

PALIJATIVNO ENDOSKOPSKO REŠAVANJE METASTATSKOG KOLOREKTALNOG KARCINOMA U ŽUČNIM VODOVIMA

Aleksandar Knežević¹, Dragomir Damjanov¹, Ivan Jovanović² i Violeta Knežević³

Karcinom debelog creva vrlo često stvara metastaze u jetri. Metastatske promene karcinoma debelog creva retko izazivaju opstruktivnu žuticu.

Žena stara 77 godina, primljena je pod kliničkom slikom ikterusa i recidivnog holangitisa. Četiri godine pre prijema operisana je zbog adenokarcinoma sigmoidnog kolona. Nakon godinu dana, zbog metastaza u jetri učinjena je i leva hepatektomija. Nakon dve godine, zbog pojave ekstrahepatalne bilijarne opstrukcije urađena je holedohotomija i postavljen bilijarni stent. Za pet meseci dolazi do razvoja purulentnog holangitisa, te je stent uklonjen i urađena holedohoduodenoanastomoza. Zbog ponovno nastalog ikterusa i holangitisa urađena je endoskopska retrogradna holangiopankreatografija i dijagnostikovana metastatski adenokarcinom žučnog voda. S obzirom na proširenost bolesti odlučili smo se za palijativno lečenje implantacijom endoskopske bilijarne endoproteze.

Kod pojave ikterusa ili holangitisa bolesnika sa metastatskom bolešću kolorektalnog karcinoma trebalo bi razmotriti više mogućnosti uzroka opstrukcije i primeniti moguće metode lečenja, od kojih poseban značaj ima endoskopska retrogradna holangiopankreatografija. *Acta Medica Medianae 2011;50(1):44-46.*

Ključne reči: opstruktivna žutica, karcinom debelog creva, endoskopska retrogradna holangiopankreatografija

Klinika za gastroenterologiju i hepatologiju, Klinički centar Vojvodine, Novi Sad, Srbija¹
Klinika za gastroenterologiju i hepatologiju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija²
Klinika za nefrologiju i imunologiju, Klinički centar Vojvodine, Novi Sad, Srbija³

Kontakt: Aleksandar Knežević
Klinika za gastroenterologiju i hepatologiju
Klinički centar Vojvodine, Hajduk Veljkova 1-3, Novi Sad
E-mail: aknezevic@neobee.net

Uvod

Metastaze karcinoma debelog creva ređe dovode do opstrukcije žutice i to obično kada su lokalizovane blizu hilusa jetre i kada su vrlo velike (1). Mogući uzroci nastanka opstruktivne žutice su spoljašnja kompresija na žučne vodove od strane portalnih limfoglandula (2,3), infiltracija kroz zid žučnog voda (4), intraluminalni defekti nastali zbog mase nagomilanog detritusa, sluzi koju produkuje tumor (4,5), veoma retko izolovanom metastazom u sam žučni vod (6-9) a najređe primarnim tumorom žučnog voda (1,10). Ipak, mora se razmišljati i o drugim mogućim uzrocima opstruktivne žutice, kao što su konkrementi, mulj, koagulumi, paraziti, ostaci hirurškog materijala.

Prikaz bolesnika

Žena stara 77 godina hospitalizovana je u našu ustanovu pod kliničkom slikom recidivnog

holangitisa. Radi se o bolesnici kojoj je četiri godine ranije dijagnostikovana adenokarcinom sigmoidnog kolona nakon čega je i operisana. Nakon godinu dana dijagnostikovane su metastatske promene u levom režnju jetre i učinjena leva hepatektomija. Nakon dve godine, zbog opstruktivnog ikterusa uzrokovanog metastatskim promenama hepatoduodenalnog ligamenta načinjena je i holedohotomija i tom prilikom postavljen bilijarni stent. Nakon pet meseci, zbog razvoja purulentnog hepatoholangitisa, stent je hirurški otklonjen i urađena holedohoduodenoanastomoza.

Po prijemu u našu ustanovu bolesnica je bila febrilna, subikterična, uz bolnu osetljivost pod desnim rebarnim lukom. U laboratorijskim nalazima uočava se leukocitoza, porast parametara inflamatorne aktivnosti, nivoa ukupnog bilirubina 50 nmol/l, direktnog bilirubina 37 nmol/l i alkalne fosfataze 1052. Ustanovljene su i dvostruko povišene vrednosti transaminaza. Ultrasonografskim pregledom abdomena uočeni su dilatirani intrahepatični žučni putevi i sekundarni depoziti u jetri, što je i potvrđeno kompjuterizovanom tomografijom abdomena. Endoskopskom retrogradnom holangiopankreatografijom (ERCP) uočila se papila in situ a kroz holedohoduodenoanastomozu evakuisao detritus, mikrokalkuli i gnoj.

Primenom infuzionih rastvora i parenteralnih antibiotika došlo je do poboljšanja kliničkog stanja bolesnice, te je otpuštena na dalje kućno lečenje. Nakon mesec dana, zbog

ponovnog razvoja holangitisa, a pod sumnjom na „sump sindrom“, ponovljen je ERCP i urađena sfinkterotomija, potom i toaleta hloedoha i tom prilikom se basketom evakuisao deo tkiva za patohistološku analizu. Patohistološki nalaz je dokazao metastatski kolorektalni adenokarcinom hloedohusa, te je odlučeno da se transpapilarno plasira bilijarna endoproteza (7Fr \times 9cm) uz ponovljenu toaletu i transpapilarno i kroz hloedohoduodeno-anastomozu. Dva meseca nakon ove intervencije dolazi do ponovnog razvoja holangitisa, te je ponovljen ERCP, evakuisan ranije postavljen stent i nakon učinjene toalete postavljena su dva stenta od 10Fr 12 i 10cm (Slika 1). Tokom te hospitalizacije na primenjenu infuzionu terapiju, parenteralne antibiotike, kao i ostalu simptomatsku i suportivnu terapiju, došlo je do normalizacije vrednosti inflamatornih markera i bilirubina uz održavanje povišene vrednosti alkalne fosfataze, te je bolesnica otpuštena na kućno lečenje uz preporuku za dalje kontrole u gastroenterološkoj ambulanti. Nakon godinu dana



Slika 1. Ponovljeni ERCP uz izmenu i postavljanje dva bilijarna stenta (10 Fr,12&10cm)

poslednjeg ERCP, bolesnica umire pod kliničkom slikom desnostrane pneumonije. Nivo bilirubina po prijemu bio je u referentnim granicama, što govori o prohodnosti žučnih vodova i postavljenih bilijarnih stentova.

Diskusija

Kod bolesnika sa metastatkom bolešću kolorektalnog karcinoma i razvoja opstruktivnog ikterusa, svakako treba razmišljati o mogućnosti metastaza u samom bilijarnom putu. Da bi se postavila takva dijagnoza, moraju se ispuniti strogi kriterijumi koji podrazumevaju: pažljivu analizu istorije bolesti, pažljivo ispitivanje morfološkog izgleda tumora hloedohusa i brižljivo poređenje histološkog nalaza tumora hloedohusa s histološkim nalazom primarnog tumora (10). Dijagnoza se sa mnogo verovatnoće može postaviti kada se u sklopu kliničke slike analiziraju ERCP i istovremeno uporede histološki nalazi tumorskog materijala koji je uzet tokom ERCPa sa histološkim nalazom osnovnog tumora debelog creva (9). Do sada, najviše uspeha u lečenju opstruktivne žutice ima resekcija, mada bilijarne endoproteze u odnosu na životno doba, komorbiditet i proširenost bolesti predstavljaju način paliјativnog lečenja nastalog ikterusa ili holangitisa. Kad god je moguće treba težiti postavljanju više od jedne bilijarne endoproteze. Prosečno vreme preživljavanja kod netretiranih bolesnika sa ekstrahepatičnom bilijarnom opstrukcijom kod metastatskog kolorektalnog karcinoma je 0,6 meseci, dok preživljavanje nakon bilijarne drenaže može biti i do 42 meseca (11,12,13).

Vreme preživljavanja naše bolesnice je iznosilo 14 meseci od momenta pristigle patohistološke potvrde metastatskog adenokarcinoma žučnog voda, što ukazuje da paliјativno endoskopsko lečenje bilijarnim endoprotezama poboljšava kvalitet života i dužinu preživljavanja.

Literatura

1. Čolović R, Grubor N, Radak V, Micev M, Latinčić S. Holangiocelularni karcinom zajedničkog hepatikusa koji je doveo do opstruktivne žutice kod bolesnika sa metastazama karcinoma debelog creva u jetri. *Srp Arh Celok Lek* 2010; 138 (1-2):88-90. [[PubMed](#)]
2. Povoski SP, Klimstra DS, Brown KT, Schwartz LH, Kurtz RC, Jarnagina WR, et al. Recognition of intrabiliary hepatic metastases from colorectal adenocarcinoma. *HPB Surg* 2000;11:383-91. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
3. Shimizu Y, Ohtsuka M, Ito H, Kimura F, Shimizu H, Togawa A. Should the extrahepatic bile duct be resected for locally advanced gallbladder cancer? *Surgery* 2004; 136(5):1012-7. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
4. Uehara K, Hasegawa H, Ogiso S, Sakamoto E, Igami T, Ohira S et al. Intrabiliary polypoid growth of liver metastasis from colonic adenocarcinoma with minimal invasion of the liver parenchyma. *J of gastroenterology* 2004; 39(1): 72-5. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
5. Kucera S, Isenberg G, Chak A, Wong RC, Das A, Faulx AL et al. Postprocedure radiologist's interpretation of ERCP x-ray films: a prospective outcomes study. *Gastrointest Endosc* 2007; 66(1): 79-83. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
6. Lee YJ, Kim SH, Lee JY, Kim MA, Lee JM, Han JK et al. Differential CT Features of Intraductal Biliary Metastasis and Double Primary Intraductal Polypoid Cholangiocarcinoma in Patients With a History of Extrabiliary Malignancy. *AJR* 2009; 193: 1061-9. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
7. Jailwala J, Fogel EL, Sherman S, Gottlieb K, Flueckiger J, Bucksot LG et al. Triple-tissue sampling at ERCP in malignant biliary obstruction. *Gastro intest Endosc* 2000; 51(4):383-90. [[CrossRef](#)]
8. Nanashima A, Tobinaga S, Araki M, Kunizaki M, Abe K, Hayashi H et al. Intraductal papillary growth of the liver metastasis originating from colon carcinoma in the bile duct: Report of a case. *Surg Today* 2011; 41(2):276-80. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
9. Ghittoni G, Caturelli E, Torello Viera F. Intrabile duct metastasis from colonic adenocarcinoma without liver parenchyma involvement: contrast enhanced ultrasonography detection. *Abdom Imaging* 2009; 35(3):346-8. [[PubMed](#)]
10. Bruns CJ, Liu W, Davis DW, Shaheen RM, McConkey DJ, Wilson MR et al. Vascular endothelial growth factor is an in vivo survival factor for tumor endothelium in a murine model of colorectal carcinoma liver metastases. *Cancer* 2000; 89(3): 488-99. [[CrossRef](#)]
11. Kemeny NE, Ron IG. Liver metastases. *Curr Treat Options Gastroenterol* 1999; 2(1):49-57. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
12. Yun HR, Lee WY, Lee OS, Cho YB, Yun SH, Chun HK. The prognostic factors of stage IV colorectal cancer and assessment of proper treatment according to the patient's status. *Int J Colorectal Dis* 2007; 22(11): 1301-10. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
13. Milošević D. Epidemiological characteristics of the colorectal carcinoma on the territory of the municipality of Čačak. *Acta Medica Medianae* 2002; 41(3):29-36.

PALLIATIVE ENDOSCOPIC TREATMENT OF METASTATIC COLORECTAL CARCINOMA IN GALLBLADDER TRACT

Aleksandar Knežević, Dragomir Damjanov, Ivan Jovanović and Violeta Knežević

Colon cancer produces intestinal metastases quite frequently. Metastatic changes of colon cancer seldom cause obstructive jaundice.

A 77-year-old woman was admitted with clinical icterus and recurrent cholangitis. Four years prior to the admittance she had been treated for adenocarcinoma of the sigmoid colon, a year after, due to liver metastases, left hepatectomy was performed. After two years, choledochotomy was done due to extrahepatic biliary obstruction and a biliary stent was implanted. Five months afterwards, purulent cholangitis developed, so the stent was removed and choledoduodenoanastomosis was done. Owing to the reoccurrence of icterus as well as cholangitis, an endoscopic retrograde cholangiopancreatography was done and metastatic adenocarcinoma of the gallbladder tract was diagnosed. Regarding the disease spreading, we chose palliative treatment by implanting endoscopic biliary endoprosthesis.

In patients with icterus or cholangitis suffering from metastatic disease of colorectal carcinoma, one should consider several causes for obstruction and apply palliative cure by implanting endoscopic biliary endoprosthesis. *Acta Medica Medianae* 2011; 50(1):44-46.

Key words: obstructive jaundice, colon, cancer, endoscopic retrograde cholangiopancreatography