УДК 616.367-006.6-02:616.33-006.6]-036.1-07-089.87 Original research

РАК ФАТЕРОВА СОСКА У ХВОРОГО НА РАК ШЛУНКА: ЗВІТ ПРО ВИПАДОК

Гринчук Ф.В.[1], Гринчук Ф.Ф.[2]

[1]Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна
[2]ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня», м. Чернівці, Україна

Ключові слова: *рак Фатерова соска; рак шлунка; аденокарцинома; холангіт; механічна жовтяниця; гепатикостомія; панкреатодуоденектомія.*

Буковинський медичний вісник. 2025. Т. 29, № 3 (115). С. 59-62.

DOI: *10.24061/2413-0737.29.3.115.2025.9*

E-mail: *fedir.grynchuk@bsmu.edu.ua*

Резюме. *Рак Фатерова соска – рідкісне, але клінічно значуще захворювання. У літературі описані лише поодинокі випадки послідовного раку Фатерова соска у пацієнтів, які раніше лікувалися від раку шлунка.*
Мета дослідження *– представити випадок послідовного раку Фатерова соска у пацієнта, що переніс операцію з приводу раку шлунка.*
Матеріал і методи. *Проведено огляд літератури. Клінічні дані отримано з медичних карт пацієнта з гістологічно верифікованою аденокарциномою Фатерова соска. Інформація включала лабораторні дослідження, діагностичну візуалізацію, хірургічні висновки, методи лікування та результати.*
Результати дослідження. *Чоловік, 69 р., госпіталізований із симптомами гострого холангіту і механічної жовтяниці. П'ятьма роками раніше йому було проведено субтотальну гастректомію з приводу раку шлунка (стадія pT4N2M0). Лабораторні показники при госпіталізації включали лейкоцитоз (11,8 × 10⁹/л) і гіпербілірубінемію (загальний 369 мкмоль/л; прямий 288 мкмоль/л). Ультразвукове дослідження виявило розширення внутрішньо- та позапечінкових жовчних проток, збільшення голівки підшлункової залози і розширення Вірсунгової протоки. Ендоскопія кукси шлунка не виявила патологічних змін. Консервативне лікування було невдалим, і пацієнту проведено операцію. Інтраопераційно виявлено пухлину Фатерова соска, гнійний холангіт, механічну жовтяницю. Ознак рецидиву раку шлунка не виявлено. Проведено гепатикостомію, а через місяць – панкреатодуоденектомію. Остаточний діагноз – аденокарцинома Фатерова соска, стадія pT3N0M0. Післяопераційний перебіг пройшов без ускладнень. Згодом пацієнт отримував хіміотерапію згідно з чинними рекомендаціями. Протягом дворічного періоду спостереження серйозних скарг не було. Однак, через два роки, сонографія виявила одиничний метастаз у печінці розміром до 4 см. Пацієнт відмовився від подальшого лікування.*
Висновки. *Ми описуємо рідкісний випадок послідовного раку Фатерова соска після раку шлунка. З огляду на відсутність чітких рекомендацій щодо спостереження та раннього виявлення у таких пацієнтів, необхідний індивідуальний підхід до подальшого спостереження та лікування.*

CANCER OF THE PAPILLA VATERI IN A PATIENT WITH GASTRIC CANCER: A CASE REPORT

Grynchuk F.V., Grynchuk F.F.

Key words: *papilla Vateri cancer; gastric cancer; adenocarcinoma; cholangitis; obstructive jaundice; hepaticostomy; pancreaticoduodenectomy.*

Bukovinian Medical Herald. 2025. V. 29, № 3 (115). P. 59-62.

Resume. *Cancer of the Papilla Vateri is a rare but clinically significant condition. Only individual cases of sequential cancer of the papilla of Vater occurring in patients previously treated for gastric cancer have been reported in the literature.*
The aim of the study *to present a case of sequential cancer of the papilla Vateri in a patient who had undergone surgery for gastric cancer.*
Materials and methods. *A review of the literature was conducted. Clinical data were obtained from the medical records of a patient with histologically verified adenocarcinoma of the papilla Vateri. Information analyzed included laboratory tests, diagnostic imaging, surgical findings, treatment methods, and outcomes.*
Results. *A 69-year-old man was admitted with symptoms of acute cholangitis and obstructive jaundice. Five years earlier, he had undergone subtotal gastrectomy for gastric cancer (staged as pT4N2M0). Laboratory findings on admission*

included leukocytosis (11.8 × 10⁹/L) and hyperbilirubinemia (total 369 μmol/L; direct 288 μmol/L). Ultrasound examination revealed dilatation of the intrahepatic and extrahepatic bile ducts, enlargement of the pancreatic head, and dilatation of the Wirsung duct. Conservative management was unsuccessful, and the patient underwent surgery. Intraoperatively, a tumor of the papilla Vateri was identified, along with purulent cholangitis and obstructive jaundice. No evidence of recurrent gastric cancer was found. Hepaticostomy was performed, followed one month later by pancreatoduodenectomy. The final diagnosis was adenocarcinoma of the papilla Vateri, staged as pT3N0M0. The postoperative course was uneventful. The patient subsequently received chemotherapy according to current guidelines. During a two-year follow-up period, he remained free of major complaints. However, after two years, sonography revealed a solitary liver metastasis measuring up to 4 cm. The patient declined further treatment.

Conclusions. *We describe a rare case of sequential cancer of the papilla Vateri following gastric cancer. Given the lack of clear recommendations for surveillance and early detection in such patients, an individualized approach to follow-up and management is warranted.*

Вступ. Захворюваність на рак є глобальною світовою проблемою, оскільки ця патологія є однією з провідних причин смертності [1]. Одним із найпоширеніших є рак шлунка, який за частотою посідає п'яте-сьоме місце серед інших локалізацій, залежно від регіону [2]. Натомість рак Фатерова соска є досить рідкісною, проте, клінічно значущою патологією, яка, зокрема, є третьою провідною причиною смертей від раку в західному світі [3].

Водночас, усе частіше трапляються випадки множинних локалізацій раку, частоту яких наразі оцінюють на рівні 1,3-5,8% [4]. Такі множинні ураження поділяють на одночасні (синхронні) і послідовні (метахронні), коли вторинна пухлина виникає через певний час після лікування первинної [4,5]. Поєднання пухлинних уражень є досить різноманітним, а частоту можливих комбінацій автори оцінюють досить по-різному [5]. Зокрема, частими є повідомлення про синхронні і метахронні варіанти раку шлунка, поєднаного з раком товстої кишки, підшлункової залози, стравоходу тощо [6-8]. Синхронний рак Фатерова соска описують за ураження жовчовивідної системи, ободової кишки, легень [9-12]. Метахронний рак Фатерова соска виявляють у хворих на рак стравоходу, печінки, нирки [13-15]. Надзвичайно рідкісним є виникнення такого ураження у хворих на рак шлунка [16]. Отож, з огляду на рідкісність раку Фатерова соска загалом, а метахронного зокрема, цікавим, на нашу думку, буде представлення такого клінічного спостереження.

Мета дослідження – представити випадок послідовного раку Фатерова соска у пацієнта, що переніс операцію з приводу раку шлунка.

Матеріал і методи. Проведений аналіз літератури, представлені дані з медичної документації пацієнта (лабораторні обстеження, візуалізаційні методи діагностики, описи операцій, методи лікування, результати лікування) з верифікованим раком Фатерова соска, що перебував на лікуванні у хірургічному відділенні ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня».

Представлене дослідження проведено згідно з етичними рекомендаціями щодо медичних досліджень. Формальне етичне схвалення не було потрібне через ретроспективний характер дослідження і використання анонімних даних пацієнта. Інформована згода пацієнта на діагностичні й лікувальні процедури отримана після надання йому вичерпної інформації про ці процедури і потенційні результати, що засвідчено в медичній документації. Інформовану згоду на публікацію не було отримано, оскільки представлені дані є анонімними.

Результати дослідження та їх обговорення. Чоловік, 69 р., надійшов зі скаргами на пожовтіння шкіри і склер, знебарвлення калу, збільшення температури тіла до 38^0C. Означені скарги турбували протягом чотирьох днів.

П'ятьма роками раніше йому була виконана субтотальна резекція шлунка за Von Hacker з приводу раку. Пухлина локалізувалася в пілоричному відділі, у проєкції пухлини були три лімфовузли за ходом правої шлунково-сальникової артерії (помірно диференційована аденокарцинома з проростанням всіх шарів, метастази в лімфовузлах) pT4N2M0. Після операції хворий отримав курс хіміотерапії згідно з чинними настановами. Контрольні обстеження не виявили ознак рецидиву і метастазування.

Фізикальним обстеженням виявлено: шкіра і слизові жовтого забарвлення; живіт болючий у правому підребер'ї; в ампулі прямої кишки ахолічний кал. Лабораторні дані: лейкоцити $11{,}8\times10^9$/л, загальний білірубін 369 мкмоль/л (прямий – 288 мкмоль/л). Ультрасонографія продемонструвала розширення внутрішньо- і позапечінкових (12 мм) жовчних проток, збільшення голівки підшлункової залози, розширення Вірсунгової протоки (5 мм). Ендоскопічним обстеженням виявлена відсутність органічних змін кукси шлунка. Встановлений діагноз: стриктура позапечінкових жовчних проток, механічна жовтяниця. Хворому призначено консервативне лікування (інфузійна терапія, спазмолітики, антибіотики), яке не дало ефекту. Стан погіршився, наросли болі, температура, через що вирішено виконати хірургічне втручання. Під час операції

виявлено, що печінка однорідна, субкапсулярні жовчні протоки розширені; кукса шлунка м'яка, рухома; петлі тонкої кишки, що утворюють гастроентеро- і ентероентеро- анастомози не змінені; кукса дванадцятипалої кишки м'яка; жовчний міхур 8х6 см, стінки ущільнені; спільна печінкова протока розширена до 3 см; гепатодуоденальна зв'язка набрякла, інфільтрована; у голівці підшлункової залози в проєкції Фатерова соска пальпується щільна, рухома пухлина, діаметром до 3 см, навколо пухлини збільшені до 1-2 см, м'які, рухомі лімфовузли, один з яких взятий на дослідження; пальці змикаються позаду пухлини; хвіст і тіло залози не змінені.

Проведена пункція спільної печінкової протоки, отримана застійна жовч з гноєм. Виставлений діагноз: пухлина Фатерова соска, гнійний холангіт. З огляду на ознаки операбельності пухлини, наявність гнійного холангіту, високі показники вмісту білірубіну, операцію вирішено закінчити гепатикостомією. Через розріз стінки в просвіт спільної печінкової протоки заведена трубка, вільний кінець якої виведений назовні. Післяопераційний період без ускладнень. Патогістологічний висновок: лімфовузол, реактивний синус-гістіоцитоз. Хворий був виписаний на амбулаторне лікування з рекомендаціями проведення радикальної операції.

Через місяць хворий був госпіталізований. Фізикальне, лабораторне обстеження не виявило суттєвих змін. Візуалізаційні методи продемонстрували відсутність ознак метастазування. Під час операції виявлено, що пухлина операбельна, лімфовузли навколо пухлини не визначаються. Виконана панкреатодуоденектомія. Макропрепарат: у ділянці Фатерова соска щільна пухлина до 4 см у діаметрі, на розрізі тканина білого кольору, хрящоподібна. Патогістологічний висновок: помірно диференційована аденокарцинома Фатерова соска з проростанням усіх шарів дванадцятипалої кишки і підшлункової залози. Діагноз після операції: рак Фатерова соска pT3N0M0. Післяопераційний перебіг без ускладнень. Після виписки хворий отримав курс хіміотерапії згідно з чинними настановами.

Протягом спостереження за хворим після операції скарг на значні порушення здоров'я не було. Через два роки під час сонографічного обстеження виявлені ознаки одиничного метастазу в печінку діаметром до 4 см. Від подальшого лікування хворий відмовився.

Представлене спостереження демонструє розвиток метахронного раку Фатерова соска у хворого, раніше пролікованого з приводу раку шлунка. Вважають, що перший подібний випадок описаний у 1968 р. [17]. Eriguchi N., et al. описали 5 випадків метахронного раку, серед яких первинний рак шлунка був у одного хворого [18]. По одному випадку представили Ozeki Y., et al. [19], Akiyama N., et al. [20], Yildirim M., et al. [17]. У трьох хворих рак Фатерого соска виявлений в період 1-4 роки після лікування первинного раку, у двох – через 5 і 6 років. У деяких роботах згадують про подібні випадки, але без достатньо детальних характеристик пацієнтів.

Здебільше, метахронні пухлини виявляють під час обстежень [4], натомість рак Фатерова соска – за клінічними проявами [3,20], як і в представленому випадку. Лікування таких хворих полягає у папілектомії або панкреатодуоденектомії, залежно від поширення процесу [3,5,21]. Загальновизнано, що саме панкреатодуоденектомія є основним методом [3].

Оскільки переважна більшість хворих звертається з приводу жовтяниці, у разі збільшення вмісту загального білірубіну понад 250 мкмоль/л, а також за наявності холангіту, рекомендованим першим етапом лікування є біліарна декомпресія шляхом ендоскопічного або черезпечінкового стентування холедоха [3,21-23]. У представленому випадку ендоскопічне стентування унеможливлювалося через попередню резекцію шлунка з гастроентероанастомозом на довгій петлі, отож пройти ендоскопом у дванадцятипалу кишку не вдалося. Можливостей для проведення черезпечінкового дренування холедоха на час надходження хворого, у нашій клініці не було, тому на цьому етапі вимушено була виконана відкрита операція. Наступний радикальний етап лікування відповідав сучасним рекомендаціям [3,13,23].

Питання причин розвитку метахронних пухлин, як і раку загалом, залишається відкритим. Деякі з таких пухлин можуть бути метастатичними, що, втім, здебільше, виникає в ранній період після лікування первинної пухлини. Низка авторів зазначають наявність генетичної схильності [24]. З огляду на віддалений термін розвитку, не можна виключити, що в описаного хворого саме це й було причиною розвитку раку Фатерова соска. Попри це, зважаючи на те, що верифікований гістологічний тип обох виявлених пухлин був однаковим, не можна також виключити розвиток вторинного раку, що, зокрема, описано в літературі у ще більш віддалені терміни [15].

Висновок. Ми повідомляємо про рідкісний випадок послідовного раку Фатерова соска. Для таких пацієнтів немає чітких рекомендацій щодо спостереження і раннього виявлення, тому слід застосовувати індивідуальний підхід.

Перспективи подальших досліджень. Збір і систематизація даних для пошуку методів прогнозування і раннього діагностування метахронних злоякісних пухлин.

Конфлікт інтересів. Автори декларують відсутність конфлікту інтересів, зокрема, фінансових, особистісних чи інших, що могли би вплинути на представлене дослідження і його результати.

Фінансування. Дослідження проводилося без фінансової підтримки.

References

1. Schwartz SM. Epidemiology of Cancer. Clin Chem. 2024;70(1):140-9. DOI: 10.1093/clinchem/hvad202.
2. Lordick F, Carneiro F, Cascinu S, Fleitas T, Haustermans K, Piessen G, et al. Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2022;33(10):1005-20. DOI: 10.1016/j.annonc.2022.07.004.

3. Walter D, Schnitzbauer AA, Schulze F, Trojan J. The Diagnosis and Treatment of Ampullary Carcinoma. Dtsch Arztebl Int. 2023;120(43):729-35. DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0195.
4. Pan SY, Huang CP, Chen WC. Synchronous/Metachronous Multiple Primary Malignancies: Review of Associated Risk Factors. Diagnostics (Basel). 2022;12(8):1940. DOI: 10.3390/diagnostics12081940.
5. Tanjak P, Suktitipat B, Vorasan N, Juengwiwattanakitti P, Thiengtrong B, Songjang C, et al. Risks and cancer associations of metachronous and synchronous multiple primary cancers: a 25-year retrospective study. BMC Cancer. 2021;21(1):1045. DOI: 10.1186/s12885-021-08766-9.
6. Ebihara M, Fujisawa K, Haruta S, Uruga H, Ueno M. Laparoscopic Radical Total Gastrectomy and Pancreatosplenectomy for Synchronous Cancer of the Stomach and Pancreas. Cureus. 2024;16(3):e55927. DOI: 10.7759/cureus.55927.
7. Hirao M, Katada C, Yokoyama T, Yano T, Suzuki H, Furue Y, et al. Metachronous primary gastric cancer after endoscopic resection in patients with esophageal squamous cell carcinoma. Gastric Cancer. 2023;26(6):988-1001. DOI: 10.1007/s10120-023-01413-1.
8. Azer SA. Dual primary gastric and colorectal cancer: The known hereditary causes and underlying mechanisms. World J Gastrointest Oncol. 2024;16(6):2264-70. DOI: 10.4251/wjgo.v16.i6.2264.
9. Passoni S, Yamaguchi T, Uldry E, Melloul E, Halkic N, Cristaudi A. Triple cancer of gallbladder, common bile duct and papilla of Vater: Report of a case and review of literature. Int J Surg Case Rep. 2021;89:106469. DOI: 10.1016/j.ijscr.2021.106469.
10. Yamamoto K, Ishimori T, Okada T, Sasaki T, Mikajiri Y, Terashima T, et al. A Case of Double Cancers of the Gallbladder and Duodenal Papilla. Gan To Kagaku Ryoho. 2025;52(6):479-82.
11. Karayiannakis AJ, Kakolyris S, Kouklakis G, Xenidis N, Bolanaki H, Tsalikidis C, et al. Synchronous carcinoma of the ampulla of vater and colon cancer. Case Rep Gastroenterol. 2011;5(2):301-7. DOI: 10.1159/000329344.
12. Tamura K, Takamori S, Hayashi A, Miwa K, Fukunaga M, Maeshiro K, et al. Resection of synchronous lung and Vater's papilla cancer. Kurume Med J. 2003;50(3-4):143-6. DOI: 10.2739/kurumemedj.50.143.
13. Nagano Y, Sekido H, Matsuoi K, Ohtsuki K, Gorai K, Kunisaki C, et al. Successful pancreatoduodenectomy for carcinoma of the ampulla of Vater after esophagectomy with remnant gastrectomy. Hepatogastroenterology. 2005;52(63):933-5.
14. Komori S, Kawai M, Nitta T, Murase Y, Matsumoto K, Shinoda C, et al. A case of carcinoma of the papilla of Vater in a young man after subtotal colectomy for familial adenomatous polyposis. World J Surg Oncol. 2016;14(1):47. DOI: 10.1186/s12957-016-0806-8.
15. Tanaka H, Komori S, Suetsugu T, Iwata Y, Watanabe T, Tanaka C, et al. Concomitant pancreatic and duodenal metastases 12 years after nephrectomy for renal cell carcinoma: a case report. J Surg Case Rep. 2024;2024(5):rjae276. DOI: 10.1093/jscr/rjae276.
16. Yildirim M, Oymaci E, Ucar AD, Tan S. Post-Metachronous Cancer of the Ampulla of Vater after Gastric Cancer Surgery: An Overview. Journal of the Dow University of Health Sciences (JDUHS). 2022;16(3):145-50. https://doi.org/10.36570/jduhs.2022.3.1659
17. Yoshizumi M, Sato T, Kunii Y, Kamata T. Case of metachronous double cancer in the papilla Vateri and the stomach with an interesting clinical course. Gan No Rinsho. 1968;14(9):816-9.
18. Eriguchi N, Aoyagi S, Tamae T, Nishimura K, Hamada S, Kawabata M, et al. Carcinoma of the ampulla of Vater associated with other organ malignancies. Kurume Med J. 2001;48(4):255-9. DOI: 10.2739/kurumemedj.48.255.
19. Ozeki Y, Onitsuka A, Hayashi M, Hirose M, Shimokawa K. Metachronous double cancer of the stomach and papilla of Vater – a case report. J Jap Pract Surg Soc. 1988;49:310-5.
20. Akiyama N, Ishizaki M, Tanaka S, Fujita K. A case of familial adenomatous polyposis associated with multiple colon cancers, early gastric cancer and cancer of the major papilla. Nippon Rinsho Geka Gakkai Zasshi (J Japan Surg Assoc). 2000;61:161-7. DOI: 10.3919/JJSA.61.1613.
21. Giehl-Brown E, Weitz J, Distler M. Ampullary Carcinoma-prognostic and Therapeutical Contrast to Pancreatic Ductal Adenocarcinoma. Zentralbl Chir. 2022;147(2):160-67. DOI: 10.1055/a-1775-9024.
22. Conroy T, Pfeiffer P, Vilgrain V, Lamarca A, Seufferlein T, O'Reilly EM, et al. Pancreatic cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2023;34(11):987-1002. DOI: 10.1016/j.annonc.2023.08.009.
23. Chiorean EG, Chiaro MD, Tempero MA, Malafa MP, Benson AB, Cardin DB, et al. Ampullary Adenocarcinoma, Version 1.2023, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2023;21(7):753-82. DOI: 10.6004/jnccn.2023.0034.
24. Shevach JW, Xu J, Snyder N, Wei J, Shi Z, Tran H, et al. Established Cancer Predisposition Genes in Single and Multiple Cancer Diagnoses. JAMA Oncol. 2025:28:e252879. DOI: 10.1001/jamaoncol.2025.2879.

Відомості про авторів
Гринчук Федір Васильович – д-р мед. наук, професор, професор кафедри хірургії № 1, Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна, https://orcid.org/0009-0002-2187-3997
Гринчук Федір Федорович – лікар-хірург, хірургічне відділення, Чернівецька обласна клінічна лікарня, м. Чернівці, Україна,

Information about authors
Grynchuk Fedir Vasyliovych – MD, PhD, DSci, Professor, Department of Surgery No. 1, Bukovynian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine, https://orcid.org/0009-0002-2187-3997
Grynchuk Fedir Fedorovych – MD, Surgeon, Department of Surgery, Chernivtsi Regional Clinical Hospital, Chernivtsi, Ukraine, https://orcid.org/0000-0002-7482-442X

Дата першого надходження рукопису до видання: 26.08.2025.
Дата прийнятого до друку рукопису після рецензування: 09.09.2025.
Дата публікації: 30.09.2025.

© Гринчук Ф.В., Гринчук Ф.Ф., 2025