

ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN — POLONIA

VOL. XXXIII, 24

SECTIO D

1978

I Klinika Chirurgii Ogólnej. Instytut Chirurgii. Wydział Lekarski.
Akademia Medyczna w Lublinie
Dyrektor: prof. dr hab. n. med. Mieczysław Jesipowicz

Anna PANECKA, Lucjan KURYLCIO,
Franciszek FURMANIK

**Ocena stanu klinicznego i możliwości leczenia operacyjnego
chorych z nowotworami na podstawie biopsji węzłów chłonnych szyi**

Оценка клинического состояния и возможность операционного лечения больных
с новообразованием на основании биопсии лимфатических желез шеи

An Evaluation of the Clinical State and Possibility of Surgical Treatment in
Neoplastic Patients Based on a Cervical Lymph Node Biopsy

W rozszewie komórek nowotworów złośliwych wychodzących z narządów jamy brzusznej ustalono dotychczas kilka typów przerzutów: płucny, wątrobowy, żył próżnych, żyły wrotnej, przewodowy i typ mieszany (2, 13). W typie przewodowym, „cysternowym”, droga przerzutów wiedzie do płuc przez chłonny przewód piersiowy z ominięciem filtra wątrobowego. Zdarza się to wg Brunnera w 68% wszystkich raków jamy brzusznej, zwłaszcza umiejscowionych zaotrzewnowo i wychodzących z narządów miednicy małej (2). W przepływowy system przewodu piersiowego włączone są węzły chłonne zazwyczaj uznawane za mechaniczną barierę ochronną bądź filtr zatrzymujący komórki nowotworowe (13). Zatrzymując komórki nowotworowe stanowią one mogą źródło dalszych przerzutów, a jednocześnie cenny materiał rozpoznawczy, czasami jedyne (8). Badanie drobnowidowe węzłów może być jednym z elementów decydujących o wyborze sposobu leczenia oraz może nasuwać dane dotyczące rokowania. Sposób ten, chociaż znany od dawna, zaczął być doceniany dopiero od chwili doniesień Daniela (5). Autor ten określił miejsce ich pobierania i zwrócił uwagę na zmiany chorobowe węzłów niedostępnych badaniu palpacyjnemu.

W dotychczas podanych wynikach badań węzłów chłonnych szyi spo-

tyka się jednak duże rozbieżności, które skłaniają autorów do prowadzenia nadal poszukiwań w tym zakresie na własnym materiale. Celem naszej pracy była ocena badania drobnowidowego węzła szyi pobieranego wg Danielaśa od chorych z nowotworami w zestawieniu z ich stanem klinicznym, przewidywanym leczeniem oraz bezpieczeństwem tego zabiegu. Badania własne dotyczą 75 chorych leczonych w I Klinice Chirurgii Ogólnej w okresie od 1971 do 1975 r. z rozpoznaniem nowotworu złośliwego narządów jamy brzusznej. Wiek chorych — 30—78 lat. Wstępne rozpoznanie choroby nowotworowej ustalaliśmy na podstawie badań klinicznych, a u operowanych potwierdzaliśmy je za pomocą badania drobnowidowego wycinków guza pierwotnego. Węzły chłonne szyi, pobierane sposobem Danielaśa, badane były w większości przypadków równocześnie z wycinkiem guza pierwotnego pobieranym w czasie zabiegu operacyjnego, a u części chorych — w okresie poprzedzającym zabieg operacyjny. Do badania wysyłano jedynie węzły chłonne znajdujące się przy przewodzie piersiowym w pobliżu lewego kąta żylnego szyi. Były one niebadalne palpacyjnie nie przekraczały wielkości ziarna grochu polnego. Wszystkie badania drobnowidowe prowadzone były w Zakładzie Anatomii Patologicznej Akad. Med. w Lublinie, kierownik: prof. dr med. M. Rożynek.

Umieszczenie guza pierwotnego w obrębie jamy brzusznej u naszych chorych przedstawia tab. 1. Najliczniejszą grupę stanowili chorzy z rakiem żołądka i wątroby (56,0%), mniej liczna — z rakiem jelita grubego i trzustki (26,6%). U 7 chorych nie udało się umiejscowić guza pierwotnego tak przy pomocy badań klinicznych, jak i śródoperacyjnie. Przerzuty do węzłów chłonnych szyi, choć z różną częstotliwością, stwierdzaliśmy w nowotworach wszystkich badanych narządów, z wyjątkiem nowotworów zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych (tab. 1). Znalezione je u 28 chorych, co stanowiło 37,33% badanych przypadków. Wśród 7 chorych, u których nie udało się zlokalizować badalnego w jamie brzusznej guza, obecność przerzutów w węzłach stwierdzono 3 razy.

Z tab. 2 wynika, że postać gruczolową raka stwierdzono u 34 chorych (45,33%), a u 15 z nich wykryto przerzuty do węzłów chłonnych. Rak lity, reprezentowany u 17 chorych (22,66%), dał przerzuty u 6 z nich. W tab. 2 zwraca uwagę częste rozpoznanie *lymphadenitis reactiva* uzyskane z badanych węzłów chłonnych w 54,66% przypadków. Natomiast przewlekły proces zapalny i włóknienie węzłów występowało tylko w pojedynczych przypadkach.

Wyniki badań mikroskopowych węzłów szyi w odniesieniu do sposobu leczenia oraz wczesnego zejścia śmiertelnego zestawiono w tab. 3. Zwraca uwagę fakt, że samo wykazanie obecności przerzutów w węzle szyi, co miało miejsce u 28 chorych, nie uniemożliwiało zabiegu operacyjnego, bowiem z grupy tej nie operowano tylko 12 osób. Brano bowiem pod uwa-

Tab. 1. Umiejscowienie pierwotnego guza i liczba chorych z wykrytymi przerzutami w węzłach szyi

The location of primordial tumor and the number of patients with metastatic lymph nodes of the neck

Narząd	Liczba chorych	Płeć		Wiek w latach od—do (średnio)	Liczba chorych z wykrytymi przerzutami w węzłach
		M	K		
Przełyk	3	2	1	47—64 (54,6)	2
Żołądek	30	22	8	30—78 (55,3)	11
Wątroba	12	7	5	43—70 (54,7)	4
Trzustka	7	6	1	48—75 (57,3)	2
Drogi żółciowe zewnątrzwątrobowe	3	2	1	40—67 (56,6)	—
Kątnica	3	2	1	68—75 (72,6)	1
Poprzecznicą	1	1	—	44	—
Esica	4	2	2	50—70 (59,2)	2
Odbytlica	5	3	2	31—66 (47,2)	3
Jama brzuszna guz nie zlokalizowany	7	4	3	41—76 (60,3)	3
R a z e m	75	51	24	30—78	28 (37,33%)

gę stan ogólny chorego, rozmiary stwierdzonej klinicznie czy przy pomocy badań rtg i innych zmiany chorobowej oraz względną czy też bezwzględną konieczność próby złagodzenia objawów. Mamy tu na myśli przypadki wszelkich niedrożności wywołanych przez rozwój guza. Przykładem służyć może grupa 3 chorych z rakiem przełyku, z których u 2, mimo stwierdzenia przerzutów, wykonano zabieg umożliwiający chorym przyjmowanie pokarmów. Podobnie w grupie chorych z rakiem żołądka, gdzie spośród 11 przypadków z wykrytymi przerzutami wykluczono z operowania tylko 3. Natomiast duża liczba zwiadowczych laparotomii w tej grupie wyjaśnia, że niezależnie od utkania węzła i wszelkich innych badań, tylko bezpośredni kontakt i ocena zmian wpływały na ostateczną decyzję. Jednocześnie uwypukla się sprawa ryzyka operacyjnego u chorych z nowotworami. Z 3 chorych, u których wykonano tylko zabiegi ła-

Tab. 2. Wynik badania drobnowidowego
Result from microscopic examination

Guza pierwotnego	Liczba chorych	Węzła chłonnego			
		Obecność przerzutu	<i>Lympha-denitis reactiva</i>	<i>Lympha-denitis chronica</i>	<i>Fibrosis lympho-noduli</i>
<i>Adenocarcinoma cylindrocellulare muciparum</i>	27	13	13	1	
<i>Adenocarcinoma papillare muciparum</i>	7	2	4		1
<i>Carcinoma solidum (partim mucipare)</i>	9	4	4	1	
<i>Carcinoma solidum adenogenes (part. mucocell.)</i>	8	2	4	1	1
<i>Carcinoma gelatinosum</i>	4		4		
<i>Sarcoma fusocellulare versimil. leiomyosarcoma</i>	4	1	3		
<i>Pancreatitis chronica</i>	3		3		
<i>Melanoma malignum (metast. ad hepatem)</i>	1	1			
Nie badano	12	5	6	1	
Razem	75	28	41	4	2
%	100,0	37,33	54,67	5,33	2,67

godzące (zespolenia omijające guz), 2 zmarło w ciągu kilku do kilkunastu dni po operacji. Niedożywienie chorych z nowotworem górnej części przewodu pokarmowego, poza innymi skutkami choroby, ma niewątpliwie wpływ na przebieg pooperacyjny.

Nieco odmiennie kształtują się rozwiązania operacyjne u chorych z nowotworami dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Z 12 chorych u 7 wykryto przerzuty w węzle szyi, mimo to żadnego nie wyłączono z operacji, wykonano tylko 1 zwiadowczą laparotomię, a u pozostałych 11 zabiegi radykalne bądź odciażające. Przypadki te obarczone są wprawdzie znaczną śmiertelnością (3 chorych), ale mieści się ona w granicach ogólnie przyjętych w tej chorobie. W pozostałych grupach chorych w zasadzie przyjmowano podobne kryteria postępowania. I tak większość chorych z rakiem wątroby i trzustki, u których stwierdzono przerzuty, nie zakwalifikowano do zabiegu; w 3 przypadkach guzów nie zlokalizowanych, w których stwierdzono przerzuty, nie operowano 1 chorego. Można przypuszczać, iż laparotomia stanowiła w tych przypadkach ostatnią możliwość właściwego rozpoznania.

Tabela 3

Narząd	Wynik badania węzła				Leczenie operacyjne				Zgony wczesne			
	Obecność przerzutu	Lympha- den. reactiva	Lympha- den. chr. i inne	Fibrosis	Rady- kalne	Palla- tywne	Laparo- tomia	Nie za- kwalifiko- wano do operacji	Rady- kalne	Palla- tywne	Laparo- tomia	
Przełyk	2	1				3						
Żołądek	11	11	6	2	9	3	15	3		2		
Wątroba	4	2	5	1			6	6			1	
Trzustka	2	2	3			3	2	2				
Drogi żółciowe	2	2		1		2	1					
Kątnica	1	2			2	1			1			
Poprzecznicza	1						1					
Esica	2	2			2	2				1		
Odbłytnica	3	1	1		3	2			1			
Guz nie zlokalizowany	3	2	2				6	1				

Zestawiając wynik badania węzła, brzmiący: *lymphadenitis reactiva* z rozpoznaniem klinicznym i kwalifikacją do operacji, nie można wyznaczyć żadnej korelacji. Na pewno wynik ten był m. in. wskazówką do podjęcia leczenia operacyjnego. A jednak bezpośrednia ocena stanu po otwarciu jamy brzusznej odbiegała w przeważającej większości przypadków od przewidywanego tylko na podstawie badania węzłów postępowania, tj. operacji radykalnej.

OMÓWIENIE

W ostatnich latach zmieniły się poglądy co do powiązań nowotworu złośliwego z układem chłonnym. Wiadomo, że węzły chłonne biorą udział w reakcjach obronnych ustroju zarówno gromadząc przeciwciała, jak i odpowiedzialne w systemie obronnym organizmu komórki wraz z tzw. komórkami K, mającymi niszczyć komórki nowotworowe. Rola węzła jako bariery i filtru dla komórek nowotworowych jest nadal uznawana, ale tłumaczy się ją w ten sposób, iż obecność komórek *ca* w węźle świadczyć ma o niewydolności odpornościowej organizmu (1). W tym rozumieniu Crile jr (4) uważa nawet, że rozległe usuwanie układu chłonnego wraz z zajętych przez nowotwór narządami mijają się z celem. Brak przerzutów w węzłach świadczy o dużych możliwościach odpornościowych, a więc usuwanie ich stanowi wytrącenie broni organizmowi. Przerzuty w węzłach świadczą, że organizm wyczerpał swe możliwości obronne, a więc usuwanie ich nie ma znaczenia.

Diagnostyczna biopsja węzłów chłonnych powinna mieć ogromne znaczenie, a niestety nie jest dostatecznie doceniana w leczeniu chorych z nowotworami (11). W nielicznych doniesieniach z ostatnich lat zwraca się nań baczniejszą uwagę w diagnostyce chorób nowotworowych płuc i narządów jamy brzusznej (7, 12, 14, 6, 10).

Węzeł Virchowa położony w lewym dole nadobojczykowym i dostępny badaniu palpacyjnemu przy stwierdzonym klinicznie nowotworze jamy brzusznej przesądzał o losach chorego, gdyż go nie kwalifikowano do zabiegu. Doniesienia Daniela, który odkrywał odległe zmiany nowotworowe w niebadalnych jeszcze węzłach nadobojczykowych, każą również zachować ostrożność chirurgowi w planowaniu rozległości zabiegu (5). Dowodzą również tego i nasze badania, które aż w 37,33% przypadków chorych wykazały odległe przerzuty w niebadalnych klinicznie węzłach chłonnych szyi. Dane statystyczne z dostępnego nam piśmiennictwa są różne. I tak u Chrzanowskiej (3) szyjne węzły chłonne objęte są przerzutami w 60% przypadków ognisk nowotworowych, przede wszystkim o nie wyjaśnionym umiejscowieniu. Walther stwierdzał przerzuty nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego do węzłów chłonnych

szyi w 4% przypadków, zaś Sträuli — w 34% (13, 10). Na rozbieżność powyższych danych może mieć wpływ niewłaściwie pobrany materiał bądź też błędna jego ocena. Naszym zadaniem, najistotniejszym węzłem chłonnym pobieranym do badania drobnowidowego jest węzeł położony przy ujściu przewodu piersiowego w pobliżu lewego kąta żylnego szyi. Należy go poszukiwać, odsłaniając ostrożnie elementy anatomiczne w obrębie trójkąta zawartego pomiędzy żyłą szyjną wewnętrzną i podobojczykową a mięśniem łopatkowo-gnykowym. Należy podkreślić, że operator musi doskonale orientować się w topografii tej okolicy. Jest to zabieg łatwy, ale dla bardzo doświadczonych rąk.

W piśmiennictwie opisywane są niepowodzenia w pobieraniu, gdy zamiast węzła chłonnego wysyła się do badania grudkę tłuszczu. Odnotowane są również powikłania po zabiegu (7, 12, 14). Występują one pod postacią przetoki chłonnej, krwaków szyi, uszkodzenia nerwu przeponowego z porażeniem przepony. We wszystkich naszych przypadkach uzyskaliśmy właściwy materiał potwierdzony badaniem drobnowidowym i nie notowaliśmy żadnych powikłań. Dlatego też uważamy, że zachowując powyżej podane uwagi zabieg wg Danielaśa może być wykonywany nawet w warunkach ambulatoryjnych.

Wydać się, że pewną rolę w odległych przerzutach do węzłów chłonnych odgrywa postać nowotworu i jego umiejscowienie. Największy odsetek przerzutów drogą chłonną dają raki przełyku i żołądka, gdzie znajduje się gęsta sieć naczyń chłonnych (6, 8, 9, 10). Klingenberg na 46 raków żołądka stwierdził przerzuty do lewostronnych węzłów chłonnych szyi w 13 przypadkach, tj. 28,26% (6). U naszych 30 chorych z rakiem żołądka przerzuty w węzłach chłonnych szyi znaleziono w 36,66% przypadków. Przedstawione badania dotyczyły zbyt małej grupy chorych, toteż nie usiłujemy wyrażać opinii co do częstotliwości występowania przerzutów nowotworów złośliwych narządów jamy brzusznej do węzłów chłonnych szyi. Możemy natomiast ocenić opisaną metodę jako cenną w sensie rozpoznawczym. Nie stanowi ona jednak podstawy do rokowań co do przypuszczalnego leczenia operacyjnego. Przedstawione przypadki są tego dowodem. Interesujące byłoby badania szybkości i jakości rozwoju choroby u ludzi, u których rozpoznano w węzle *lymphadenitis reactiva*.

PIŚMIENICTWO

1. Brenier J.: Chirurgie 102, 45—49, 1976.
2. Brunner U.: Schweiz. Med. Wochenschr. 90, 554—561, 1960.
3. Chrzanowska A.: Nowotwory 19, 93—98, 1969.
4. Crile G.: Lymphology, 5, 89—93, 1972.
5. Daniels A. C.: Dis. Chest 16, 360—363, 1949.
6. Klingenberg J.: Acta Chir. Scand. 127, 57—66, 1964.

7. Leziak Z., Durda M., Szafranski W., Skublewski A., Kurylcio L.: *Pol. Tyg. Lek.* 26, 134—137, 1971.
8. Negus D., Edwards J. M., Kinmonth J. B.: *Brit. J. Surg.* 57, 267—271, 1970.
9. Panecka A.: *Ann. Univ. M. Curie-Skłodowska, sectio D*, 25, 189—201, 1970.
10. Sträuli P.: *Schweiz. Med. Wochenschr.* 90, 529—534, 1960.
11. Turunen M.: *Acta Chir. Scand.* 126, 53—57, 1963.
12. Tyrakowski J., Skokowski J.: *Wiad. Lek.* 29, 1245—1248, 1976.
13. Walther H. E.: *Krebsmetastasen*. Benno Schwabe and Co, Basel 1948.
14. Yee J., Lewellyn G. A., Williams P. A., May J. A., Dugan D. J.: *Amer. J. Surg.* 118, 596—601, 1969.
15. Zeidman J., Buss J. M.: *Cancer Research* 14, 403—405, 1954.

Otrzymano 5 IV 1977.

РЕЗЮМЕ

Методом Данельса у 75 больных злокачественными опухолями разных органов брюшной полости, сделано биопсию шейных лимфатических узлов. У 37,33% случаев обнаружили в лимфатических узлах метастаз опухолей. Но это не являлось основанием к дисквалификации этих больных от операционного вмешательства. У большинства больных сделано лапаротомию. Непосредственная оценка болезненного изменения органов определяла дальнейшее хирургическое воздействие. Авторы считают, что биопсия лимфатического узла шеи является диагностическим методом, но не находят корреляции между результатом исследования узла и предвиденным хирургическим вмешательством. Самая по себе биопсия является вмешательством легким, но только для очень опытного хирурга.

SUMMARY

The authors performed a biopsy of lymph nodes according to Daniels on 75 patients with cancer of different organs of the abdomen. In 37,33% of cases they stated metastatic lymph nodes. On the grounds of this statement they gathered information about diagnosis but did not obtain information about the possibility of operative treatment. This may be done only during laparotomy. The lymph node biopsy according to Daniels is easy in performance but only for a very experienced surgeon.