М.В.Литвиненко [1]
Л.Г.Роша [1]
С.Г.Четвериков [1]
В.Ю.Вододюк [2]
С.О.Шерстюк [3]
О.В.Кацап [4]

[1] Одеський національний медичний університет
[2] Центр реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка)
[3] Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна
[4] Міська клінічна лікарня №1, м. Одеса

Ключові слова: злоякісна пухлина, жовчний міхур, плоскоклітинний рак.

Надійшла: 09.03.2011
Прийнята: 15.04.2011

DOI: https://doi.org/10.26641/1997-9665.2011.1.24-26
УДК 616.366 – 006.6 – 039.42

РІДКІСНІ ГІСТОЛОГІЧНІ ФОРМИ РАКУ ЖОВЧНОГО МІХУРА

Резюме. У практиці хірургів зустрічаються рідкісні форми раку жовчного міхура, які клінічно мають нетиповий перебіг. Ціллю нашого дослідження було дослідити особливості клінічних проявів рідкісних форм раку жовчного міхура. За даними літератури, плоскоклітинний рак спостерігається у жовчному міхурі в 7% випадків.
Морфологія. – 2011. – Т. V, № 1. – С. 24-26.
© М.В.Литвиненко, Л.Г.Роша, С.Г.Четвериков, В.Ю.Вододюк, С.О.Шерстюк, О.В.Кацап, 2011

Lytvynenko M.V., Rosha L.G., Chetverykov S.G., Vododuk V.U., Sherstiuk S.A., Katsap A.V. The rare histological forms of gallbladder cancer.
Summary. In the practice of surgeons meet the rare forms of gallbladder cancer, with atypical clinical course. The aim of our investigation was revealed peculiarity of clinical display the rarely forms of gallbladder cancer. According to literature squamous cell carcinoma found in the gallbladder in 7% case.
Key words: malignant tumor, gallbladder, squamous cell carcinoma.

Вступ

Рак жовчного міхура є досить рідкісною пухлиною, яка зустрічається у жінок в 2 рази частіше, ніж у чоловіків. Новоутворення зазвичай розвивається на 7-8 десятиріччі життя і в 70-100% спостережень асоціюється з каменями жовчного міхура (Пальцев М.А., Аничков Н.М., 2005). Рак жовчного міхура займає 5-6 місце в структурі всіх злоякісних пухлин органів травного тракту (Кузин М.И., 1995).

Мета дослідження – дослідити особливості клінічних проявів рідкісних форм раку жовчного міхура.

Матеріали та методи.

Були досліджені дані літератури, вивчена історія хвороби, проведене морфологічне (макроскопічне, мікроскопічне) дослідження післяопераційного матеріалу хворої на рак жовчного міхура.

Результати та їх обговорення

Клінічно пухлина виявляється болем в правому підребер'ї, жовтяницею, анорексією, втратою маси тіла, зрідка синдромом Кушинга. При обстеженні знаходять пальповане новоутворення, гепатомегалію, лабораторні ознаки холестазу, підвищення рівня карциноембріонального антигена і вуглеводного антигена СА 19-9 в сироватці крові, що властиве раку жовчних шляхів. Серед методів візуалізації кращі результати дає ультразвукове дослідження. Є також вказівки на зв'язок з аномалією холедохо-панкреатичного співустя, порушенням складу жовчі, виразковим колітом, носійством Salminella typhi та ін.

Рідко рак жовчного міхура виявляється при гістологічному дослідженні органу, видаленого з приводу холелітіазу або калькульозного холециститу. Тільки у такий спосіб можна діагностувати дисплазію епітелію жовчного міхура - або карциному in situ, які, як правило, не мають макроскопічних ознак. Ці зміни прийнято розглядати як передракові, оскільки вони виявляються в молодшому віці, ніж рак, мають схожу з ним переважну локалізацію в дні і тілі жовчного міхура, часто виявляються по периферії інвазивної пухлини, з якою в більшості випадків зберігають гістологічну схожість. Крім того, за допомогою серійних і ступінчастих гістологічних зрізів в ділянках, здавалося б, явної карцино-

ми in situ, іноді знаходять мікроінвазію в строму. Слід підкреслити, що і така карцинома, і, особливо, інвазивний рак жовчного міхура характеризуються вражаючою різноманітністю форм тканинного і клітинного диференціювання. Дисплазію диференціюють від запальних змін епітелію жовчного міхура і карциноми in situ. Карцинома in situ відрізняється від дисплазії більш виразним ступенем атипії епітелію, багаторядністю поліморфних клітин з крупними ядрами, що містять одне або декілька ядерець, частими фігурами митозів. Виділяють кишковий варіант раку на місці, представлений поєднанням призматичних, келихоподібних, ендокринних клітин і клітин Панета, перстневидно-клітинний та плоскоклітинний. Диференціальний діагноз проводять з дисплазією й інвазивною карциномою жовчного міхура.

Інвазивний рак жовчного міхура на ранніх стадіях може виглядати як осередкове потовщення стінки жовчного міхура, бляшковидне або полипоподібне утворення на слизовій оболонці. Надалі або вся стінка може бути дифузно пророщена пухлинною тканиною, яка іноді проникає глибоко в печінку, або новоутворення нагадує масивний поліп або має вигляд «цвітної капусти».

Мікроскопічно в 70-80% спостережень паренхіма пухлини представлена структурами аденокарциноми. Переважає високодиференційований варіант, побудований із залозистих трубочок різної величини, що вистилають призматичним або кубічним епітелієм. При зниженні гістологічного диференціювання тубулярный компонент поступово заміщається солідними тяжами і пластами пухлинних клітин. До рідкісних форм відносяться папілярна, кишкова і світлоклітинна аденокарциноми. Невелика частина злоякісних новоутворень жовчного міхура побудована за типом слизистого, перстневидноклітинного, залозисто-плоскоклітинного, плоскоклітинного, недиференційованого і ендокринно-клітинного раку. Пухлинні клітки імунореактивні до цитокератинів, епітеліального мембранного антигену, карциноембріонального (CEA) і вуглеводного антигену CA 19-9. Розповсюдження пухлини, зокрема по ходу нервів, призводить до інфільтрації печінки, поперечної ободової і дванадцятипалої кишки. Характерні карциноматоз очеревини, метастази в регіонарні лімфатичні вузли, гематогенні метастази в печінку, легені. Інвазивну карциному жовчного міхура диференціюють від раку на місці та метастазів пухлин іншої локалізації. Інші злоякісні новоутворення жовчного міхура надзвичайно рідкісні та описані як казуїстичні спостереження. Перелік спостережень злоякісних новоутворень включає ембріональну рабдоміосаркому, фіброзну гістіоцитому, лейоміосаркому, ангіосаркому, саркому Капоші. До числа інших пухлин жовчного міхура входять спостереження карциноїду, парагангліоми, карциносаркоми, меланоми, лімфоми і пухлини жовткового мішка (Пальцев М.А., Аничков Н.М., 2005).

Іноді в результаті вторинної метаплазії епітелію жовчного міхура розвивається плоскоклітинний рак, який описаний в жовчному міхурі в 7% випадків і може поєднуватися з аденокарциномою. У позапечінкових протоках дана пухлина не описана. При мікроскопічному дослідженні виявляють крупні багатошарові пласти клітин з явищами вертикальної анізоморфності, наявністю окремих зроговілих клітин, формуванням ракових перлин, полями клітинного поліморфізму. Багато авторів вважають, що пухлини з фокусами плоскоклітинного раку є низькодиференційними і володіють високим ступенем злоякісності (Краевский Н.А., 1993).

Клінічний випадок

Пацієнтка У., 1952 г.р., пред'являла скарги на біль в правому підребер'ї, лихоманку, проливні поти, втрату маси тіла. Різке погіршення стану протягом останньої доби. За даними УЗД і КТ органів черевної порожнини – в 5 сегменті печінки пухлиноподібний утвір розмірами 55 на 80 мм. За даними ФЕГДС, ректороманоскопії, іригоскопії – патології не виявлено.

Після обстеження пацієнтці виконана лапароскопія, в ході якої виявлено, що жовчний міхур в рихлому інфільтраті, гангренозно змінений, з вогнищами деструкції, в підпечінковому просторі – мізерна кількість гнійного ексудату. З урахуванням наявності вогнищ деструкції жовчного міхура, з технічними труднощами виконана холецистектомія, при цьому встановлено, що вся задня стінка міхура і його ложе в печінці представлені пухлинними масами з некрозом. Тож під час операції видалити жовчний міхур цілком не вдалось і довелось видаляти його частинами.

Макроскопічно видалені фрагменти жовчного міхура були представлені пухлиною, мікроскопічно паренхіма пухли була представлена плоским епітелієм з вогнищами зроговіння та формуванням типових „перлин” (гістологічне дослідження №15532-35: помірнодиференційований (G2) плоскоклітинний рак з ороговінням).

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Хворий виписаний в задовільному стані. Рекомендована консультація хіміотерапевта та радіолога в онкологічному диспансері.

Висновки:

1. Пухлини жовчного міхура мають високе розповсюдження в структурі пухлин травної системи.

2. Клінічна картина пухлинних уражень жовчного міхура нерідко маскується гострим запальним процесом і/або каменями.

3. Відповідно до нормативних документів, що діють, весь операційний матеріал підлягає обов'язковому гістологічному дослідженню. Ве-

рифікація пухлини жовчного міхура можлива тільки за даними гістологічного дослідження.

4. Рідкісні форми раку жовчного міхура все ж зустрічаються в повсякденній практиці хірургів і акцентують увагу на даній патології.

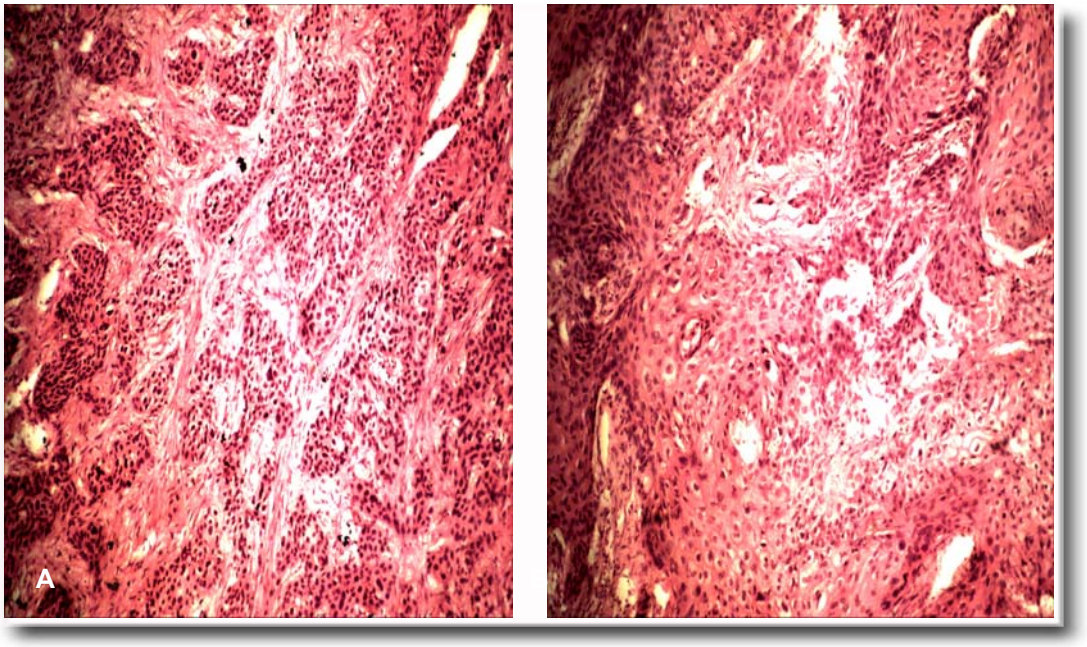

Рис. 1. Плоскоклітинний рак жовчного міхура. А – вогнища помірно диференційованої пухлини. ×100. Б – ділянки зроговіння раку. ×200. Забарвлення гематоксиліном-еозином.

Перспективи подальших досліджень полягають в систематизації клінічних проявів рідкісних форм раку жовчного міхура.

Літературні джерела:

Краевский Н. А. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека / Н. А. Краевсий, А. В. Смолянников, Д. С. Саркисов. – 4 издание. - Москва. «Медицина», Т. 2. - 1993. - С. 96 - 99.

Кузин М. И. Хирургические болезни / М.И. Кузин - Москва «Медицина», 1995. – С. 540.

Пальцев М. А. Атлас патологии опухолей человека / М. А. Пальцев, Н .М. Аничков. - Москва «Медицина», 2005. - С. 244 – 248.

Литвиненко М.В., Роша Л.Г., Четвериков С.Г., Вододюк В.Ю., Шерстюк С.О., Кацап О.В. Редкие гистологические формы рака желчного пузыря.

Резюме. В практике хирургов встречаются редкие форми рака желчного пузыря, с нетипичным клиническим течением. Целью нашего исследования было выявить особенности клинических проявлений редких форм рака желчного пузиря. По данным литературы плоскоклеточный рак встречается в желчном пузыре в 7% случав.

Ключевые слова: злокачественная опухоль, желчный пузырь, плоскоклеточный рак.