



А. М. Тищенко, Д. И. Скорый,
Р. М. Смачило, Т. В. Козлова,
М. Э. Писецкая, А. В. Мангов,
Е. А. Кульпина

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
им. В. Т. Зайцева НАМН
Украины», г. Харьков

Европейский радиологический
центр, г. Харьков

© Коллектив авторов

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ

Резюме. В статье подробно освещены особенности патологической анатомии и хирургической тактики при лечении больных с холангиокарциномой (ХК). Подчеркнуто, что агрессивный хирургический подход в лечении ХК, включающий выполнение расширенных резекций печени в сочетании с тотальной каудальной лобэктомией, удалением гепатикохоледоха, лимфодиссекцией и при необходимости резекцией воротных сосудистых структур обеспечивает наилучшие результаты лечения.

Ключевые слова: холангиоцеллюлярная карцинома, опухоль Клацкина, резекция печени, каудальная лобэктомия.

Введение

Холангиокарцинома (ХК) — первичная опухоль печени, развивающаяся из эпителия желчных протоков. Занимает второе место в мире среди первичных опухолей печени. В западных странах основной причиной развития ХК является первичных склерозирующий холангит.

Японская группа по изучению рака печени выделила три основных типа ХК: нодулярную (масс-формирующая), инфильтративную и внутрипротоковую (папиллярный внутрипротоковый рост с формированием внутрипротоковых опухолевых тромбов) [1]. Кроме того, в зависимости от локализации ХК, последняя подразделяется на: внутривнутрипеченочную, дистальную (локализирующуюся ниже пузырного протока) и хиллярную или воротную (локализирующуюся в области конfluence желчных протоков), которая получила название опухоли Клацкина.

Джеральд Клацкин (1910–1986) родился в Нью-Йорке в русской семье. Во время обучения в Cornell он проявлял большой интерес к изучению гистологии. В 1933 г. получил диплом врача, будучи лучшим студентом на своем курсе. В 1946 году, Д. Клацкин основал лабораторию, которая со временем стала известна как отделение по изучению гепатобиллярной системы. В 1965 году он описал уникальные особенности холангиокарциномы, поражающей бифуркацию правого и левого печеночного протоков, которая с тех пор и носит его имя.

В зависимости от региона, заболеваемость холангиоцеллюлярным раком варьирует от 1 до 7 случаев на 100 000 населения [2, 3], из которых опухоль Клацкина является наиболее частым типом и составляет около 40–60 % [4].

Гистологически опухоль Клацкина в большинстве случаев является высоко или умеренно-дифференцированной аденокарциномой с характерными для данного типа опухолей

особенностями: медленным ростом, преимущественным лимфогенным и периневральным метастазированием, относительно поздним гематогенным метастазированием, лонгитудинальным и радиальным распространением вдоль протока и в глубину его стенки соответственно. В связи с субэпителиальным ростом опухоли вдоль протока под внешне неизменной слизистой оболочкой, реальная распространенность опухолевых клеток может превышать макроскопически видимую на 5–10 мм, что значительно осложняет возможность получения «чистого» хирургического края [5].

Единственный эффективный метод лечения опухоли Клацкина — хирургический, а единственный способ достижения продолжительной выживаемости — обеспечение R0 резекции. Учитывая особенности анатомического строения ворот печени, хирургическое пособие представляет собой крайне сложную задачу, которая может быть решена лишь путем выполнения расширенной резекцией печени с тотальной каудальной лобэктомией в одном блоке с гепатикохоледохом, широкой лимфодиссекцией и зачастую резекцией воротной вены, печеночной артерии или выполнения трансплантации печени.

Ввиду сохраняющихся «по-старинке» взглядов многих врачей на бесперспективность данной категории пациентов, инертное развитие хирургической гепатологии в странах постсоветского пространства, высокую техническую сложность в диагностике, планировании и выполнении радикального оперативного вмешательства мы посчитали своим долгом представить первый опыт радикального лечения пациентов с опухолью Клацкина в отделении хирургии печени, внепеченочных желчных протоков и поджелудочной железы клиники ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМН Украины» и подробно осветить дискуссионные вопросы по данным мировой литературы.



Материалы и методы исследований

За период 2011-2014 г.г. в отделении хирургии печени, внепеченочных желчных протоков и поджелудочной железы клиники ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМН Украины» выполнено 9 радикальных оперативных вмешательств по поводу опухоли Клацкина.

Мужчин было 3 (33,3 %), женщин — 6 (66,6 %), средний возраст больных составил (62,7±2,5) года.

Диагностическая и лечебная тактика. Все пациенты были обследованы в соответствии с алгоритмом, представленном на рис. 1. Пациентам выполняли общеклинические, биохимические анализы, коагулограмму, инструментальные методы исследования. В обязательном порядке для определения планируемого объема оперативного вмешательства выполняли магнитнорезонансную томографию или спиральную компьютерную томографию с внутривенным контрастированием (рис. 2, 3), холангиографию (рис. 4, 5). Изучались характер поражения и его распространенность, признаки опухолевой инвазии в сосуды гепатодуоденальной связки, особенности артериальной, воротной и билиарной анатомии (рис. 6).

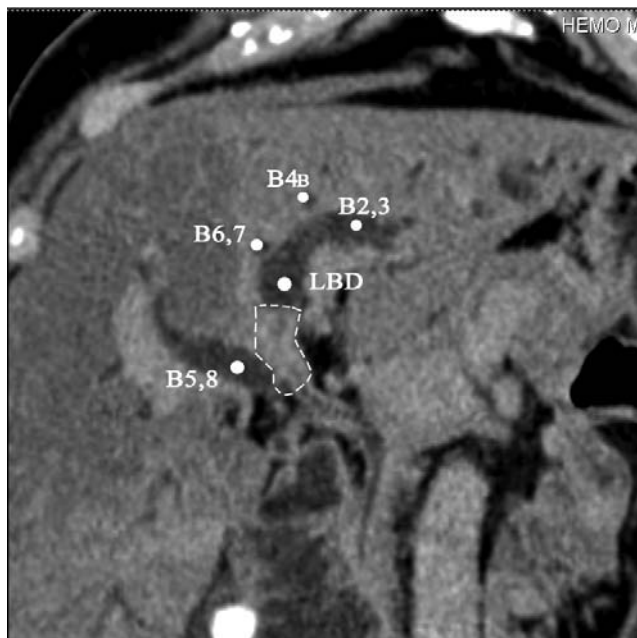


Рис. 2. СКТ пациентки с хиларной холангиокарциномой IIIВ типа по Bismuth-Corlette. B5,8 – проток правой передней секции печени, B 6,7 – правой задней, B2,3 – проток левой латеральной секции, LBD – левый долевого проток. Пунктиром обозначена опухоль

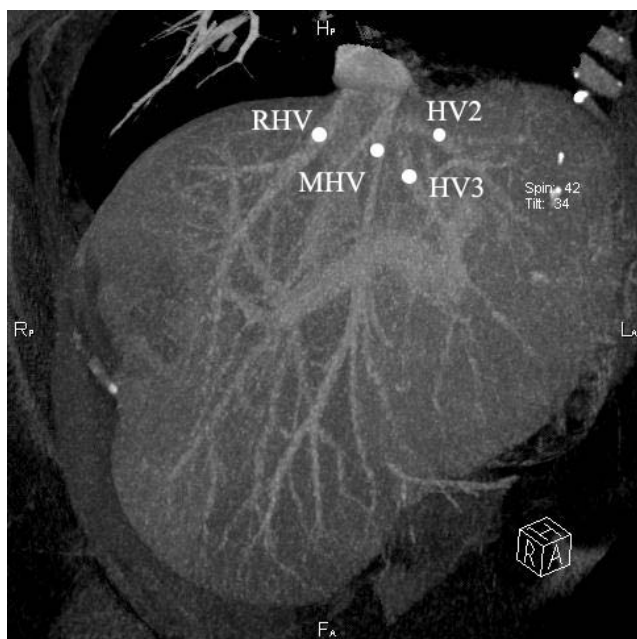


Рис. 3. Реконструкция эфферентных вен печени. RHV – правая печеночная вена, MHV – срединная печеночная вена, HV2 – вена второго сегмента печени, HV3 – вена третьего сегмента печени



Рис. 1. Алгоритм диагностики и лечебной тактики

Всем пациентам независимо от объема и характера поражения проводили методы билиарной декомпрессии — чрескожной чреспеченочной или назобилиарной. С целью профилактики печеночной недостаточности в предоперационном периоде считаем 50 мкмоль/л и менее.

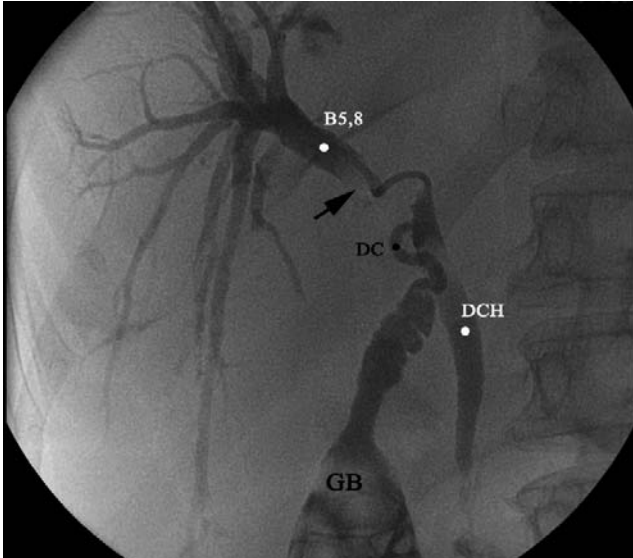


Рис. 4. Холангиограма пацієнтки з хілярної холангіокарциномой. B5,8 – проток правий передній секції печені, DC – загальний печеночний проток, GB – жовчний пухирець, DCH – жовчодіафрагма. Чорною стрілкою позначено дефект контрастирування (опухоль)

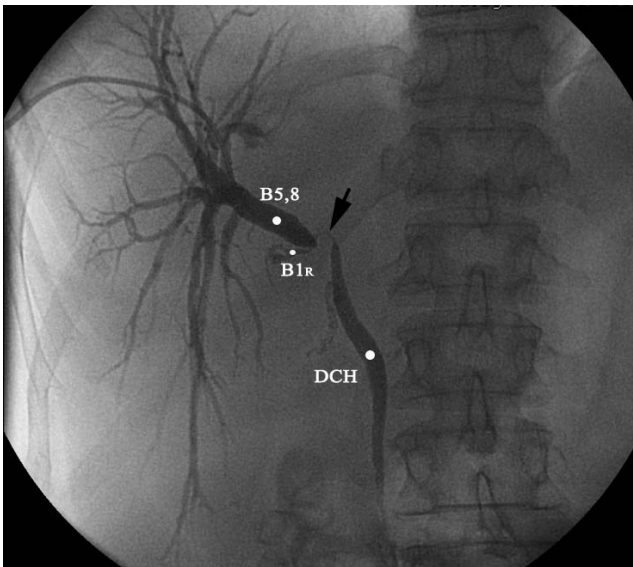


Рис. 5. Холангиограма пацієнтки з хілярної холангіокарциномой. B5,8 – проток правий передній секції печені, B1R – правий жовчний проток хвостаті частини печені, DCH – жовчодіафрагма. Чорною стрілкою позначено дефект контрастирування (опухоль)

В разі розвитку хілярної холангіокарциноми на фоні первинного склерозуючого холангіту мультидисциплінарної комісією оцінювали можливість виконання неoad'ювантної хіміотерапії з наступною трансплантацією печені.

Остальним пацієнтам за даними СКТ і МРТ виконували планування резекції. При потенційно резектабельних ураженнях (об'єм плануваної резекції не більше 60 % об'єму) виконували оперативне втручання в плановому порядку. При плануванні резекції в більшому об'ємі, наприклад, три-

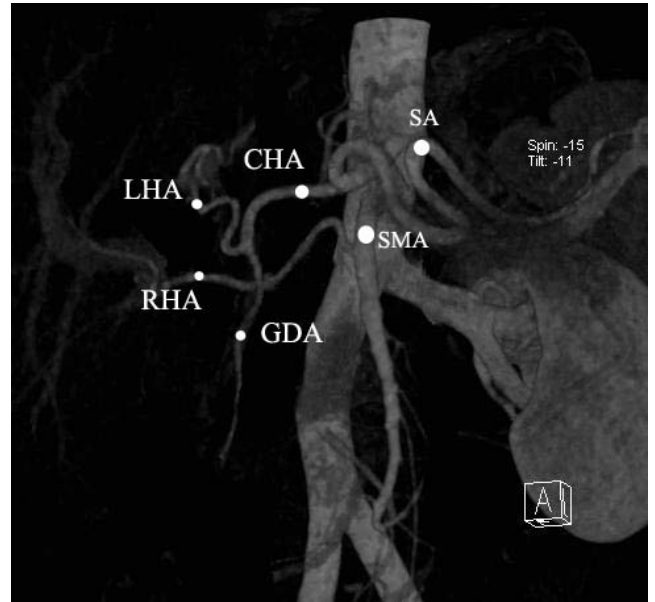


Рис. 6. Артеріальна реконструкція судин гепатопанкреатобіліарної зони. SMA – верхньобрюшечна артерія, CHA – загальна печеночна артерія, LHA – ліва печеночна артерія, RHA – права печеночна артерія, GDA – гастродуоденальна артерія, SA – селезеночна артерія

секціоэктомии, в одном случае была выполнена эмболизация воротной вены с последующей оценкой остающегося объема печеночной паренхимы по данным компьютерной волюметрии. При достижении должных показателей выполняли оперативное вмешательство, в противном случае – оценивали возможность выполнения неoad'ювантної хіміотерапії з наступною трансплантацією печені.

При метастатическом распространении опухолевого процесса проводилась паллиативная химиотерапия после билиарной декомпрессии.

Хирургическая техника. Для выполнения оперативных вмешательств использовали доступ типа «Mercedes». Желудок пересекали над верхним краем поджелудочной железы. В ходе выделения лимфоузлов 12 группы (лимфоузлы гепатодуоденальной связки) выделялись ствол и ветви печеночной артерии и воротной вены. Желчный проток остающейся части печени пересекали как минимум в 5 мм от видимого края опухоли. В обязательном порядке выполняли тотальную каудальную лобэктомию. После удаления препарата и достижения гемостаза, формировали необходимое количество билиодигестивных анастомозов с петлей тонкой кишки выключенной по Ру на транспеченочных дренажах.

Резекции печени выполняли по стандартной методике с предварительной селективной деваскуляризацией. Для диссекции печеночной паренхимы применяли следующие методы: «Clamp crush» и ультразвуковой («Sonoca



300; Soring, Германия). Вне зависимости от используемых аппаратов, в плоскости резекции разрушалась паренхима печени, при этом сосуды и протоки диаметром более 1 мм оставались неповрежденными. Это давало возможность их дополнительно обрабатывать, для чего трубчатые структуры диаметром до 1 мм коагулировали, от 1 до 3 мм – клипировали и более 3 мм – прошивали атравматической нитью, размер которой выбирали в зависимости от их диаметра.

Все резекции печени были выполнены с учетом принципов малообъемной инфузионной терапии при низких цифрах ЦВД (0–50 мм водн. ст.). Методики диссекции сочетали с афферентной васкулярной эксклюзией печени в режиме 5–10–15 [7].

Результаты исследований и их обсуждение

За период 2011–2014 г.г. в отделении хирургии печени, внепеченочных желчных протоков и поджелудочной железы клиники ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМН Украины» выполнено 14 открытых оперативных вмешательств по поводу хиллярной холангиокарциномы, из них 9 – радикальных. Резектабельность составила 64 %. Причинами эксплорации были канцероматоз, отдаленные метастазы. Согласно классификации Bismuth-Corlette IIIA тип был у 3 пациентов, IIIB – у 5 и IV – у одного.

Объем выполненных оперативных вмешательств представлен в таблице. Всем пациентам выполнены обширные резекции печени (4 и > сегментов) в обязательном сочетании с тотальной каудальной лобэктомией.

Таблица

Характер оперативных вмешательств

Объем резекции	Кол-во пациентов	%
S1,9,2,3,4	5	55,5
S1,9,5,6,7,8	3	33,3
S1,9,2,3,4,5,8	1	11,1
Всего	9	100

Средний объем интраоперационной кровопотери составил ($697 \pm 152,7$) мл, при этом трансфузия эритроцитарной массы в послеоперационном периоде проведена 5 пациентам (55,5 %).

В ближайшем послеоперационном периоде диагностированы следующие осложнения. Печеночная недостаточность (синдром малой печени) имела место у 3 больных (33,3 %). Причем в 2 случаях класса А и в одном – В, в соответствии с International Study Group of Liver Surgery. Желчеистечение по дренажу наблюдали у 3 пациентов (33,3 %), что не потребовало ни в одном из случаев дополнительных вмешательств. Реактивный правосторонний плеврит мы не рассматривали как осложнение, а расце-

нивали как неотъемлемую реакцию на мобилизацию печени, которая сопровождала течение послеоперационного периода у 7 пациентов (77,7 %). В 4 случаях потребовалась плевральная пункция. Один пациент умер в результате прогрессирующей полиорганной недостаточности. Летальность составила 11,1 %.

Показатели общей отдаленной актуальной выживаемости составили: однолетняя – 88,8 %, трехлетняя – 44,4 %.

Особенности локализации и характер роста опухоли Клацкина объясняют низкий процент резектабельности (20–50 %) и сложность радикального хирургического лечения. Тем не менее, в ведущих хирургических клиниках мира в течение последнего десятилетия отмечается существенный прогресс в ее лечении. Это обусловлено концепцией агрессивной хирургической тактики, выполнением обширных резекций печени, тотальной каудальной лобэктомии, широкой лимфаденэктомией и частую резекцией сосудов гепатодуоденальной связки и даже гепатопанкреатодуоденальной резекцией. Сложившийся стойкий снобизм в хирургической общественности стран постсоветского пространства, зачастую приоритет предпочтений основанных лишь на личном многолетнем опыте наших врачей, продиктовал необходимость осветить вопросы выбора оптимального объема хирургического лечения пациентов с хиллярной ХК.

Резекция желчных протоков с опухолью. Впервые локальная резекция печеночных протоков с опухолью и наложением билатерального гепатикоеюноанастомоза была успешно выполнена G. Brown в 1954 г. Как показали дальнейшие исследования, данная операция в чистом виде приводит к ранним рецидивам заболевания и развитию механической желтухи [8]. По данным литературы, радикальности при локальной резекции желчных протоков удается добиться лишь в 25–27 % случаев, а годовая выживаемость составляет 5–10 % [9, 10].

Тотальная каудальная лобэктомия. Современные анатомические исследования показали, что протоки хвостатой доли печени впадают непосредственно в область конfluence, в связи с чем, оказываются вовлеченными в опухолевый процесс практически в 100 % случаев. Именно этот факт и объясняет причину локальных рецидивов при изолированной резекции желчных протоков с опухолью и диктует необходимость выполнения тотальной каудальной лобэктомии как неотъемлемого этапа радикального хирургического лечения.

Уникальная анатомия хвостатой доли предполагает определенные технические особенности и подходы к ее удалению, которые яв-

ляются часто несоизмеримыми с резекциями других печеночных сегментов. Крайняя скудность публикаций в отечественной литературе по данной теме побудила нас к освещению особенностей хирургической анатомии хвостатой доли печени.

Хвостатая доля является автономной анатомической структурой, которая классифицирована С. Couinaud (1981) как I сегмент печени. М. Kumon (1985) считается первым автором, который выделил субсегментарные участки в хвостатой доле. Спигелиеву долю, которая соответствует первому сегменту по классификации Couinaud и собственно хвостатую долю, состоящую из паракавальной части и хвостатого отростка. Впоследствии С. Couinaud представил деление хвостатой доли на два субсегмента: левый (II) и правый дорсальный (I_r), причем последний соответствовал паракавальной части по М. Kumon и был назван IX сегментом печени. При этом в представленных классификациях четкие границы между субсегментарными образованиями выделены не были.

Анатомическим ориентиром, разделяющим Спигелиеву долю (SgI) и паракавальную порцию (SgIX) является Аранциев канал. Он представляет собой венозную связку (ligamentum venosum Arantii), соответствующую облитерированной зародышевой вене, которая соединяет левую воротную вену с левой печеночной веной.

Выполнение каудальной лобэктомии возможно как в изолированном виде (тотальная каудальная лобэктомия), так и в сочетании с другими сегментами печени, наиболее часто с право- или левосторонней гемигепатэктомией.

На сегодняшний день предложено четыре основных доступа к хвостатой доле. Левосторонний доступ (Left-sided approach), применяется при небольших образованиях, расположенных в Спигелиевой доле или при выполнении тотальной каудальной лобэктомии в едином блоке с левой долей печени. Правосторонний доступ (Right-sided approach), применяется при локализации образований в хвостатом отростке или при выполнении тотальной каудальной лобэктомии в сочетании с правосторонней гемигепатэктомией. Билатеральный доступ (Bilateral approach), сочетание право- и левостороннего доступов. Может применяться как при изолированной тотальной каудальной лобэктомии, так и в сочетании с мезогепатэктомией. Передний транспеченочный доступ (Anterior transhepatic approach), применяется в случаях, когда образование тесно прилежит к основным стволам печеночных вен, когда опухоль имеет боль-

шие размеры и находится в непосредственной близости с воротными структурами и нижней полой веной. Данный доступ предполагает разделение печени на левую и правую доли по линии Rex-Cantlie, что открывает доступ к верхним отделам хвостатой доли, особенно паракавальной порции и обеспечивает необходимые условия для обработки ее афферентных трубчатых структур и безопасного отхождение от порталных и кавальных ворот печени.

Первое описание резекции I сегмента печени с расширенной левосторонней гемигепатэктомией по поводу хиллярной холангиокарциномы дано L.H. Blumgart и соавт. в 1979 г. [11]. Y. Nimura сообщил в 1990 г. о 46 радикальных резекциях хвостатой доли, при этом в 44 случаях микроскопически обнаружено вовлечение в опухолевый процесс желчных протоков или паренхимы хвостатой доли [12].

Комбинированная резекция печени +S1,9 в одном блоке с желчными протоками. Впервые левостороннюю гемигепатэктомию выполнили S. Mistilis и L. Schiff в 1962 по поводу хиллярной холангиокарциномы с распространением на левые желчные протоки. Уже через 3 года Т. Kajitani и соавт. сообщили о выполнении правосторонней гемигепатэктомии с резекцией воротной вены. Реконструктивный этап операции состоял в формировании гепатико-еюноанастомоза и проксимального портокавального шунта конец в бок. Пациент прожил 3 года 11 мес с нормальной функцией печени без печеночной энцефалопатии и умер от рецидива заболевания.

В 1995 г. М. Nagino и Y. Nimura разработали и успешно применили еще один вид операции при раке ПЖП – центральной бисегментэктомии (резекции IV, V и VIII сегментов) в сочетании с тотальной каудальной лобэктомией печени [13]. Для пожилых и ослабленных больных Y. Kawarada и В. Chandra (2000) предложили щадящий вид резекции печени при раке ПЖП – резекцию IVa, V и I сегментов (резекция «Тадж махал») с хорошими ближайшими результатами на момент публикации [14].

В настоящее время тактику комбинированной резекции внепеченочных желчных протоков в сочетании с резекцией печени и тотальной каудальной лобэктомией используют большинство ведущих мировых центров хирургии и трансплантации печени [15, 16, 17]. Применение обширных резекций печени позволило расширить показания к радикальным операциям и улучшить отдаленные результаты выживаемости. По данным ведущих центров, такой подход к лечению хиллярной холангиокарциномы позволяет достичь 70 % резектабельности, а пятилетняя выживаемость составляет от 20 до 40 %



Факторами плохого прогноза резекции опухоли является низкая ее дифференцировка, метастазирование в паренхиму печени и регионарные лимфоузлы, а так же R1 резекция. Инвазия опухолью воротной вены и печеночной артерии не является противопоказанием к выполнению резекции, более того, резекция воротной вены зачастую является стандартной процедурой для достижения безопухолевых границ резекции, поскольку инвазия воротной вены не ухудшает прогноз. Инвазия же печеночной артерии ухудшает отдаленные результаты лечения, что обусловлено перинеуральным распространением опухоли.

Выводы

Агрессивный хирургический подход в лечении хиларной холангиокарциномы, включающий выполнение расширенных резекций печени в сочетании с тотальной каудальной лобэктомией, удалением гепатикохоледоха, лимфодиссекцией и при необходимости резекцией воротных сосудистых структур обеспечивает наилучшие результаты лечения. Тем не менее, эти вмешательства должны применяться лишь в условиях специализированных гепатобилиарных центров с привлечением мультидисциплинарной комиссии специалистов (хирургов-гепатологов, трансплантологов, онкологов, химиотерапевтов, радиологов).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бюлетень Національного канцер-реєстру № 14 — «Рак в Україні, 2011-2012». Режим доступу : http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_14/index.htm.
2. Роль предварительной ишемической подготовки в возникновении ишемически-реперфузионного повреждения печени в эксперименте/ Бойко В. В., Писецкая М. Э., Тищенко А. М. [и др.] // Клінічна хірургія. — 2013. — № 5. — С. 72-76.
3. Aggressive preoperative management and extended surgery for hilar cholangiocarcinoma: Nagoya experience / Y. Nimura, J. Kamiya, S. Kondo [et al.] // J. Hepatobiliary Pancreat Surg. — 2000. — Vol. 7. — P. 155-162.
4. Belina F. Hilar cholangiocarcinoma (Klatskintumor) — current treatment options / Belina F. // Rozhl. Chir. — 2013. — № 92 (1). — P. 4-15.
5. Biliary tract cancers / P. C. Groen, G. J. Gores, N. F. La Russo, L. L. Gunderson, D. M. Nagorney // N. Engl J. Med. — 1999. — № 341. — P. 1368-1378.
6. Blumgart L. H. Hepatic resection for trauma, tumour and biliary obstruction / L. H. Blumgart, J. K. Drury, C. B. Wood // Brit. J. Surg. — 1979. — Vol. 66. — P. 762-769.
7. Ewing H. Klatskin tumours: a 20 year experience / H. Ewing, A. Sali, G. A. Kune // Aust. N. Z. J. Surg. — 1989. — № 59 (1). — P. 25-30.
8. Kawarada Y., Chandra B. Lessinvasive hepatectomy for hilar bile duct carcinoma // Анналы хир. гепатол. — 2001. — Т. 6, № 1. — С. 14-18.
9. Nagino M. A cholangiocellular carcinoma radically resected by hepatic bisegmentectomy with en block resection caudate lobe extrahepatic bile duct/ M. Nagino, Y. Nimura, I. Kamiya [et al.] // Hep. Bil. Pancre. Surg. — 1995. — Vol. 2. — P. 72-76.
10. Nimura Y. Aggressive surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma / Y. Nimura, M. Nagino, I. Kamiya [et al.] // Hep. Bil. Pancre. Surg. — 1998. — Vol. 5. — P. 52-61.
11. Nimura Y. Hepatic segmentectomy with caudate lobe resection for bile duct carcinoma of the hepatic hilus / Nimura Y., Hayakawa N., Kamiya J. [et al.] // World J. Surg. — 1990. — Vol. 14. — P. 535-544.
12. Neuhaus P. Oncological superiority of hilar en bloc resection for the treatment of hilar cholangiocarcinoma / Neuhaus P. [et al.] // Ann. Surg. Oncol. — 2012. — № 19 (5). — P. 1602-1608.
13. Shaib Y. The epidemiology of cholangiocarcinoma / Shaib Y, El - Serag HB // Semin Liver Dis. — 2004. — № 24. — P. 115-125.
14. Surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma in the new era: the Asan experience / S. G. Lee, G. W. Song, S. Hwang [et al.] // J. Hepatobiliary Pancreat Sci. — 2010. — Vol. 17. — P. 476-489.
15. Surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma in the "new era": the Nagoya University experience / T. Igami, H. Nishio, T. Ebata [et al.] // J. Hepatobiliary Pancreat Sci. — 2010. — № 17. — P. 449-454.
16. Timm S. Surgical therapy of proximal extrahepatic bile duct tumors (Klatskintumors) / S. Timm, H. J. Gassel, A. Thiede // Zentralbl. Chir. — 2007. — № 132 (4). — P. 328-335.
17. Trends in survival after surgery for cholangiocarcinoma: a 30-year population — based SEER database analysis / H. Nathan, T. M. Pawlik, C. L. Wolfgang [et al.] // J. Gastrointest Surg. — 2007. — Vol. 11. — P. 1488 — 1496.



**ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО
ЛІКУВАННЯ ВОРІТНОЇ
ХОЛАНГІОКАРЦІНОМИ**

*A. M. Тищенко, Д. І. Скорий,
Р. М. Смачіло, Т. В. Козлова,
М. Е. Пісецька, А. В. Мангов,
Е. А. Кульпіна*

Резюме. У статті детально висвітлено особливості патологічної анатомії та хірургічної тактики при лікуванні хворих на холангіокарциному (ХК). Підкреслено, що агресивна хірургічна тактика в лікуванні ХК, яка включає виконання розширених резекцій печінки в поєднанні з тотальною каудальною лобектомією, видаленням гепатикохоledoха, лімфодисекцією та при необхідності резекцією ворітних судинних структур забезпечує найкращі результати лікування.

Ключові слова: холангіоцелюлярна карцинома, пухлина Клацкіна, резекція печінки, каудальна лобектомія.

**EXPERIENCE OF SURGICAL
TREATMENT OF PORTAL
CHOLANGIOCARCINOMA**

*A. M. Tishchenko,
D. I. Skoriy, R. M. Smachilo,
T. V. Kozlova, M. E. Pisetskaya,
A. V. Mangov, E. A. Kulpina*

Summary. The article present features of pathologic anatomy and surgical tactic in cholangiocarcinoma treatment. Aggressive surgical tactic in cholangiocarcinoma treatment, including extensive hepatic resections with total caudal lobectomy, common bile duct removing, lymphodissection and, if necessary, resection of main hepatic vessels in portahepatis provide the best results of treatment.

Key words: cholangiocarcinoma, Klatskin tumor, hepatic resection, caudal lobectomy.