

Nowotwory zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych przebiegające bez żółtaczki mechanicznej: Opis przypadków

Wierzbicki R.¹, Mielko J.¹, Kurylcio A.¹, Łopuszyńska M.², Polkowski W.¹

1 Klinika Chirurgii Onkologicznej Akademii Medycznej im. Prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie

2 Pracownia Histopatologiczna Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie

Adres do korespondencji: Wierzbicki Ryszard, e-mail: skalpel@wp.pl

Klinika Chirurgii Onkologicznej Akademii Medycznej im. Prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie

ul. Staszica 11 20-081 Lublin

tel. 81 53 44 313 fax 81 53 22 395

Streszczenie

Głównym i najczęstszym objawem nowotworów zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych jest żółtaczka mechaniczna. Celem pracy było przedstawienie rzadkich przypadków tych nowotworów przebiegających bez objawów żółtaczki mechanicznej, w których podjęto skuteczne leczenie operacyjne:

1. Kobieta lat 65, u której stwierdzono guz umiejscowiony w części proksymalnej dróg żółciowych; leczona operacyjnie. Rozpoznanie histopatologiczne: adenocarcinoma tubulare et papillare ducti choledochi G2.

2. Mężczyzna lat 40, u którego stwierdzono zwężenie dalszej części przewodu żółciowego wspólnego; leczony operacyjnie jako zmiana nowotworowa. Rozpoznanie histopatologiczne: adenoma tubulovillosum partis dystalis ducti choledochi.

Obydwoje chorzy pozostają pod obserwacją, odpowiednio 15 i 10 miesięcy bez objawów choroby.

Słowa kluczowe: rak dróg żółciowych, leczenie chirurgiczne, żółtaczka mechaniczna

Wstęp

Rak dróg żółciowych (RDŻ; cholangiocarcinoma), rozwija się:

1. Proksymalnie – w obrębie dróg wewnątrzwątrobowych, przewodu wątrobowego wspólnego i żółciowego wspólnego do górnego poziomu głowy trzustki, lub
2. Dystalnie – gdy dotyczy wewnątrztrzustkowego odcinka przewodu żółciowego wspólnego.

W części proksymalnej najczęściej stwierdza się guzy wnęki wątroby, tzw. „guz Klatskina” [1].

Ze względu na lokalizację w stosunku do połączenia obu przewodów wątrobowych RDŻ zostały podzielone na cztery typy wg Bismutha i Corlette: [1,2]

- typ I: guz przewodu wątrobowego wspólnego lub żółciowego wspólnego nie dochodzący do miejsca połączenia prawego i lewego przewodu wątrobowego
- typ II: guz dochodzący i wciągający miejsce połączenia prawego i lewego przewodu wątrobowego
- typ IIIa: guz naciekający miejsce połączenia obu przewodów wątrobowych i wciągający prawy przewód wątrobowy
- typ IIIb: guz naciekający miejsce połączenia obu przewodów wątrobowych i wciągający lewy

przewód wątrobowy

- typ IV: guz naciekający prawy i lewy przewód wątrobowy i miejsca połączenia drugorzędowych przewodów wewnątrzwątrobowych, postacię wielogniskowe

Etiologia RDŻ nie jest w pełni znana. Występuje on najczęściej po 60 roku życia. Zaobserwowano częstsze występowanie RDŻ u chorych z wrodzonymi anomaliami dróg żółciowych, takich jak torbiele, zespół Caroli'ego, pierwotnym stwardniejącym zapaleniem dróg żółciowych [3].

Dominującym objawem RDŻ jest żółtaczką, która spowodowana jest przez zwężenie lub zatkanie dróg żółciowych. Najczęściej przebiega powoli i bezbólowo. Późne objawy występują jako: osłabienie, spadek masy ciała, bóle pod prawym łukiem żebrowym, dreszcze, gorączka.

Badaniem przedmiotowym stwierdza się zazwyczaj powiększona wątrobę, niekiedy obserwuje się objaw Courvoisiera. Wyniki badań analitycznych są charakterystyczne dla żółtaczki mechanicznej [3].

Do badań diagnostycznych należą m. in. USG i TK. Spiralna tomografia komputerowa jamy brzusznej jest pomocna w ustaleniu resekcyjności guza, jego wielkości, określenia jego lokalizacji w stosunku do układu żyły wrotnej oraz w wykryciu ewentualnych przerzutów.

Badania, które mogą ustalić rozpoznanie to: MRCP (cholangiografia metodą rezonansu jądrowego) i ECPW (endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna), umożliwiającą uzyskanie materiału do badania cytologicznego [4,5].

W ocenie stopnia zaawansowania wykorzystywane są klasyfikacje według TNM lub TNM/AJCC [1,6,7]. Klasyfikacją powszechnie przyjętą jest podział wg AJCC (obejmuje ona wszystkie raki gruczołowe przewodów żółciowych zewnątrzwątrobowych z wyjątkiem raków brodawki Vatera i wewnątrztrzustkowego odcinka przewodu żółciowego wspólnego).

Tab. 1 Klasyfikacja TNM

Cecha T	
Tis	guz in situ
T1	guz ograniczony do ściany przewodów żółciowych
T2	guz naciekający tkanki okołoprzewodowe
T3	guz naciekający naczynia lub sąsiadujące narządy
T4	guz naciekający połączenia drugorzędowych dróg żółciowych lub dający przerzuty do narządów jamy brzusznej

Tab. 2 Klasyfikacja TNM (zewnątrzwątrobowe drogi żółciowe)

Cecha T	
Tx	nie można ocenić obecności guza
T0	nie stwierdza się obecności guza
Tis	rak przedwazyjny (carcinoma in situ)
T1	guz zajmuje warstwę podnabłonkową lub włóknistą
T1a	guz ograniczony do warstwy podnabłonkowej
T1b	guz nacieka warstwę włóknisto-mięśniową

T2	guz wychodzi poza warstwę włókisto-mięśniową
T3	guz nacieka przyległe narządy (wątrobę, żołądek, dwunastnicę, pęcherzyk żółciowy, jelito grube, trzustkę)
Cecha N	
Nx	nie można ocenić okolicznych węzłów chłonnych
N0	nie stwierdza się obecności przerzutów do węzłów chłonnych
N1	przerzuty nowotworowe w węzłach okolicy przewodu żółciowego
N2	przerzuty w węzłach chłonnych okolicy głowy trzustki, okołodwunastniczych, wzdłuż żyły wrotnej, tylnych okołotrzustkowo- dwunastniczych, trzewnych lub kręzkowych górnych (uwaga: wiarygodna ocena histopatologiczna wymaga oceny przynajmniej 3 regionalnych węzłów chłonnych)
Cecha M	
Mx	odległe przerzuty nie do oceny
M0	przerzuty odległe nieobecne
M1	przerzuty odległe obecne

W oparciu o określenie cech T, N i M dokonywana jest ocena stopnia zaawansowania według klasyfikacji TNM:

Tab. 3 Stopnie zaawansowania według klasyfikacji TNM

Stopień	T	N	M
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T1	N1	M0
III	T2	N1	M0
III	T1	N2	M0
III	T2	N2	M0
IVA	T3	N każde	M0
IVB	T każde	N każde	M1

Tab. 4 Klasyfikacja stopnia zaawansowania TNM/AJCC (Pozawątrobowe guzy dróg żółciowych – klasyfikacja uwzględniająca lokalizację w 1/3 dalszej dróg żółciowych)

Cecha T	
Tx	guz nie do oceny
T0	brak guza pierwotnego
Tis	rak przedwazyjny (carcinoma in situ)
T1	guz nie przechodzi poza ścianę dróg żółciowych

T2	guz przechodzi poza ołode dróg żółciowych
T3	guz nacieka wątrobę, pęcherzyk żółciowy, trzustkę i/lub jedną z gałęzi żyły wrotnej (prawa lub lewą) lub gałęzi tętnicy wątrobowej (prawa lub lewą)
T4	guz nacieka jakąkolwiek z ołodekających struktur: żyłę wrotną lub jej obie gałęzie, tętnicę wątrobową wspólną lub inne struktury jak okrężnicę, żołądek, dwunastnicę lub powłoki ciała
Cecha N	
Nx	węzły nie do oceny
N0	nieobecne przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych
N1	obecne przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych
Cecha M	
Mx	odległe przerzuty nie do oceny
M0	przerzuty odległe nieobecne
M1	przerzuty odległe obecne

Tab. 4 Ocena stopnia zaawansowania według klasyfikacji TNM/AJCC

Stopień	T	N	M
0	Tis	N0	M0
IA	T1	N0	M0
IB	T2	N0	M0
IIA	T3	N0	M0
IIB	T1	N1	M0
IIB	T2	N1	M0
IIB	T3	N1	M0
III	T4	N każde	M0
IV	T każde	N każde	M1

Celem leczenia powinno być radykalne wycięcie guza z odtworzeniem drenażu żółci do przewodu pokarmowego. Jest to możliwe tylko u 10 – 15% chorych. Śmiertelność towarzysząca radykalnym zabiegom operacyjnym jest wysoka (około 10%), a częstość powikłań sięga 30%.

Rokowanie jest złe, mediana przeżycia wynosi 7 miesięcy po zabiegach paliatywnych, 12 – 24 miesiące po operacjach radykalnych. Przeżycia 5-letnie po resekcji RDŻ w odcinku proksymalnym wahają się od 9 do 18%, a w odcinku dystalnym od 20 do 30% [8,9,10].

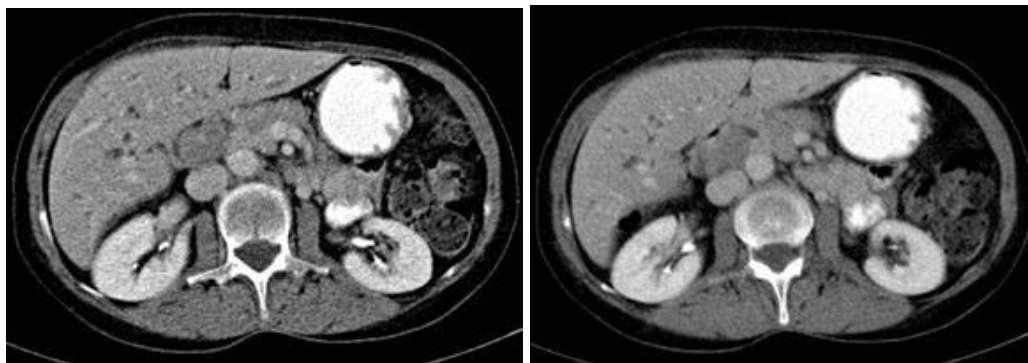
Opis przypadków

Celem niniejszej pracy jest prezentacja dwóch przypadków nowotworów dróg żółciowych przebiegających bez objawów żółtaczki mechanicznej.

Przypadek 1.

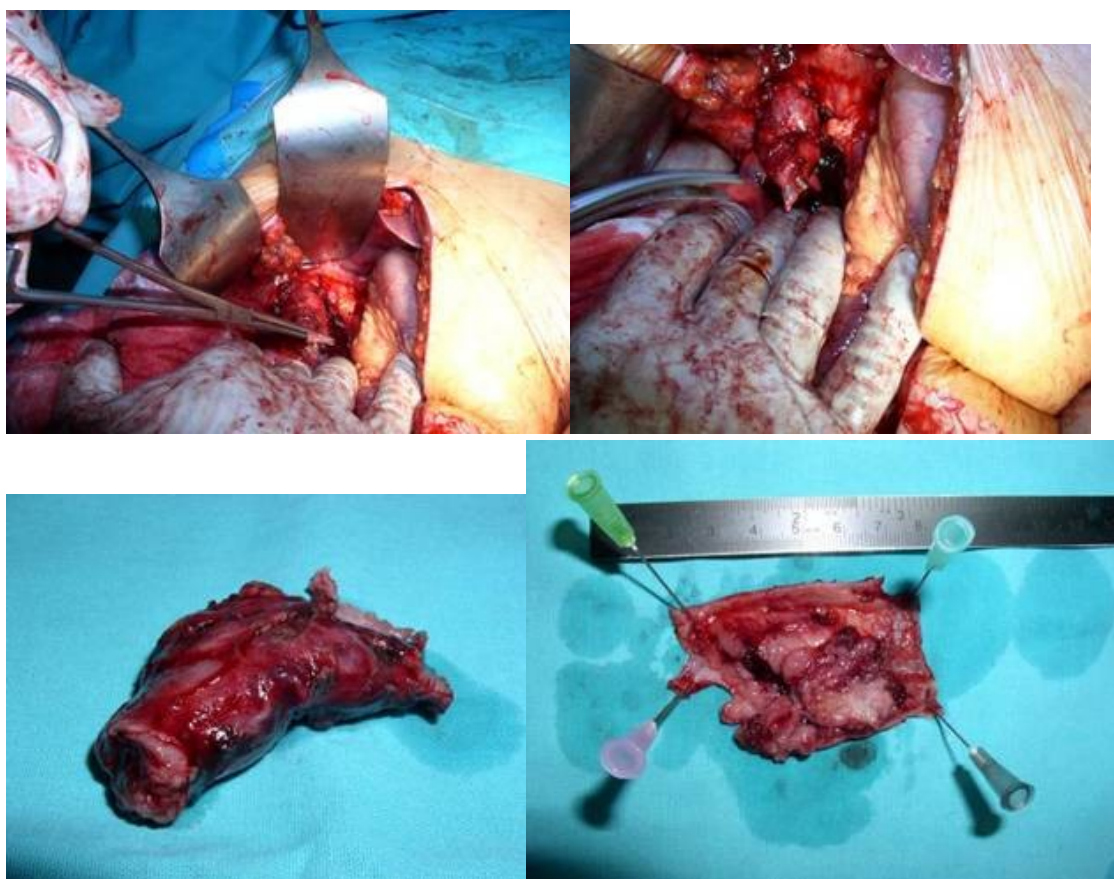
Kobieta lat 65, u której stwierdzono w badaniach USG i TK jamy brzusznej (Ryc. 1, 2) guz

umiejscowiony w części proksymalnej dróg żółciowych; typ I wg klasyfikacji Bismutha. Wśród objawów chorobowych nie stwierdzono żółtaczki mechanicznej.



Ryc. 1, 2

Leczenie operacyjne: wykonano wycięcie pęcherzyka żółciowego, przewodu żółciowego wspólnego i wątrobowego wspólnego z guzem oraz regionalną limfadenektomię. Drenaż żółci do przewodu pokarmowego odtworzono poprzez zespolenia rozwidlenia przewodu wątrobowego z wydzieloną pętlą jelita czczego sposobem Roux-en-Y (Ryc. 3,4,5,6).

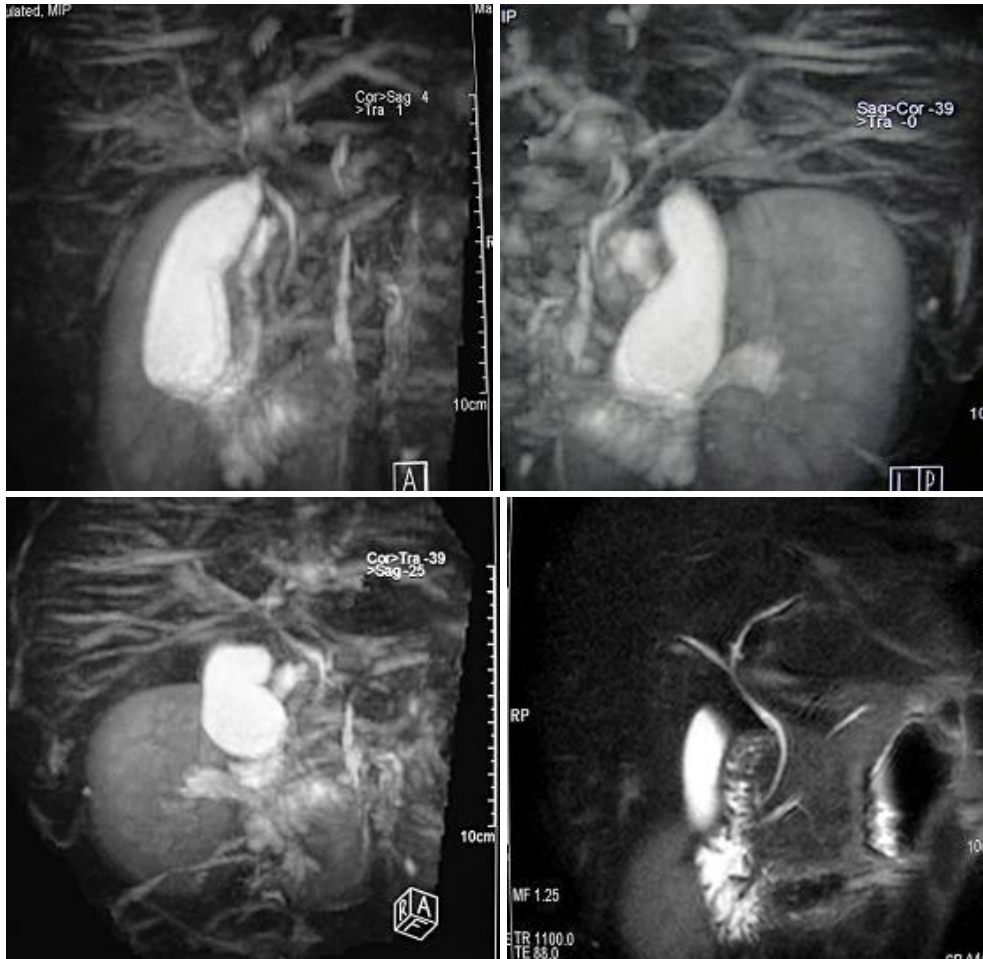


Ryc. 3, 4, 5, 6

Wynik rozpoznania histopatologicznego: Adenocarcinoma tubulare et papillare ducti choledochi, st. złośliwości G2. Marginesy resekcji wolne od utkania raka. Węzły chłonne zmienione odczynowo – II stopień zaawansowania wg klasyfikacji TNM lub IB wg klasyfikacji TNM/AJCC. Przebieg pooperacyjny niepowikłany. Pacjentka wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym w 7 dobie pooperacyjnej. Chora pozostaje w obserwacji ambulatoryjnej 15 miesięcy bez objawów choroby.

Przypadek 2.

Mężczyzna, lat 40, u którego stwierdzono zwężenie części dystalnej przewodu żółciowego wspólnego, ok. 2 cm od brodawki Vatera, na podstawie badania MRCP (Ryc. 7,8,9,10), podejrzewając jego nowotworowy charakter. Głównym objawem była przemijająca hiperbilirubinemia, która nie manifestowała się klinicznie jawną żółtaczką mechaniczną. Poziom bilirubiny w surowicy krwi, w okresie poprzedzającym leczenie, nigdy nie przekroczył 3 mg%. Chory skarżył się na stany podgorączkowe, pocenie się, dreszcze, złe samopoczucie i osłabienie.

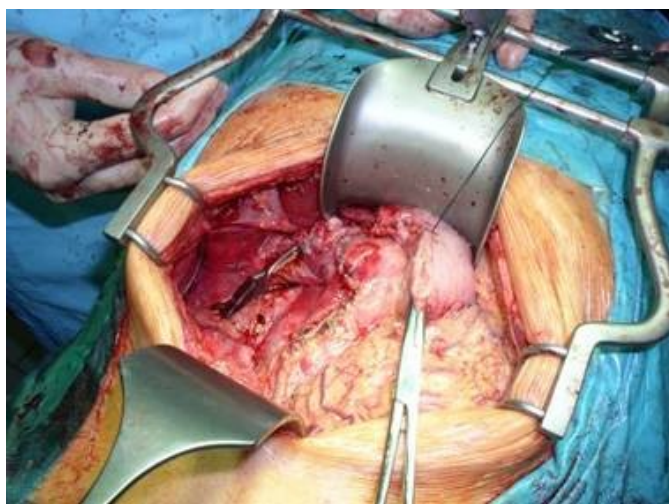


Ryc. 7, 8, 9, 10

Leczenie operacyjne: wykonano cholecystektomię, pankreatoduodenektomię sposobem Traverso-Longmire'a (z zaoszczędzeniem odźwiernika, Ryc. 11,12) oraz standardową limfadenektomię.



Ryc. 11 Stan przed pankreatoduodenektomią: na drenach gumowych wyizolowane kolejno - przewód żółciowy wspólny, żołądek i trzustka



Ryc. 12 Stan po pankreatoduodenectomii: kleszczykami naczyniowymi zamknięty kikut przewodu wątrobowego wspólnego, kikut trzustki tuż nad żyłą wrotną oraz kikut dwunastnicy z zachowanym odźwiernikiem (zamknięty klemą).

Rozpoznanie histopatologiczne: Adenoma tubulovillosum partis dystalis ducti choledochi. Węzły chłonne zmienione odczynowo. Przebieg pooperacyjny niepowikłany. Pacjent wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym, w 10 dobie pooperacyjnej. Chorys pozostaje w obserwacji ambulatoryjnej 10 miesięcy bez objawów choroby.

Wnioski

Wczesne rozpoznanie RDŻ, z użyciem wysokospecjalistycznych badań obrazowych, w okresie, kiedy nie wystąpiły jeszcze typowe objawy RDŻ w postaci żółtaczki mechanicznej, a jedynie objawy niecharakterystyczne, pozwalają na radykalną resekcję zmiany i zwiększają szansę na długie przeżycie chorych.

Piśmiennictwo

1. Bismuth H, Castiaing D. Hepatobiliary malignancy. London: Edward Arnold, 1994;
2. De Groen PC, Gores GJ, LaRusso NF, et al. Biliary tract cancers. N Engl J Med 1999;341:1368-

- 79;
3. Ogura Y, Takahosi K, Tabata M, et al. Clinicopathological study on carcinoma the extrahepatic bile-duct with special focus on cancer invasion on the surgical margins. *Worl J Surg* 1994;18:778-84;
 4. Soto J.A. i wsp.s: magnetic resonanse cholengiography comparison with endoscopic retrograde cholenagiopancreatography. *Gastroenterology* 1996, 110:589-597;s;
 5. Yet TS, JanYY, Tseng JH i wsp.. Malignant perihilar biliary obstruction: magnetic resonance cholangiopancreatographic findings. *Am J Gastroenterol* 2000;95:432-40;
 6. Zieniewicz K, Krawczyk M.: Współczesne leczenie raków wnęki watroby. *Pol. Przegl. Chir.* 1998, 70, 331-340;
 7. Sobin LH, Wittekind C. TNM classification of malignant tumours: International Union Against Cancer, 5Th end. New York, NY: Wiley, 1997;
 8. Nimura Y, Kamiya J, Nagino M i wsp.. Aggressive surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 1998;5:52-61;
 9. Madariaga JR, Iwatsuki S, Todo S i wsp.. Liver resection for hilar and peripheral cholangiocarcinoma: a study of 62 cases. *Ann surg* 1998;227:70-79;
 10. Hochwald SN, Burke EC, Jarnaging WR i wsp.. Association of properative biliary stenting with increased postoperative infectious complications in proximal cholangiocarcinoma. *Arch Surg* 1999;134:261-266;