

Przerzuty raka dróg żółciowych do powłok brzusznych po cholecystektomii laparoskopowej – opis przypadku

Jacek Śmigieński, Justyna Cielecka, Rafał Drozda,
Piotr Ziemniak, Jacek Cywiński, Piotr Maciaszyk, Krzysztof Kołomecki

Nowotwory pęcherzyka i dróg żółciowych, traktowane do niedawna jako rzadkie, coraz częściej spotykamy w codziennej praktyce. Lata 90 ubiegłego wieku i rozwój technik obrazowych w sposób zdecydowany wpłynęły na poprawę diagnostyki i wcześniejsze rozpoznawanie tych chorób. Nowotwory dróg żółciowych to: niezłośliwe gruczolaki (najczęściej nabłonkowe) i brodawczaki często umiejscowione w okolicy brodawki większej dwunastnicy. Rak dróg żółciowych jest przyczyną ok. 3% zgonów w USA. Etiologia choroby nie jest w pełni poznana i nadal jest przedmiotem badań. Rak najczęściej występuje między 60 a 90 rokiem życia. Charakteryzuje się powolnym wzrostem, czasami przyjmuje polipowatą postać brodawczaka o zdecydowanie łagodniejszym przebiegu i lepszym rokowaniu. W zależności od tego, w którym kierunku wzrasta, od tego zależą objawy kliniczne. Jednak lokalizacja w bezpośrednim sąsiedztwie innych ważnych struktur anatomicznych, jak żyła wrotna i tętnica wątrobowa, nie zawsze pozwala na jego wycięcie. Rozmiary guza często nieprzekraczają 1 cm, dlatego często bywa przeoczony podczas standardowej cholecystektomii. W opisanym przypadku u 79 letniej pacjentki w 3 miesiące po wykonanej cholecystektomii laparoskopowej rozpoznano ogniska przerzutowe raka przewodów żółciowych do powłok w miejscach po portach laparoskopowych. Chorą zoperowano wycinając całkowicie guzy w powłokach, po roku zaobserwowano kolejne zmiany przerzutowe powłok. Pacjentka zmarła w 27 miesięcy po cholecystektomii laparoskopowej.

Słowa kluczowe: rak dróg żółciowych, laparoscopia, troakary

Wprowadzenie

Nowotwory pęcherzyka i dróg żółciowych, traktowane do niedawna jako rzadkie, coraz częściej spotykamy w codziennej praktyce. Lata 90 ubiegłego wieku i rozwój technik obrazowych w zdecydowany sposób wpłynęły na poprawę diagnostyki i wcześniejsze rozpoznawanie tych guzów. Nowotwory pęcherzyka żółciowego występują najczęściej pod postacią polipów cholesterolowych, rzadziej jako gruczolaki i równie rzadko jako raki, które uznawane są za jedne z najczęściej występujących nowotworów złośliwych w przewodzie pokarmowym. W Europie obecność raka pęcherzyka żółciowego stwierdzana jest w mniej niż 1% przypadków operacji z powodu kamicy pęcherzykowej [1]. Przyczyny zgonów z tego powodu szacuje się w Stanach Zjednoczonych na około 70 tysięcy rocznie. Kamica pęcherzykowa towarzyszy w 75% przypadków zachorowań na raka [2].

Nowotwory dróg żółciowych to przede wszystkim niezłośliwe gruczolaki (najczęściej nabłonkowe) i brodawczaki, często umiejscowione w okolicy brodawki większej dwunastnicy. Rak dróg żółciowych jest przyczyną około 3% zgonów w USA. Etiologia choroby nie jest w pełni poznana i nadal jest tematem badań. Statystycznie

częściej występuje u osób starszych, między 60 a 90 rokiem życia [3]. Rak przewodów żółciowych umiejscowiony jest dość często w bezpośredniej bliskości z dwunastnicą i czasami bywa błędnie rozpoznawany jako rak brodawki większej Vatera czy też jako rak głowy trzustki. Najczęstszym natomiast miejscem występowania pierwotnego raka dróg żółciowych jest przewód wątrobowy wspólny. Rozmiary rzadko przekraczają 1 cm średnicy, dlatego często może zostać przeoczony podczas standardowej cholecystektomii, czy to klasycznej, czy laparoskopowej [2, 4, 5].

W obrazie mikroskopowym nowotwór złośliwy przewodu żółciowego jest najczęściej gruczolakorakiem, rzadziej ma pochodzenie płaskonabłonkowe. Histopatologicznie cały guz posiada jedynie kilka ognisk, w których zawarte są komórki rakowe, pozostała część guza to duża ilość tkanki łącznej i włóknistej [2], dlatego też należy zwrócić uwagę, że biopsja aspiracyjna cienkoigłowa wykonana pod kontrolą ultrasonografu może dać niejednoznaczne, czy nawet negatywne rozpoznanie.

Opis przypadku

Pacjentka lat 79, przyjęta do oddziału chirurgii ogólnej Szpitala MSWiA w Łodzi w dniu 12 czerwca 2000 roku w celu wykonania planowej cholecystektomii. 13 czerwca wykonano cholecystektomię laparoskopową z powodu

przewlekłego, kamiczego zapalenia pęcherzyka żółciowego. Wskazaniem do zabiegu była objawowa kamica pęcherzykowa potwierdzana okresowo w badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej od ok. 6 lat. W powyższym okresie pacjentka odnotowała kilka silnych ataków bólowych o typie kolki żółciowej. Śródoperacyjnie stwierdzono długi, otłuszczony pęcherzyk żółciowy wtopiony w wątrobę. Drogi żółciowe zewnętrzzwątrobowe nieposzerzone. Z chorób towarzyszących u pacjentki występowały: zeszytniające zapalenie stawów oraz obustronna zaćma. Przed zabiegiem chora stosowała przewlekle leki: niesterydowe przeciwzapalne oraz Vitreolent. W badaniach dodatkowych przed operacją: RBC 4,62, Hgb 13,4, Hct 39,8, Wbc 6500, bilirubina 1,14 mg% (norma do 1,2 mg%). Przebieg pooperacyjny niepowikłany. Rany wygojone przez rychłozrost. Pacjentka wypisana do domu w 2. dobie po zabiegu, tj. 15 czerwca 2000 r. Wycięty pęcherzyk zbadano histopatologicznie rozpoznając: *cholecystitis calculosa chronica*. Kontrola pooperacyjna, ambulatoryjna po 2 tygodniach od zabiegu nie wykazała żadnych odchyłań od normy. Stan pacjentki – odpowiedni do wieku.

Po roku od operacji chora zgłosiła się na ponowne badanie zaniepokojona obecnością 2 guzków w powłokach jamy brzusznej. Chora była diagnozowana ambulatoryjnie. W badaniu przedmiotowym: jeden guzek w okolicy pępka o średnicy 35 mm, drugi w linii pachowej przedniej, po stronie prawej, na wysokości pępka, o średnicy około 25 mm, dobrze macalne przez skórę. W dniu 2 października 2001 roku wykonano kontrolne badanie USG jamy brzusznej sondą C 3,75: w miejscu palpacyjnie wyczuwalnych guzków stwierdzono hypoechogeniczne, nieostro odgraniczone zmiany śr. 22 mm i 16 mm, bardzo silnie pochłaniające falę ultradźwiękową, ze znacznym zatarciem struktury otaczających tkanek; obie zmiany leżące w tkance podskórnej i nie przekraczające powięzi, struktura wątroby prawidłowa. Chora początkowo bez dolegliwości bólowych, skarżąc się jedynie na ucisk i dyskomfort kosmetyczny. Z czasem (w ciągu 5 tygodni) pojawiły się kolejno dolegliwości bólowe okolicy podżebrowej prawej i wokół pępka, towarzyszące nudności i zawroty głowy. Wykonano biopsję aspiracyjną cienkoigłową zmian podskórnych rozpoznając: guzy przerzutowe słabo zróżnicowane, wywodzące się prawdopodobnie z utkania komórek pęcherzykowych i/lub narządów rodnych. Ze względu na brak konkretnego rozpoznania histopatologicznego, jak i utrzymujące się dolegliwości bólowe, a także nudności i zawroty głowy, pacjentka została ponownie przyjęta na oddział chirurgii ogólnej szpitala MSWiA w Łodzi w dniu 8 listopada 2001 r., w celu planowej operacji miejscowego wycięcia guzów. Na oddziale wykonano badania dodatkowe: RTG klatki piersiowej – bez zmian rozrostowych i przerzutowych, na podstawie biopsji konsultowano chorą ginekologicznie: podczas badania stwierdzono obniżenie narządu rodowego II/III stopień oraz wykluczono zmiany nowotworowe wywodzące się z narządu rodowego. W USG przezpochwowym: narządy rodne zanikowe, poza brzeżnymi zwapieniami w obrębie ściany macicy oraz 4 mm warstwą płynu w jej jamie, bez zmian patologicznych. Choroby współistniejące

oprócz stwierdzonych w 2000 roku: dodatkowo nadciśnienie tętnicze i choroba niedokrwienna serca. Badanie morfotyczne: RBC 4,96, Hgb 13,9, Hct 42,6, Wbc 6200, bilirubina w normie. Wspólnie z lekarzem prowadzącym chora zdecydowała o chirurgicznym usunięciu zmian.

Pacjentkę zakwalifikowano do operacji wycięcia guzów powłok w dniu 14 listopada 2001 r. Obraz śródoperacyjny: guz okołopępkowy zrośnięty ze skórą, powięzią, warstwą mięśni i otrzewną, guz w prawym śródbrzuchu zrośnięty z tkankami powyżej otrzewnej, nie przekraczający jej. Skontrolowano całą jamę brzuszną stwierdzając jedynie pozaciągana, zbliżnowaciałą wątrobę, odpowiadającą marskości; pozostałe narządy jamy brzusznej – bez zmian makroskopowych i palpacyjnych. Guzy wycięto w granicach zdrowych tkanek: guz z okolicy nadpępkowej wycięto z otaczającą zdrową skórą, tkanką podskórną, powięzią i otrzewną, guz boczny – z otaczającą zdrową skórą i tkanką podskórną, aż do powięzi. Wycięte zmiany przesłano do badania histopatologicznego. Wynik: *adenocarcinoma tubulare G1 cholangiocellularae*. Mikroskopowo materiał z prawego śródbrzucha wycięty niekompletnie.

Przebieg pooperacyjny powikłany ropieniem rany ponad pępkiem od 4 doby po zabiegu. W posiewie wyhodowano *Staphylococcus epidermidis*. Zastosowano antybiotykoterapie celowaną. Ze względu na ogólny średni stan chorej i brak możliwości samodzielnego wykonywania opatrunków przez pacjentkę w domu, hospitalizowana dalej na oddziale chirurgicznym. Rany wygoiły się przez ziarninowanie. Pacjentka wypisana w 43 dobie pobytu w szpitalu, a w 37 dobie po zabiegu.

Zalecenia poszpitalne wskazywały konieczność kontroli ultrasonograficznej jamy brzusznej co 3 miesiące, leki przeciwbólowe według uznania. W jednym z kontrolnych badań USG we wrześniu 2002 roku (10 miesięcy po operacji) w miejscu blizny w linii pośrodkowej rozpoznano zmianę hypoechogeniczną, nieostro odgraniczoną od tkanek, przekraczającą powięź poprzeczną brzucha; wątroba nadal pozostała bez zmian ogniskowych. Pacjentka nie wyraziła zgody na ponowny zabieg usunięcia przerzutów. Stan ogólny chorej dobry. Stosowała nadal jedynie niesterydowe leki przeciwzapalne. Od lipca 2003 roku chora zaczęła chudnąć, nadal nie wyrażając zgody na operację zmian przerzutowych w powłokach. Zmarła 2 września 2003 r. w domu. Przyczyna zgonu nieznana. Na prośbę rodziny nie wykonywano sekcji zwłok.

Omówienie

Rak dróg żółciowych jest złośliwym nowotworem wywodzącym się z tkanki gruczołowej, bardzo rzadko rozpoznawanym przez chirurgów. Znacznie częściej niż lekarze klinicyści, rozpoznanie to mogą postawić anatomopatolodzy po wykonaniu badania sekcyjnego, u chorych zmarłych z innego powodu [3].

Szybkie i trafne rozpoznanie raka przewodów żółciowych nie jest łatwe. Jego lokalizacja nie tylko klinicystom, ale również doświadczonym diagnostom, sprawia kłopoty w różnicowaniu z innymi chorobami. Szczególnym przypadkiem raka dróg żółciowych jest guz Klatskina

występujący w rozwidleniu przewodu żółciowego wspólnego. Charakteryzuje się dość powolnym wzrostem, może przyjmować polipowatą postać brodawczaka o łagodnym przebiegu i lepszym rokowaniu. W zależności od tego, w którym kierunku wzrasta guz, od tego zależą objawy kliniczne. Rak naciekający jedynie lewy przewód wątrobowy zdecydowanie trudniej rozpoznać, gdyż pacjenci mogą eksponować bezbólony i beżółtaczkowy przebieg choroby. Lokalizacja po prawej stronie rozwidlenia daje nam większe szanse na zdiagnozowanie tego raka. Jednak zawsze należy pamiętać, że lokalizacja w bezpośrednim sąsiedztwie innych ważnych struktur anatomicznych, jak np. żyła wrotna lub tętnica wątrobową, nie zawsze pozwala na wykonanie radykalnej operacji [4]. Diagnoza makroskopowa nawet podczas klasycznej cholecystektomii nie jest jednoznaczna.

Najczęściej rozstrzygające rozpoznanie jest stawiane dopiero w momencie wykonania pooperacyjnego badania histopatologicznego. Jednak podczas cholecystektomii laparoskopowej, jeżeli śródoperacyjnie podejrzewamy raka, podobnie jak inni autorzy, proponujemy następujące postępowanie: w przypadku Tis oraz T1 (najczęściej makroskopowo niezauważalny guz) za wystarczającą procedurę można wykonać cholecystektomię laparoskopową, natomiast w stanach T2 i T3 – reoperację z następową resekcją miększu wnęki wątroby i limfadenektomię tej okolicy [1]. Nie należy oczywiście zapominać o leczeniu uzupełniającym. W literaturze coraz większą wagę przykłada się do adjuwantowej (stosowanej w stadium T2-4) lub paliatywnej radioterapii w stopniu IV [6].

Zasadność stosowania mało inwazyjnej techniki laparoskopowej w chirurgii onkologicznej poddawana jest w wątpliwość [7]. Rozważa się z jednej strony – doszczętność onkologiczną, a z drugiej – niewielką inwazyjność zabiegu. Obecność zmian przerzutowych w powłokach brzusznych w miejscach po troakarach jest tak samo częstym powikłaniem jak opisywane w piśmiennictwie przerzuty w ścianie klatki piersiowej po operacjach torakowideoskopowych. Kolejny problem dzisiejszej chirurgii videoskopowej stanowi przeciek CO₂. Tseng z Rotterdamu przeprowadził eksperyment polegający na sztucznym wprowadzaniu komórek nowotworowych do miejsc po portach. Jego wyniki wykazały, że przeciek CO₂ wokół troaków zdecydowanie zwiększa prawdopodobieństwo wszczepu komórek nowotworowych w tkankę okołoporotalną [8]. Aby zmniejszyć prawdopodobieństwo wszczepienia przerzutów, zespół chirurgów z Hong-Kongu zaproponował metodę operacji laparoskopowej na 2 porty. Ich wyniki są zachęcające ze względu na znaczne ograniczenie, a praktycznie brak, bólu pooperacyjnego [9].

W opisanym przez nas przypadku pacjentka po raz pierwszy została zoperowana w trybie planowym laparoskopowo z użyciem 3 troaków, z powodu objawowej kamicy żółciowej w czerwcu 2000 roku. Obecność przerzutów w powłokach ujawniła się już po 12 miesiącach od zabiegu. Wycięcie zmian, wydawałoby się makroskopowo, w całości w zakresie zdrowych tkanek, nie przyniosło spodziewanego efektu. Ponownie, po kolejnych 10 miesiącach, pacjentka zaobserwowała nawrót choroby w tych

samych miejscach. Przemawia to za powolnym wzrostem zmian przerzutowych raka dróg żółciowych. Należy jednak postawić pytanie: a gdyby wykonano cholecystektomię klasyczną? Podobne rozmyślania nurtują innych autorów z piśmiennictwa światowego [4, 7, 10]. Tak jak i my, nikt dzisiaj nie czuje się na siłach odpowiedzieć na to pytanie.

Stosunkowo rzadkie jeszcze występowanie raka pęcherzyka i przewodów żółciowych (0,6-1,2%) wśród ogólnej liczby operowanych z powodu kamicy pęcherzykowej, potwierdzają inne publikacje [1, 2-4]. Opisywany przez nas przypadek jest poparciem tych doświadczeń i wskazuje, jak często ważną rolę w terapii spełnia zintegrowane działanie lekarzy różnych specjalności (internista, diagnosta, chirurg, anatomopatolog). Rzetelna i właściwie przeprowadzona diagnostyka przedoperacyjna może ułatwić chirurgowi podjęcie słusznej decyzji i przybliżyć go wraz z pacjentem do szczęśliwego zakończenia procesu leczenia.

Dr med. Jacek Śmigielski
Oddział Chirurgii Ogólnej
Szpitala MSWiA w Łodzi
ul. Północna 42, 91-425 Łódź
e-mail: jaceksmigielski@tlen.pl

Piśmiennictwo

1. Kraas E, Frauenschuh D, Farke S. Intraoperative suspicion of gallbladder carcinoma in laparoscopic surgery: what to do? *Dig Surg* 2002; 19: 489-93.
2. Polański J. *Chirurgia wątroby i dróg żółciowych*. Warszawa: Wydawnictwa Lekarskie PZWL; 1994.
3. Yeo CI, Pitt HA, Cameron JL. Cholangiocarcinoma. *Surg Clin N Am* 1990; 70: 1429-47.
4. Darabos N, Stare R. Gallbladder cancer: laparoscopic and classic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2004; 18: 144-7.
5. Connor S, Barron E, Wigmore SJ i wsp. The utility of laparoscopic assessment in the preoperative staging of suspected hilar cholangiocarcinoma. *J Gastrointest Surg* 2005; 9: 476-80.
6. Houry S, Haccart V, Huquier M, Schlienger W. Gallbladder cancer: role of radiation therapy. *Hepatogastroenterology* 1999; 46: 1578-84.
7. Hubens G. Port site metastases: where are we at the beginning of the 21st century? *Acta Chir Belg* 2002; 102: 230-7.
8. Tseng LN, Berends FJ, Wittich P i wsp. Port-site metastases. Impact of local tissue trauma and gas leakage. *Surg Endosc* 1998; 12: 1377-80.
9. Poon CM, Chan KW, Lee DW i wsp. Two-port versus four-port laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2003; 17: 1624-7.
10. Chanson C, Nassiopoulos K, Petropoulos P. Port site metastases, current state of knowledge. *Rev Med Suisse Romande* 2001; 121: 599-602.

Otrzymano: 13 października 2005
Przyjęto do druku: 7 grudnia 2005