

Katedra i II Klinika Chirurgiczna. Wydział Lekarski.  
Akademia Medyczna w Lublinie  
Kierownik: prof. dr med. Feliks Skubiszewski

Mieczysław ZAKRYŚ

**Rak pierwotny głównego przewodu żółciowego**  
(*ductus hepaticus communis, ductus choledochus*)

**Первичный рак главного желчного протока**  
(*ductus hepaticus communis, ductus choledochus*)

**Primary Carcinoma of the Main Bile Duct**  
(*ductus hepaticus communis, ductus choledochus*)

W zestawieniu nowojorskiego szpitala Cornell Medical Center na 3600 zabiegów na drogach żółciowych wykonanych w latach 1932—1951 było tylko 9 przypadków pierwotnego raka głównego przewodu żółciowego, w tym: 3 przewodu wątrobowego wspólnego, 3 wspólnego przewodu żółciowego i 3 przewodu pęcherzykowego. Natomiast raka brodawki Vatera spotkano u 19 chorych a pęcherzyka żółciowego w 56 przypadkach (2). Kirschbaum i Kozoll (3) na 13 330 wykonanych autopsji zebrali 117 przypadków raka pozawątrobowych dróg żółciowych, w tym było: 7 przewodu pęcherzykowego, 13 przewodu wątrobowego wspólnego i 32 przewodu żółciowego wspólnego. W 55 przypadkach rak zajmował pęcherzyk żółciowy a w 10 brodawkę Vatera.

Z polskich autorów M. Stefanowski i A. Blichowski (7) w 1956 r. ogłosili 2 przypadki raka głównego przewodu żółciowego. Jeden dotyczył 58-letniej kobiety, u której nowotwór umiejscowiony był w przewodzie pęcherzykowym a w drugim przypadku u 47-letniego mężczyzny w przewodzie żółciowym wspólnym.

W II Klinice Chirurgicznej Akademii Medycznej w Lublinie w okresie 1947—1963 na ponad 1200 wykonanych operacji na pęcherzyku żółciowym i drogach żółciowych mieliśmy tylko 3 przypadki pierwotnego raka głównego przewodu żółciowego (wyłączając raki brodawki Vatera). Dotyczyły one kobiet w wieku 50, 58 i 66 lat. U dwóch chorych guz umiejscowiony był w obrębie ujścia przewodu pęcherzykowego do wątrobowego wspólnego a w trzecim przypadku w przewodzie wątrobowym wspólnym.

Najczęściej nowotwór umiejscawia się w okolicy ujścia przewodu pęcherzykowego do wątrobowego wspólnego (43,6%) oraz w części nadwunastniczej przewodu żółciowego wspólnego (33,4%), rzadziej w przewodzie pęcherzykowym (17,9%) a bardzo rzadko (5,1%) w przewodzie wątrobowym wspólnym (1, 3, 5, 7). Histologicznie jest to najczęściej gruczolako-rak, jak to miało miejsce w naszych 3 przypadkach. Rzadziej bywa rak włóknisty lub polipowaty (3, 8).

Objawy kliniczne nowotworu złośliwego głównego przewodu żółciowego są początkowo mało znamienne, co podkreśla wielu autorów (3, 7). Dlatego też rozpoznanie we wczesnym okresie jego rozwoju jest trudne a dołączające się później zakażenie dróg żółciowych odwraca podejrzenie od sprawy nowotworowej. To też chorzy na ogół zgłaszają się późno, w okresie pełnej żółtaczki, trwającej kilka tygodni, z objawami znacznego uszkodzenia mięszu wątroby. W tym okresie nierzadko nowotwór nacieka już okoliczne tkanki. Okoliczności te nie sprzyjają osiągnięciu dobrych wyników pooperacyjnych lub uniemożliwiają wykonanie doświetlonego zabiegu, jak to miało miejsce w naszych 2 przypadkach.

Przypadek I. Chora J. K., 50-letnia rolniczka (nr hist. chor. 953/47), do kliniki przybyła 22 IV 1947 r. z powodu utrzymujących się od 3 miesięcy tępych bólów w prawym podżebrzu oraz postępującego wyniszczenia. Bóle promieniowały do prawej okolicy lędźwiowej, zjawiały się niezależnie od jakości i czasu przyjmowania posiłków, pory dnia i trybu życia. Chora traciła łaknienie i na 4 tygodnie przed przybyciem do Kliniki wystąpiła nasilająca się żółtaczka. Nie gorączkowała. Stolce były odbarwione.

Chora wyniszczona, wyraźnie zaznaczona żółtaczka. Wątroba wystaje na 3 palce spod łuku żebrowego, brzeg jej gładki, tkliwy. Pęcherzyk żółciowy macalny, niebolesny, o zarysach gładkich, oddechowo ruchomy i nie zrośnięty z powłokami. Obraz morfologiczny krwi bez odchyłań od normy. OB 58/90. Bilirubina w surowicy krwi 3,50 mg%. Cholecystografia: pęcherzyk żółciowy nie wypełnił się środkiem cieniującym, jak również nie stwierdzono w nim cieni przemawiających za obecnością kamieni żółciowych. Badaniem radiologicznym przewodu pokarmowego nie stwierdzono w nim zmian chorobowych.

Biorąc pod uwagę wiek chorej, wysoki opad krwinek, bez klinicznych objawów zapalenia pęcherzyka żółciowego, ujemny wywiad co do kamicy żółciowej i szybko postępujące wyniszczenie — rozpoznano żółtaczkę mechaniczną pochodzenia nowotworowego (rak głowy trzustki).

Chorą operowano 9 V 1947 r. Pęcherzyk żółciowy był wielkości pięści, ściana jego nie zmieniona, kamieni nie zawierał, natomiast wypełniony był białą żółcią. W okolicy ujścia przewodu pęcherzykowego do wątrobowego wspólnego guz twardy, nierówny, naciekający okoliczne tkanki aż do wnętrza wątroby. Węzły chłonne okolicy głowy trzustki, tętnicy trzewnej powiększone, twarde. Guz nowotworowy był mało ruchomy. Głowa trzustki niezmieniona. W wątrobie palpacyjnie nie stwierdzono przerzutów. Badanie histopatologiczne wycinka z guza potwierdziło rozpoznanie operacyjne (*adenocarcinoma*). Z uwagi na ogólne wyniszczenie chorej i daleko posunięte zmiany nowotworowe przypadek uznano za nieoperacyjny. Chora wypisała się po 14 dniach do domu bez poprawy.

Przypadek II. K. H., 58-letnia pracownica umysłowa (nr hist. chor. 1916/60). Do Kliniki przybyła 28 X 1960 r. z powodu żółtaczki trwającej około 4 tygodnie oraz opasujących bólów w nadbrzuszu. Po ciężko strawnych pokarmach bóle przybierały charakter napadowy. Chora podała, że w 1958 r. operowana była z powodu kamicy pęcherzyka żółciowego, który wówczas usunięto. Po operacji przez okres prawie 2 lat czuła się dobrze. Chora otyła; skóra o zabarwieniu żółtym z wyraźnym odcieniem szarawym, sucha. Obmacywaniem stwierdzono, że wątroba wystawała spod łuku żebrowego na 4 palce, brzeg jej gładki, tkliwy. Przy głębokim obmacywaniu nie stwierdzono żadnych oporów przemawiających za istnieniem guza. Chora nie gorączkowała. Stolce odbarwione, mocz ciemny.

Badaniem radiologicznym w przewodzie pokarmowym zmian chorobowych nie stwierdzono. Opadanie krwinek przyspieszone (58/90), poziom bilirubiny w surowicy krwi 5,32 mg%, fosfatazy alkalicznej 9,46 jed. K.A., a cholesterolu całkowitego 478 mg%. Poziom mocznika i diastazy we krwi prawidłowy. Badanie morfologiczne krwi bez odchyłań od normy.

Na podstawie całokształtu obrazu chorobowego rozpoznano żółtaczkę mechaniczną z podejrzeniem zatkania brodawki Vatera kamieniem z uwagi na przebytą kamice wątrobową.

Chorą operowano 16 XI 1960 r. W czasie operacji stwierdzono, że pęcherzyk żółciowy był usunięty, wątroba duża o zabarwieniu brązowo-żółtym, palpacyjnie nie stwierdzono w niej oporów przemawiających za istnieniem guzów. Żołądek i dwunastnica bez zmian. Wszystkie narządy jamy brzusznej zażółcone. W okolicy ujścia przewodu pęcherzykowego do wątrobowego wspólnego stwierdzono guz twarde, mało ruchomy, wielkości kasztana naciekający otoczenie. Węzły chłonne okoliczne powiększone, twarde. W trzustce zmian nie stwierdzono. Przewód wątrobowy wspólny rozszerzony, średnicy wskazującego palca. Śródoperacyjne badanie histologiczne pobranego wycinka z guza potwierdziło rozpoznanie operacyjne raka głównego przewodu żółciowego (*adenocarcinoma cylindrocellulare*). Kamieni żółciowych w przewodzie żółciowym nie było.

Z uwagi na małą ruchomość samego guza oraz naciekanie nowotworu do okolicznych tkanek zrezygnowano z wykonania doszczętnego zabiegu i wykonano jedynie zespolenie przewodu wątrobowego wspólnego z żołądkiem. Przebieg pooperacyjny był bez powikłań. Chora po 5 tygodniach wypisała się do domu w stanie znacznej poprawy. Żółtaczka ustąpiła, a dolegliwości zmniejszyły się. Chora przeżyła 6 miesięcy.

Przytoczone przypadki są przykładem trudności w ustalaniu rozpoznania raka głównego przewodu żółciowego przed operacją. Nie można mówić o jakimś określonym zespole objawów przemawiających za rozpoznaniem choroby nowotworowej. W pierwszym przypadku co prawda dolegliwości ze strony układu żółciowego wystąpiły po raz pierwszy i nie ustępowały, a stosunkowo szybko postępujące wyniszczenie z nasilającą się żółtaczką wskazywało na proces nowotworowy w obrębie pozawątrobowych dróg żółciowych. W tego rodzaju przypadkach najczęściej rozpoznaje się raka głowy trzustki. W drugim przypadku przebyta kamica pęcherzyka żółciowego, przy dobrym ogólnym stanie chorej, sugerowała rozpoznanie kamicy przewodu żółciowego wspólnego.

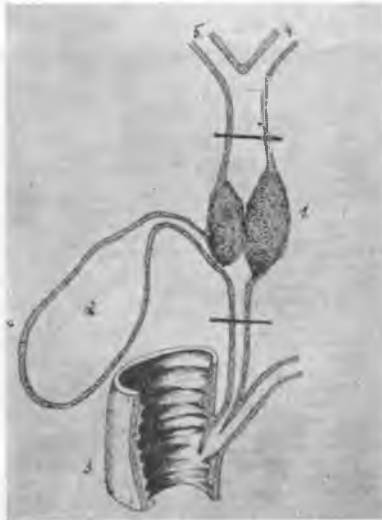
Umiejscowienie nowotworu w układzie pozawątrobowych dróg żółciowych ma wpływ na wyniki operacyjne. Są one tym gorsze im bliżej wnetki wątroby umiejscawia się nowotwór (4). W początkowym swoim okresie rak głównego przewodu żółciowego najczęściej rozwija się w postaci ograniczonej i tworzy pierścieniowate przewężenie lub wpukła się do wewnątrz przewodu, doprowadzając do zamknięcia jego światła. W tych przypadkach wcześniej występuje żółtaczka nie poprzedzona dłuższymi trwającymi dolegliwościami. Objaw ten jest ważny i rokowniczo pomyślny, jak to miało miejsce w trzecim naszym przypadku, którego opis podaję.

A. P. 66-letnia rolniczka (nr hist. chor. 3557/63) przybyła do kliniki 16 III 1963 r. z powodu utrzymującej się od trzech tygodni żółtaczki, nie poprzedzonej atakami.



Ryc. 1. Chora A. P. Wycieniowane metodą cholangiografii przezskórnej przezwątrobowej drogi żółciowe wykazują znaczne poszerzenie przewodów wewnątrz — i pozawątrobowych. W końcowym odcinku przewodu wątrobowego wspólnego całkowite przerwanie jego ciągłości. Obraz rtg. odpowiada organicznej jego niedrożności Patient A. P. (case III). By the method of percutaneous and transhepatic cholangiography extrahepatic and intrahepatic bile ducts are observed to be much distended. Terminal section of the common hepatic duct is totally broken. X-ray picture shows its organic occlusion

W okresie trwania żółtaczki występowały bóle szczególnie silne po ciężko strawnych pokarmach z wymiotami i wzdęciem brzucha. W dniu przyjęcia chorej do kliniki stwierdzono wyraźną żółtaczkę z silnie zaznaczonym świądem skóry. Chora budowy prawidłowej, odżywienia dobrego. Płuca i serce b. z. Wątroba powiększona, wystawała na 3 palce spod łuku żebrowego, brzeg jej gładki, tkliwy na obmacywanie. Pęcherzyk żółciowy macalny, wielkości dużej gruszki, o obrysach gładkich, napięty. Morfologia krwi bez odchyłań od normy. Poziom bilirubiny w surowicy krwi 4,25 mg%, próba kadmowa ujemna, tymolowa 1,63 jed. MI, poziom fosfatazy alkalicznej 4,48 jed. KA, cholesterolu całkowitego 310 mg%, poziom białek całkowitych w surowicy krwi 7,30%, albumin 5,20%, globulin 2,48%. Diastaza w surowicy krwi i w moczu w normie. Urobilinogen w moczu wybitnie dodatni, sterokobilina w kale ujemna. Poziom żółciowy we krwi w normie.



Ryc. 2. Chora A. P. Schemat umiejscowienia guza: 1 — guz zamykający światło przewodu wątrobowego wspólnego, 2 — pęcherzyk żółciowy, 3 — dwunastnica, 4 i 5 — przewód wątrobowy lewy i prawy. Linie poprzeczne wskazują odcinek wyciętego przewodu żółciowego wraz z guzem

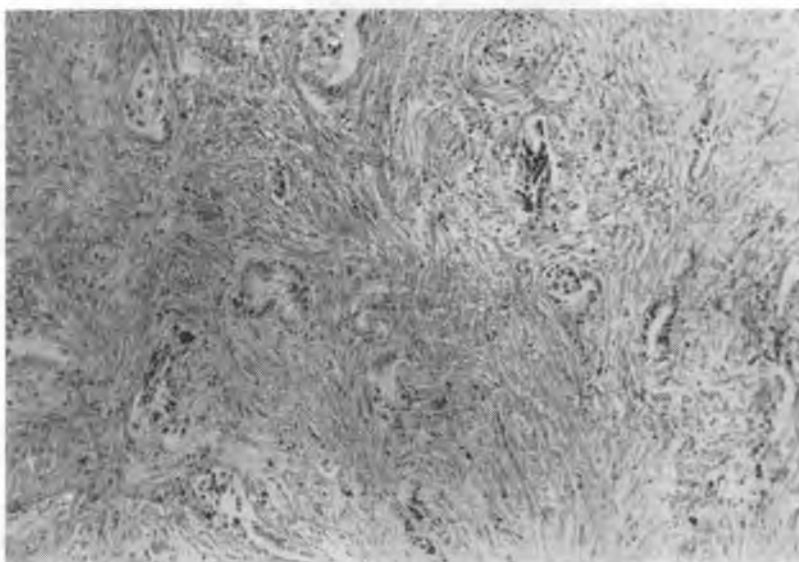
Patient A. P. (case III). Situation of the tumour: 1 — the tumour occluding the lumen of the common hepatic duct, 2 — gall-bladder, 3 — duodenum, 4 and 5 — left and right hepatic ducts, transverse lines show this part of the main bile duct which was surgically removed together with the tumour

Cholecystografia: pęcherzyk żółciowy nie wypełnił się środkiem cieniującym, jak również nie stwierdzono w nim złogów. Cholangiografii dożylnnej (biligrafina) z uwagi na wysoki poziom bilirubiny (4,25 mg%) w surowicy krwi nie wykonano, natomiast wykonana cholangiografia przezskórna przezwątrobowa ujawniła znaczne poszerzenie przewodu wątrobowego wspólnego, nieregularne całkowite zatrzymanie odpływu kontrastu w dalszym jego odcinku. Przewody wewnątrzwątrobowe poszerzone w nieco mniejszym stopniu (ryc. 1).

Na podstawie całokształtu obrazu klinicznego i badania radiologicznego rozpoznano żółtaczkę mechaniczną pochodzenia organicznego (nowotwór trzustki lub przewodu wątrobowego wspólnego). Chorą operowano 27 III 1963 r. Wątroba duża,

gładka, pęcherzyk żółciowy powiększony, nie zmieniony, kamieni nie zawierał. Nakłuciem usunięto z niego około 80 ml białej żółci. Żołądek, dwunastnica i trzustka poza znacznym zażółceniem bez zmian. W przewodzie wątrobowym wspólnym w pobliżu ujścia przewodu pęcherzykowego był guz kształtu owalnego ( $3 \times 2$  cm), nie naciekający okolicznych tkanek, ruchomy. Powyżej guza przewód wątrobowy wspólny był poszerzony.

Pęcherzyk żółciowy usunięto w całości. Wyosobniono z więzadła wątrobowo-dwunastniczego główny przewód żółciowy na całej jego długości, dokonując częściowego jego wycięcia wraz z przyległymi węzłami chłonnymi (ryc. 2). Przewód zespolono pojedynczymi szwami jedwabnymi koniec-do-końca na protezie plastikowej (z polichloroku winylu). Proteza miała na celu zabezpieczenie zespolenia oraz zapobiegnięcie zwężeniu jego przez bliznę. Przebieg pooperacyjny był bez powikłań. Chora po 6 tygodniach wypisała się w stanie dobrym do domu. Żółtaczka i dolegliwości ustąpiły.



Ryc. 3. Chora A. P. Mikrofotografia preparatu z guza. Wśród obfitego utkania włóknistego liczne ogniska raka gruczołowego (*adenocarcinoma cylindrocellulare*).

Barwienie hematoksylina i eozyną. Powiększenie około  $120 \times$   
 Patient A. P. (case III). Microphotograph of the tumour. Many foci of carcinoma (*adenocarcinoma cylindrocellulare*) are visible against the fibrous network. Staining with haematoxylin and eosin. Magn.  $120 \times$

Badanie histopatologiczne guza wykazało: *adenocarcinoma cylindrocellulare* (ryc. 3), w węzle chłonnym przerzuty nowotworowe.

Wykonana po 3 miesiącach cholangiografia dożylna wykazała swobodny odpływ żółci do dwunastnicy. W 6 miesięcy po operacji usunięto protezę drogą operacyjną. Badanie kontrolne po 10 miesiącach wykazało stan ogólny chorej dobry, brak dolegliwości. Chora przybrała na wadze 10 kg. Próby wątrobowe w normie. Chora wróciła do Kliniki w 2 lata po operacji z dolegliwościami i stanem podżółtaczkowym. Wykonano laparatomię i stwierdzono przerzuty do wątroby jak również nacieczenie nowotworowe więzadła wątrobowo-dwunastniczego.

Przedstawione 3 przypadki potwierdzają opinie autorów o trudnościach rozpoznawczych nowotworu głównego przewodu żółciowego we wczesnym okresie jego rozwoju. Wnikliwa jednak analiza przypadku i kompleksowe badanie kliniczne mogą nasunąć podejrzenie sprawy nowotworowej. Ostateczne rozpoznanie ustala operacja, a wczesne jej wykonanie jest warunkiem powodzenia leczenia.

Przyczyny niepowodzeń należy doszukiwać się przede wszystkim w późnym zgłaszaniu się chorych, często z objawami uszkodzenia mięszu wątrobowego lub z rozległymi zmianami nowotworowymi w drogach żółciowych i w okolicznych tkankach (przyp. 1 i 2). Nie można jednak pominąć zasadniczego znaczenia biologicznych właściwości komórek nowotworowych, z czym wiąże się dynamika rozwoju raka (6). Na czynnik ten nie mamy jak dotychczas żadnego wpływu.

---

#### PIŚMIENNICTWO

1. Alvarez A. F.: Journ. Intern. Coll. Surg., 36, 438, 1961.
  2. Glenn F.: Surg. Gynecolog. and Obstetr. 99, 529, 1954.
  3. Kirschbaum J. D., Kozoll D. D.: Surg. Gynecolog. and Obster. 73, 740, 1941.
  4. Köle W.: Ztbl. f. Chir. 41, 1735, 1954.
  5. Neibling H. A., Dockerty M. B., Wangh J. M.: Surg. Gynecol. and Obstetr. 89, 429, 1940.
  6. Plewiński G.: Wiad. Lek. 13, 631, 1960.
  7. Stefanowski M., Blichowski A.: Pol. Tyg. Lek., 19, 835, 1956.
  8. Stewart H. L., Lieber M. M., Morgan D. R.: Arch. Surg. 41, 662, 1940.
- Pracę otrzymano 23 III 1965.

---

#### РЕЗЮМЕ

Автор описывает 3 случая рака главного желчного протока (*d. hepaticus communis* — *d. choledochus* — за исключением Фатерова соска), леченных операционно во II Хирургической клинике Медицинского института в Люблине. Они касались женщин в возрасте 50, 58 и 66 лет. У двух больных опухоль была локализована в области протока желчного пузыря в общий печеночный, а в третьем случае в общем печеночном протоке.

Подчеркивается, что больные обыкновенно являются поздно для хирургического лечения с симптомами значительного повреждения печени вследствие затянувшейся желтухи или же с протяженными близлежащими опухолевыми изменениями, что не способствует хирургическому лечению с хорошими результатами (I и II случаи). В I случае произведена только эксплоративная лапаротомия, а во II-ом — произведен паллиативный прием (соединение общего печеночного протока с желудком).

Раннее появление желтухи является симптомом, предсказывающим благополучный хирургический исход. В этих случаях опухоль растет в направлении просвета протока и скоро его закрывает, но не инфильтрирует близлежащих тканей и не вызывает еще метастазов, как это имело место в III-ем случае, когда можно было произвести радикальное вмешательство.

Рис. 1. Больная А. П. Оттененные методом холангиографии через кожу и через печень, желчные пути проявляют значительное расширение протоков внутри и вне печени. В конечном отрезке общего печеночного протока, совершенный прорыв его продолжительности. Рентгеновская картина согласуется с органической непроходимостью общего печеночного протока.

Рис. 2. Больная А. П. Схема локализации опухоли: 1 — опухоль закрывающая просвет общего печеночного протока. 2 — желчный пузырь. 3 — двенадцатиперстная кишка. 4 и 5 — печеночные протоки левый и правый. Поперечные линии указывают отрезок иссеченного главного желчного протока вместе с опухолью.

Рис. 3. Больная А. П. Микрофотография препарата с опухоли. Среди обильного фиброзного строения многочисленные очаги железистого рака (*Adenocarcinoma cylindrocellulare*). Окрашивание гематоксилином и эозином. Увеличение около 120 X.

## SUMMARY

The author describes 3 cases of carcinoma of the main bile duct (carcinoma of the papilla of Vater excepted) treated surgically in the 2nd Clinic of Surgery at the Medical Academy, Lublin. The patients treated were women aged 50, 58 and 60. With two patients the tumour was situated at the entrance of the cystic duct into the common hepatic bile duct, and with the third patient the tumour was found to be in the common hepatic bile duct. The author stresses the fact that patients call late to the clinic usually with symptoms of a considerable impairment of the liver because of long-lasting jaundice, or with extensive metastases in the neighbouring parts, which prevent surgical treatment to be successful (cases I and II). In case I laparotomy was performed, and in case II the patient had paliative operation (anastomosis between the common bile duct and the stomach).

Early jaundice is a favourable symptom with regard to the surgical treatment because the tumour grows towards the lumen of the duct and quickly occludes it; there are no infiltrations and metastases as it was found in case III, where radical treatment was carried out.