

## I. Postępowanie z chorym w stopniu I zaawansowania raka pęcherzyka żółciowego według Nevina

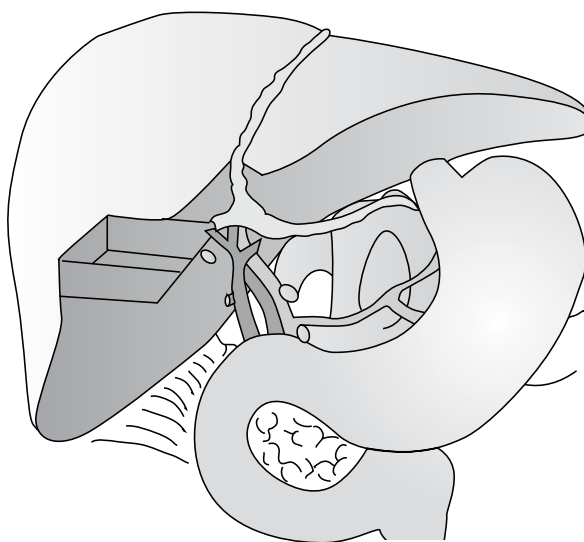
Częstość wykrywania w pooperacyjnym badaniu histopatologicznym stopnia T1a zaawansowania raka pęcherzyka żółciowego dotyczyło w jednej z prac 34% chorych, a T1b 14% [4], a więc jest to prawie 50% chorych w takiej sytuacji. Postępowanie z chorymi, u których w badaniu histopatologicznym po cholecystektomii wykrywa się raka ograniczonego do blaszki właściwej lub mięśniowej błony śluzowej pęcherzyka żółciowego (stadium I według Nevina lub/bądź T1a i T1b według klasyfikacji TNM (zgodnie z American Joint Committee on Cancer), jest zależne od dwóch czynników:

- Pierwszym jest miejsce usytuowania zmiany nowotworowej w pęcherzyku żółciowym.
- Drugim zaś to, czy podczas cholecystektomii doszło do otwarcia światła pęcherzyka żółciowego, czyli: czy żółć z nowotworowo zmienionego pęcherzyka żółciowego nie wydostała się do jamy otrzewnej [5].

Dlatego trzeba podkreślić, że zaleca się rutynowe usuwanie pęcherzyka w woreczku z tworzywa sztucznego, tak by uniknąć kontaktu z powłokami jamy brzusznej. Jeśli rak ograniczony do blaszki właściwej błony śluzowej pęcherzyka żółciowego (T1a) był umiejscowiony od strony śródtrzewnowej i nie doszło do otwarcia światła pęcherzyka żółciowego, to leczenie może polegać na wykonaniu tylko cholecystektomii. Tak więc po uzyskaniu wyniku histopatologicznego w opisanym stopniu zaawansowania choroby nie wymagają dalszego leczenia. Po wypisaniu chorego ze szpitala obowiązuje systematyczna kontrola ambulatoryjna (USG, TK, markery) [3, 5].

Przy takim samym stopniu zaawansowania nowotworowego i lokalizacji raka od strony łożyska pęcherzyka należy zmienić podejście zabiegowe, gdyż od strony mięszu wątroby mięśniówkę pęcherzyka żółciowego od tkanki wątrobowej oddziela tylko tkanka włóknista (patrz rozdział o anatomii pęcherzyka żółciowego). Zabiegiem z wyboru u tych chorych staje się powtórna operacja i wycięcie części segmentu IVb i V oraz limfadenektomia więzadła wątrobowo-dwunastniczego (ryc. 10.9).

Jeśli jednak u chorego w takim stopniu zaawansowania choroby nowotworowej (T1a) i lokalizacji śródtrzewnowej doszło do otwarcia pęcherzyka, co zdarza się w około 24–35% przypadków (w czasie preparowania lub w czasie usuwania z jamy brzusznej), to podejście operacyjne musi być inne. Wówczas nawet w stadium T1a sama cholecystektomia jest ze względów onkologicznych niewystarczająca. Należy wówczas operację poszerzyć o wycięcie części

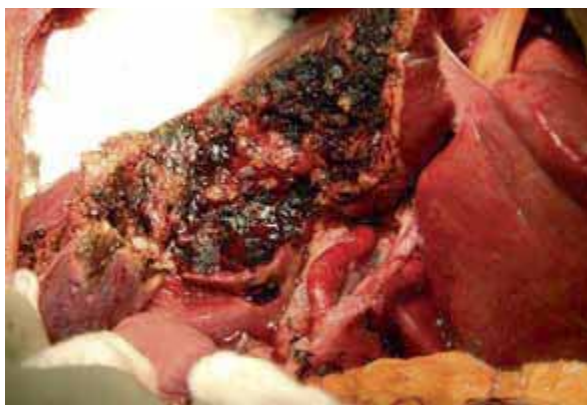


**Ryc. 10.9.** Zakres operacji wycięcia łożyska pęcherzyka żółciowego oraz częściowe wycięcie segmentu IVb/V i limfadenektomia.

segmentów IVb i V oraz limfadenektomie więzadła wątrobowo-dwunastniczego.

W piśmiennictwie można znaleźć niezupełnie jednolite stanowisko, jakie postępowanie należy przyjąć, jeżeli stopień zaawansowania raka pęcherzyka żółciowego określa się na T1b (zajęcie blaszki mięśniowej błony śluzowej). Część autorów uważa, że leczenie w tej grupie pacjentów można sprowadzić do zasad postępowania jak w stadium T1a, czyli ograniczyć operację do cholecystektomii z następową kontrolą chorego. Tymczasem ostatnie publikacje sugerują, że przy stopniu zaawansowania raka pęcherzyka żółciowego T1b konieczne są: powtórna operacja z wycięciem części segmentów IVb i V oraz regionalna limfadenektomia [6] (ryc. 10.10).

Kolejnym istotnym punktem przy podejmowaniu decyzji o dalszym leczeniu chorego, u którego w badaniu histopatologicznym stwierdzono raka pęcherzyka żółciowego, jest ustalenie obecności tkanki nowotworowej w kikucie przewodu pęcherzykowego. Jeśli zmiana nowotworowa zostaje stwierdzona w kikucie przewodu pęcherzykowego, u tej grupy chorych zaleca się także wycięcie przewodu żółciowego wspólnego. Aby jednak uniknąć niepotrzebnych resekcji dróg żółciowych, podczas reoperacji wskazane jest badanie doraźne, śródoperacyjne kikuta przewodu pęcherzykowego. Dopiero po udokumentowaniu, że w kikucie przewodu pęcherzykowego stwierdza się raka, należy zabieg rozszerzyć o wycięcie przewodu żółciowego wspólnego.



**Ryc. 10.10.** Wycięcie fragmentu segmentów IVB i V oraz limfadenektomia u chorego w stopniu T1b z rakiem pęcherzyka żółciowego, wykrytym w badaniu histopatologicznym po cholecystektomii.

## II. Postępowanie z chorym w stopniu II zaawansowania raka pęcherzyka żółciowego według Nevina

Dla rozważań, na czym powinno polegać dalsze leczenie chorych ze zmianami nowotworowymi, znalezionymi przypadkowo po cholecystektomii, warto przytoczyć publikację z 2014 r. [5], z której wynika, że w stopniu zaawansowania T1b u 35,7% podczas reoperacji stwierdzano tkankę nowotworową albo w łożysku pęcherzyka, albo w węzłach chłonnych, w stopniu zaawansowania T2 odsetek takich chorych wynosił 48,3%, a w T3 – 70%. Dlatego w stadium T1b i T2 zaawansowania nowotworu zalecony zakres podczas reoperacji powinien obejmować resekcję łożyska pęcherzyka żółciowego z wycięciem segmentów IVB i V oraz węzłów chłonnych wzdłuż więzadła wątrobowo-dwunastniczego, jak również węzłów chłonnych okołoaortalnych, przy żyłę głównej dolnej i węzłów zatrzustkowych. Wycięcie tak rozległe węzłów chłonnych nie jest przez wszystkich akceptowane, gdyż, według opinii niektórych autorów, daje więcej powikłań pooperacyjnych, a nie wydłuża czasu odległych przeżyć [7]. Dlatego większość chirurgów wykonuje limfadenektomię w zakresie więzadła wątrobowo-dwunastniczego.

## III. Postępowanie z chorym w stopniu III zaawansowania raka pęcherzyka żółciowego według Nevina

Pozornie zaskakujące może być stwierdzenie, że rozpoznanie raka w preparacie histopatologicznym w stopniu T3 dotyczyło tylko 8% chorych [4]. Wydaje się, że wytłumaczeniem może być fakt, iż chorzy w tym stopniu zaawansowania raka pęcherzyka żółciowego powinni mieć ustalone rozpoznanie przed

operacją, za pomocą metod wizualizacyjnych, a nie dopiero w preparacie pooperacyjnym.

W tym stopniu zaawansowania raka pęcherzyka żółciowego zalecaną reoperacją jest wycięcie segmentów IVB i V (zwykle już nie tylko części tych segmentów, ale wykonanie bisegmentektomii), bardzo często z koniecznością usunięcia przewodu żółciowego wspólnego.

Jeśli nowotwór obejmuje prawe struktury naczyniowe (układ wrotny i prawą tętnicę wątrobową), konieczna operacja powinna polegać na wykonaniu prawostronnej hemihepatektomii z wycięciem segmentu IV. Oczywiście tak rozległy zabieg operacyjny wykonuje się, jeżeli nie ma zmian przerzutowych pozawątrobowych i pozwala na to stan ogólny chorego.

## IV. Postępowanie z chorym w stopniu IV zaawansowania raka pęcherzyka żółciowego według Nevina

W stadium IV (ten stopień zaawansowania dotyczył 2% chorych) [4] podejmowanie rozległych resekcji wątroby będzie uzasadnione w bardzo szczególnych przypadkach, tzn. bez przerzutów odległych, jak również wówczas, jeśli nie stwierdza się zmian przerzutowych w węzłach chłonnych zatrzustkowych, okołoaortalnych, okołokawalnych czy też wokół pnia trzewnego.

### 10.4.1

## Wycięcie dróg żółciowych w przypadkowo wykrytym raku pęcherzyka żółciowego

Przedstawiając zakres postępowania operacyjnego u chorych, u których przypadkowo w preparacie histopatologicznym po cholecystektomii wykryto raka pęcherzyka żółciowego, należy dodatkowo odnieść się do dwóch problemów.

Pierwszy dotyczy wycięcia przewodu żółciowego wspólnego (to zagadnienie już w części było przeze mnie przedstawione), a drugi zakresu wykonywanej limfadenektomii.

Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego jest uzasadnione w sytuacji, gdy proces nowotworowy udokumentowano także w przewodzie pęcherzykowym (ryc. 10.11 i 10.12). Wycięcie to powinno obejmować również zadwunastniczą część przewodu, a więc konieczne jest wykonanie manewru Kochera. Ułatwia ono także ocenę węzłów chłonnych zatrzustkowych, okołokawalnych i okołoaortalnych. Udokumentowane w badaniu doraźnym zmiany przerzuto-