

Prezentowany przypadek kliniczny raka pęcherzyka żółciowego znalazł się w grupie statystycznej 0,3–3% rozpoznania ustalanego pooperacyjnie po cholecystektomii wykonanej z innych przyczyn. W pracy omówiono specyfikę i sposób leczenia przypadkowo wykrytej choroby nowotworowej pęcherzyka żółciowego.

Chirurgia Polska 2017, 19, 1–2, 41–43

Abstract

In the paper we presented clinical case of the gallbladder adenocarcinoma which is in the 0.3–3% statistic group of postoperative recognition after cholecystectomy made for other reasons. We included the diagnostic management, specifics of the disease and surgical treatment.

Chirurgia Polska 2017, 19, 1–2, 41–43

Wstęp

Rak pęcherzyka żółciowego jest najczęstszym i najbardziej agresywnym nowotworem dróg żółciowych z najkrótszym czasem przeżycia. Statystycznie najczęściej dotyka kobiet po 50. roku życia. Czynniki predysponujących do wystąpienia tego nowotworu jest wiele, lecz na pierwszym miejscu wyszczególnia się kamica pęcherzykowa, inne zaś to: pęcherzyk porcelanowy bądź polip pęcherzyka przekraczający 1 cm. Przedoperacyjne wykrycie udaje się jedynie u 10% chorych, dlatego zazwyczaj rozpoznanie stawiane jest pooperacyjnie [1]. Po cholecystektomii wykonanej z innych przyczyn niż nowotworowa wykrywa się raka w 0,3–3% preparatów pooperacyjnych [2].

W Polsce odsetek 5-letnich przeżyć jest mniejszy niż 10% według wyników badania EURO-CARE-4. W badaniu tym zgromadzono dane z 83 rejestrów populacyjnych z 23 krajów Europy [3, 4].

Opis przypadku

Pacjentka, lat 59, została przyjęta do szpitala celem przeprowadzenia planowej cholecystektomii z powodu trwających od wielu miesięcy okresowych nawracających dolegliwości bólowych jamy brzusznej z towarzyszącą utratą apetytu. W wywiadzie stwierdzono stan po mastektomii prawostronnej oraz chemioterapii w 2013 roku, a także niewydolność serca, nadciśnienie tętnicze oraz migotanie przedsionków. W badaniu USG jamy brzusznej wykonanym w ramach badania kwalifikacyjnego do zabiegu operacyjnego niecałe 4 tygodnie przed planową hospitalizacją nie stwierdzono innych patologii poza kamica pęcherzyka żółciowego (żłogi wielkości 4 mm i 13 mm). Przy przyjęciu nie wykazano odchyień od normy w standardowych badaniach laboratoryjnych. Przed zabiegiem operacyjnym w wykonanym USG jamy brzusznej wykonanym w szpitalu stwierdzono „mierne powiększenie wątroby z cechami

stłuszczenia/inny proces (?) oraz pogrubiałą ścianę pęcherzyka żółciowego z kilkoma złożami między 8 mm a 19 mm, poza tym bez innych patologii w badaniu ultrasonograficznym”. Śródoperacyjnie w czasie cholecystektomii laparoskopowej stwierdzono: „pęcherzyk żółciowy napięty, powiększony, ściana bardzo gruba, sztywna, niepodatna na uchwycenie grasperem. W obu płatach wątroby liczne zmiany guzowate o charakterze przerzutów”. Podjęto decyzję o wycięciu pęcherzyka żółciowego oraz klinowym pobraniu guzka wątroby do badania histopatologicznego. W przebiegu pooperacyjnym nie obserwowano żadnych nieprawidłowości, pooperacyjnie oznaczono markery nowotworowe CEA oraz CA-125, podwyższone kilkakrotnie powyżej normy. Histopatologicznie 80% przypadków raka pęcherzyka żółciowego to *adenocarcinoma* [2, 5]. Pooperacyjnie w badaniu histopatologicznym (wstępnym) preparatów stwierdzono raka gruczolowy pęcherzyka żółciowego G2 z utkaniem raka widocznym w marginesie chirurgicznym w linii odcięcia przewodu pęcherzykowego (zlecono dodatkowe barwienie immunohistochemiczne celem uzupełnienia wyniku badania), natomiast we fragmencie wątroby z przerzutem w obrazie mikroskopowym znaleziono zatępy z komórek raka w świetle naczyń przemawiające za pęcherzykiem żółciowym jako punktem wyjścia nowotworu (ryc. 1).

Dyskusja

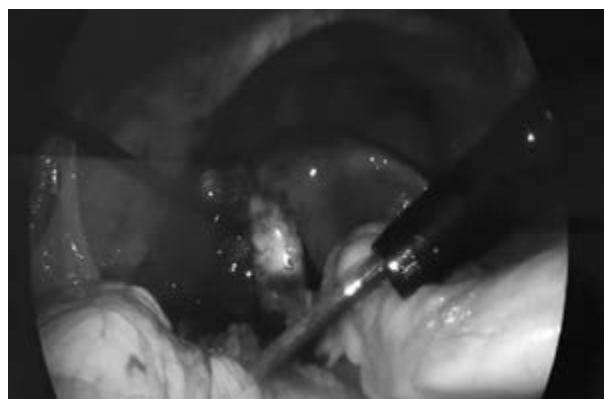
Kamica pęcherzyka żółciowego jest czynnikiem, który współistnieje z rakiem pęcherzyka żółciowego w 90% przypadków oraz 7-krotnie podwyższa jego zachorowalność na niego [2, 6]. W badaniu podmiotowym dominują: ból brzucha (70%) [7], utrata masy ciała, wyczuwalny opór w prawym podżebrzu, żółtaczka. Najwyższe ryzyko zachodzi w przypadku dużych kamieni żółciowych objawowych [8, 9].

W momencie gdy choroba staje się objawowa (w postaci bólu), staje się nieoperacyjna, ponieważ w objawowej fazie choroby u 35–40% można już stwierdzić rozsiały proces neoplazmatyczny (przerzuty). Ograniczenie procesu do ściany pęcherzyka żółciowego w tej fazie stwierdza się zaledwie u 25% pacjentów [2].

Metodą, która służy do obrazowania, jest USG — uwiadczenia nawet małe (< 1 cm) zmiany w ścianie pęcherzyka żółciowego. Jednak w diagnostyce ultrasonograficznej obraz raka pęcherzyka żółciowego może przysparzać wielu trudności, ponieważ w przebiegu chorób nowotworowych pogrubienie ścian jest nieznacznego stopnia, ich echogeniczność zaś często ulega podwyższeniu [10].

Omawiana pacjentka, zgodnie z definicją TNM (*tumor, node, metastasis*) raka pęcherzyka żółciowego według *Union for International Cancer Control* (UICC) (7. edycja z 2010 r.), wstępnie śródoperacyjnie kwalifikowała się następująco: T3NxM1 stopień IVB: naciek na wątrobę, liczne guzki na powierzchni wątroby o prawdopodobnym charakterze przerzutów odległych, węzły chłonne niemożliwe do oceny.

Gdyby przedoperacyjnie wiedziano o nowotworze, postępowanie operacyjne byłoby następujące:



Rycina 1. Widok śródoperacyjny — widoczne zmieniona patologicznie ściana pęcherzyka żółciowego oraz zmiana przerzutowa w wątrobie

cholecystektomia z resekcją częściową prawego płata wątroby oraz limfadenektomią okolicy więzadła wątrobowo-dwunastniczego wraz z weryfikacją histopatologiczną kikutka przewodu pęcherzykowego lub rozszerzona hemihepatektomia prawostronna (resekcja *en bloc*) zgodnie z aktualnymi wytycznymi onkologicznymi po uprzednim wyrażeniu zgody przez pacjenta [2].

Pomimo oceny makroskopowej w czasie operacji nie wykonano śródoperacyjnego badania histopatologicznego (jego czułość wynosi > 90%, swoistość 100%) z powodu braku takiej możliwości w szpitalu powiatowym. Śródoperacyjnie ograniczono się do cholecystektomii z pobraniem wycinków umożliwiających prawidłową ocenę stopnia zaawansowania na podstawie ostatecznego badania histopatologicznego preparatów pooperacyjnych. Podczas wypisu z Oddziału Chirurgicznego Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem pacjentkę skierowano do poradni onkologicznej celem dalszego leczenia i ewentualnej kwalifikacji do zabiegu radykalnego.

Piśmiennictwo

1. Chao TC, Greager JA. Primary carcinoma of the gallbladder. *J Surg Oncol.* 1991; 46(4): 215–221, indexed in Pubmed: [2008087](#).
2. Herman R, Pałucki J, Potemski P, Polkowski W. Rak pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych. In: Potemski P, Polkowski W. ed. Nowotwory układu pokarmowego. 2013: 151–159.
3. Rachtan J. EURO CARE jest największym międzynarodowym projektem odnoszącym się do badania przeżyć chorych na nowotwory złośliwe w oparciu o dane gromadzone w rejestrach populacyjnych. <http://www.mp.pl/artykuly/46880>.
4. Capocaccia R, Gavin A, Hakulinen T, et al. Survival of cancer patients in Europe, 1995–2002: The EURO CARE 4 study. *Eur J Cancer.* 2009; 45(6): 901–1094.
5. Mghirbi F, Ayadi M, Karray W, et al. Squamous cell carcinoma of the gallbladder. *Transl Gastroenterol Hepatol.* 2016; 1: 78, doi: [10.21037/tgh.2016.09.07](#), indexed in Pubmed: [28138644](#).
6. Adson M. Carcinoma of the Gallbladder. *Surgical Clinics of North America.* 1973; 53(5): 1203–1216, doi: [10.1016/s0039-6109\(16\)40147-7](#).

7. Pitt HA, Dooley WC, Yeo CJ, et al. Malignancies of the biliary tree. *Curr Probl Surg.* 1995; 32(1): 1–90, indexed in Pubmed: [7528652](#).
8. Zatonski WA, Lowenfels AB, Boyle P, et al. Epidemiologic aspects of gallbladder cancer: a case-control study of the SEARCH Program of the International Agency for Research on Cancer. *J Natl Cancer Inst.* 1997; 89(15): 1132–1138, indexed in Pubmed: [9262251](#).
9. Lowenfels AB, Walker AM, Althaus DP, et al. Gallstone growth, size, and risk of gallbladder cancer: an interracial study. *Int J Epidemiol.* 1989; 18(1): 50–54, indexed in Pubmed: [2722383](#).
10. Walas MK, Skoczyła K, Gierbliński I. Errors and mistakes in the ultrasound diagnostics of the liver, gallbladder and bile ducts. *J Ultrason.* 2012; 12(51): 446–462, doi: [10.15557/JoU.2012.0032](#).

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Magdalena Ćwiklińska-Dworakowska
Oddział Chirurgiczny Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem
e-mail: magjet@poczta.fm

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.09.2017 r.