

# Η ενδιαφέρουσα περίπτωση του μήνα

## ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2011

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ  
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ



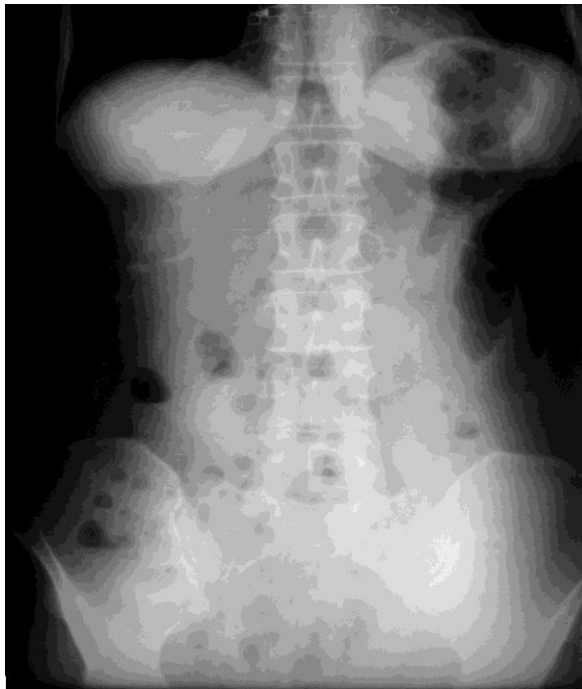
**Περίπτωση γυναίκας με  
κοιλιακό άλγος, ναυτία και  
διαρροϊκές κενώσεις από  
15ημέρου**

Παρουσιάζεται από:

Δ. Ραφαηλίδη, Α. Χαρσούλα, Θ. Καζιάνη

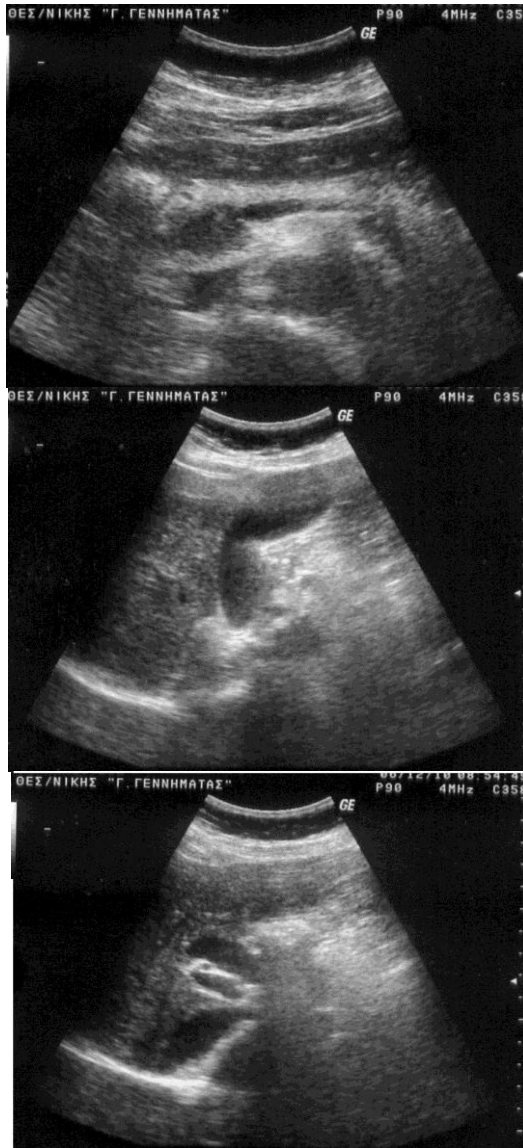
Ακτινολογικό Εργαστήριο

Γ. Ν. «Γ. Γεννηματάς» Θεσσαλονίκης



**Στην απλή ακτινογραφία κοιλίας απεικονίζεται:**

1. Φυσιολογική κατανομή του αέρα εντός των εντερικών ελίκων
2. Παρουσία μικρής ποσότητας ελεύθερου αέρα μεταξύ των εντερικών ελίκων
3. Παρουσία υγραερικών επιπέδων στην δεξιά παρομφάλιο χώρα και στο δεξιό λαγόνιο βόθρο
4. Το 2 & 3



**Στο συμβατικό υπερηχογράφημα που εκτελέστηκε άμεσα απεικονίστηκε:**

1. Παρουσία χολικής λάσπης εντός της χοληδόχου κύστης
2. Διάταση του χοληδόχου πόρου
3. Εικόνα υποηχογενούς μάζας στην κεφαλή του παγκρέατος επεκτεινόμενη προς την αγκιστροειδή απόφυση
4. Εντός της χοληδόχου κύστης δεν απεικονίστηκαν ηχογενή μορφώματα
5. Ήπια διάταση του παγκρεατικού πόρου
6. Τα 2, 3 & 5
7. Τα 1, 2, 3 & 5

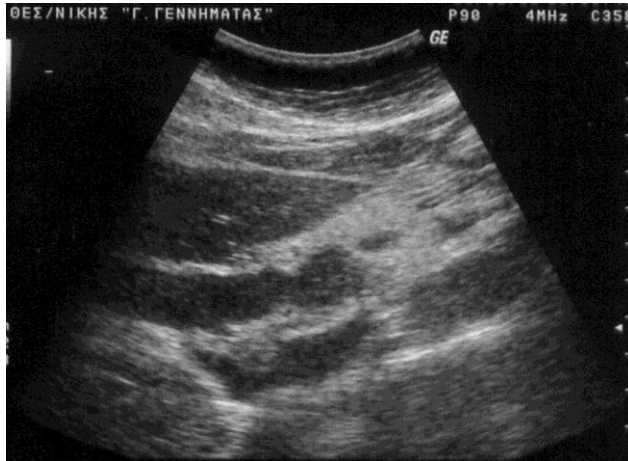


Στην αξονική τομογραφία άνω - κάτω κοιλίας και οπισθοπεριτοναϊκού χώρου (τομές μετά την έγχυση του σκιαγραφικής ουσίας) επιβεβαιώθηκε:

1. Η απουσία χολολίθων εντός της χοληδόχου κύστεως
2. Διάταση του χοληδόχου πόρου μέχρι και το ενδοπαγκρεατικό τμήμα του χοληδόχου πόρου, όπου απεικονίστηκε απότομη ελάττωση του εύρους αυτού.
3. Υπόπυκνη χωροκατακτητική εξεργασία στην κεφαλή και αγκιστροειδή απόληξη του παγκρέατος
4. Υπέρπυκνη απεικόνιση του περιεχομένου της χοληδόχου κύστεως (πιθανή χολική λάσπη)
5. Όλα τα παραπάνω

Η απεικόνιση της περιοχής του απομακρυσμένου τριτημορίου του χοληδόχου πόρου:

Με το συμβατικό υπερηχογράφημα των τόνων του γκρίζου, σε λοξή τομή παράλληλη προς τον κεντρικό άξονα του χοληδόχου πόρου και τέμνουσα λοξά την κεφαλή του παγκρέατος:



Την σε στεφανιαίο επίπεδο ανασύνθεση (MPR) της αξονικής τομογραφίας:



Και την MRCP που εκτελέστηκε στο Νοσοκομείο «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»:



**Μας οδηγούν στην διάγνωση:**

1. Αδενοκαρκίνωμα της κεφαλής του παγκρέατος επεκτεινόμενο προς την αγκιστροειδή απόφυση, που διηθεί τον χοληδόχο πόρο
2. Εντοπισμένη στην κεφαλή και την αγκιστροειδή απόφυση παγκρεατίτις
3. Νεόπλασμα του φύματος του Vater
4. **Χολαγγειοκαρκίνωμα σε απόσταση λίγων cm από το φύμα του Vater, που διηθεί την κεφαλή του παγκρέατος**
5. Καλοήθης στένωση προερχόμενη από πάχυνση του τοιχώματος του χοληδόχου πόρου
6. Σκληρυντική Χολαγγειίτις

## Εξωηπατικό θηλώδες χολαγγειοκαρκίνωμα

Το χολαγγειοκαρκίνωμα αποτελεί ένα σπάνιο νεόπλασμα. Διακρίνεται σε ενδοηπατικό και εξωηπατικό. Το εξωηπατικό υποκατηγοριοποιείται σε εγγύς, σε ποσοστό 50-75% των περιπτώσεων (όγκος klatskin), σε μέσου τριτημορίου σε ποσοστό 10-25% των περιπτώσεων και σπανιότερα σε αυτό του κατώτερου τριτημόριου του πόρου, σε ποσοστό 10-20% -όπως στην περίπτωση που παρουσιάζουμε-, στην οποία ο όγκος εντοπιζετο 2-3 εκατοστά από το φύμα του Vater.

Η ετήσια επίπτωση του εξωηπατικού χολαγγειοκαρκινώματος υπολογίζεται σε 15 νέα περιστατικά ανά 1.000.000 πληθυσμού. Εμφανίζεται κατά κανόνα μετά την έκκτη δεκαετία της ζωής, συχνότερα στους άνδρες<sup>1</sup>.

Αιτιολογικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται είναι ανωμαλίες των χοληφόρων (όπως η νόσος Caroli), φλεγμονώδεις καταστάσεις (όπως η σκληρυντική χολαγγειίτις), λοιμώξεις και διάφοροι άλλοι παράγοντες (όπως το κάπνισμα, η λήψη του ακτινολογικού σκιαγραφικού θοροτράστ, κλπ).

Το εξωηπατικό νεόπλασμα εντοπίζεται κατά μήκος του ηπατικού ή του χοληδόχου πόρου. Ο όγκος αποφράσσει τον πόρο, διαπερνά το τοίχωμα και διηθεί τους πέριξ ιστούς.

Το εξωηπατικό χολαγγειοκαρκίνωμα εκδηλώνεται με ίκτερο αρκετά συχνά. Συνοδεύεται από κνησμό, απώλεια βάρους και άτυπα κοιλιακά ενοχλήματα.

Στο εξωηπατικό χολαγγειοκαρκίνωμα παρατηρείται αύξηση της χολερυθρίνης. Ο ειδικός καρκινικός δείκτης μπορεί να είναι αυξημένος.

Η απεικόνιση των όγκων αυτών με τα διάφορα απεικονιστικά μέσα παίζει σημαντικό ρόλο στη μη επεμβατική αρχική διάγνωση και το χαρακτηρισμό, στην επιβεβαίωση της διάγνωσης, την προεγχειρητική σταδιοποίηση και τον προσδιορισμό της εγχειρισιμότητας, αλλά και στην διαχρονική παρακολούθηση ατόμων υψηλού κινδύνου για την πιθανή εμφάνιση του καρκίνου του τύπου αυτού<sup>2</sup>. Η υπερηχογραφία στα χέρια έμπειρων απεικονιστών αποτελεί την πρώτη εξέταση επί υποψίας εξωηπατικού χολαγγειοκαρκινώματος<sup>3</sup>, κατά την οποία απεικονίζεται με ακρίβεια η διάταση των χοληφόρων, προστενωτικά. Στην περίπτωση που παρουσιάζουμε η μέθοδος απεικόνισε την υποηχογενή μάζα διαμέτρων 23 X 18 mm που περιέβαλλε σαν περιχειρίδα ασύμμετρα το στενωμένο περιφερικό τμήμα του χοληδόχου πόρου, ο οποίος εμφάνισε ηχομορφολογία ουράς ποντικού. Απεικονίστηκε η διάταση του χοληδόχου πόρου με διάμετρο 15 mm αλλά και η περιπορική διήθηση προς την κεφαλή και την αγκιστροειδή απόφυση του παγκρέατος. Η διάγνωση τίθεται συνηθέστερα με την πολυτομική αξονική τομογραφία και την MRI/MRCP. Σπάνια χρησιμοποιείται το PET-CT για την επιβεβαίωση της διάγνωσης. Άσχετα με την απεικονιστική μέθοδο που χρησιμοποιείται, η απεικόνιση μακρού και ασύμμετρου στενωτικού τμήματος του εξωηπατικού χοληδόχου πόρου με ανωμαλία περιγραμμάτων υποδηλώνει κακοήθεια σε αντίθεση με μικρού μήκους στενώσεις, συμμετρικές και με ομαλά περιγράμματα που οφείλονται σε καλοήθεις καταστάσεις (τραυματικής ή μη τραυματικής αιτιολογίας)<sup>4</sup>. Προβολή της μάζας προς τη δεύτερη μοίρα του δωδεκαδακτύλου με διάταση του

χολδόχου αλλά και του παγκρεατικού πόρου αυξάνει την πιθανότητα ενός καρκινώματος του φύματος του Vater<sup>5</sup>. Οριστική διάγνωση για το εξωηπατικό χολαγγειοκαρκίνωμα μπορεί να τεθεί με τη διενέργεια ERCP.

Μοναδική πιθανότητα θεραπείας, ιδιαίτερα όταν το εξωηπατικό χολαγγειοκαρκίνωμα εντοπίζεται στο τελικό τριτημόριο του πόρου<sup>6</sup> αποτελεί η χειρουργική αφαίρεση του όγκου, που επιχειρήθηκε και στην παρουσιαζόμενη περίπτωση.

Παθολογοανατομικά το εξωηπατικό χολαγγειοκαρκίνωμα διακρίνεται σε σκληρυντικό (70%), οζώδες (20%) και θηλώδες (10%). Στην τελευταία κατηγορία κατατάχθηκε και η περίπτωση που παρουσιάζεται.

---

1 Henson DE, Albores-Saavedra J, Corle D. Carcinoma of the extrahepatic bile ducts. Histologic types, stage of disease, grade, and survival rates. *Cancer*.1992;70(6):1498-501.

2 Sainani NI, Catalano O, Holalkere N-S, Zhu A, Hahn P, Sahani D. Cholangiocarcinoma: Current and Novel Imaging techniques. *Radiographics* 2008;28:1263-1287

3 Roledo R, Muro A, Prieto ML. Extrahepatic bile duct carcinoma: US characteristics and accuracy in demonstration of tumors. *Radiology*. 1996;198(3):869-73

4 Park M-S, Kim T, Kim K, Park S, Lee J, Kim J-S, Lee J, Kim KAY, Kim P, Lee M-G, Ha H. Differentiation of extrahepatic bile duct cholangiocarcinoma from benign stricture: findings at MRCP versus ERCP. *Radiology* 2004;233:234-40

5 Lim J, Lee D, Ko Y, Yoon Y. Carcinoma of the ampulla of Vater : Sonographic and CT diagnosis. *Abdom Imaging* 1993;18:237-41.

6 Forni E, Borri AM, Volpato G, Orlandoni G. Carcinoma of the common bile duct. *Chir Ital*. 1983;35(2):180-92.