

Холангиоцелуларни карцином заједничког хепатикуса који је довео до опструкционе жутице код болесника са метастазама карцинома дебелог црева у јетри

Радоје Чоловић, Никица Грубор, Владимир Радак, Марјан Мицев, Стојан Латинчић

Институт за болести дигестивног система, Клинички центар Србије, Београд, Србија

КРАТАК САДРЖАЈ

Увод Колоректални карцином, један од најчешћих малигнома, врло често ствара метастазе у јетри. Изненађујуће је да те метастазе ретко изазивају опструкциону жутицу. Ако се јави, обично је изазвана компресијом на велике жучне водове близу хилуса јетре или њиховом директном инфилтрацијом, ређе опструкцијом главних жучних водова желатинозним мукусом који ствара тумор, још ређе опструкцијом тумором који се шири у лумен у иначе интактне жучне водове, а веома ретко метастазом тумора у самом билијарном стаблу. И поред метастаза карцинома дебелог црева, код појаве опструкционе жутице треба помишљати и на друге могуће узроке опструкције билијарног тракта.

Приказ болесника Шездесетседмогодишњи мушкарац, код којег је четири године раније урађена лева хемиколектомија због карцинома сигмоидног колона, примљен је због опструкционе жутице и бројних метастаза у јетри и плућима. Опструкциона жутица је била изазвана вегетантним тумором проксималног дела главног жучног вода, који је ресециран и анастомозиран са цревном вијугом по Руу (*Roux*). Постоперациони ток је протекао нормално. Седам месеци касније болесник је умро од основне болести, тј. метастаза карцинома дебелог црева, али без опструкционе жутице. Хистолошким прегледом тумора жучног вода установљен је холангиоцелуларни карцином заједничког хепатикуса, док је хистолошки преглед исечка из метастатског тумора потврдио метастазу тумора дебелог црева.

Закључак Код појаве опструкционе жутице код особа с метастазама карцинома дебелог црева у јетри други етиолошки узроци опструкције се не могу искључити, те их треба размотрити.

Кључне речи: карцином дебелог црева; метастазе у јетри; холангиоцелуларни карцином; опструкциона жутица

УВОД

Метастазе карцинома дебелог црева ређе доводе до опструкционе жутице, и то обично када су локализоване близу хилуса јетре и када су врло велике. Опструкциона жутица изазвана метастазом колоректалног карцинома у сам жучни вод веома је ретка и са врло мало описаних случајева, а опструкциона жутица изазвана примарним тумором жучног вода уз бројне метастазе карцинома колоне још је ређа.

ПРИКАЗ БОЛЕСНИКА

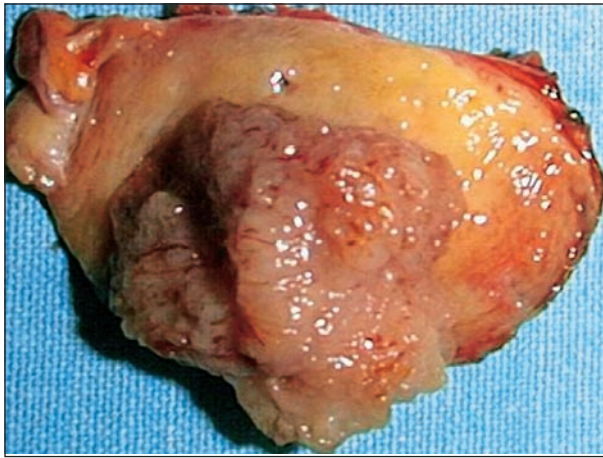
Мушкарац стар 67 година оперисан је због илеуса изазваног карциномом сигмоидног колоне четири године пре поновног пријема у болницу. Тада му је урађена лева хемиколектомија. Током опоравка после операције уочене су метастатске промене на јетри и плућима, због чега је подвргнут хемиотерапији. Три недеље пре пријема приметио је појаву жутице. Испитивањем је откривена екстрахепатичка опструкција. После неуспешног покушаја стављања ендопротезе, болесник је упућен у Институт за болести дигестивног система Клиничког центра Србије у Београду ради хируршког ле-

чења. У време пријема ниво укупног билирубина је био $220 \mu\text{mol/l}$, директног билирубина $160 \mu\text{mol/l}$, а алкалне фосфатазе 672 U/L . Установљена је и умерена анемија. На ултразвуку су уочени неколико расутих секундарних депозита на јетри пречника до 3 cm , дилатирани интрахепатички жучни водови и проксимални део холедохуса. Пацијент је убрзо оперисан. Урађени су холецистектомија с пероперативном холангиографијом и ресекција главног жучног вода, у којем се налазио вегетантни тумор, који је веома сужавао жучни вод. Узето је и ткиво за биопсију из једне од метастаза у јетри и начињена термино-латерална хепатикојејуностомија с цревном вијугом по Руу (*Roux*). Постоперациони ток је протекао нормално. Седам месеци касније болесник је умро од основне болести, тј. метастаза карцинома дебелог црева у јетри и плућима. До рецидива опструкционе жутице није дошло.

У ресецираном жучном воду, који је био проширен, уочен је вегетантни тумор на врло широкој бази, величине $26 \times 24 \text{ mm}$, сиворужичасте боје, неравне површине и меке конзистенције (Слика 1). Патохистолошки преглед је открио добро диференциран тубуло-папиларни холангиоцелуларни аденокарцином тубуло-оваријалне организације са екстрацелуларним стварањем муцина

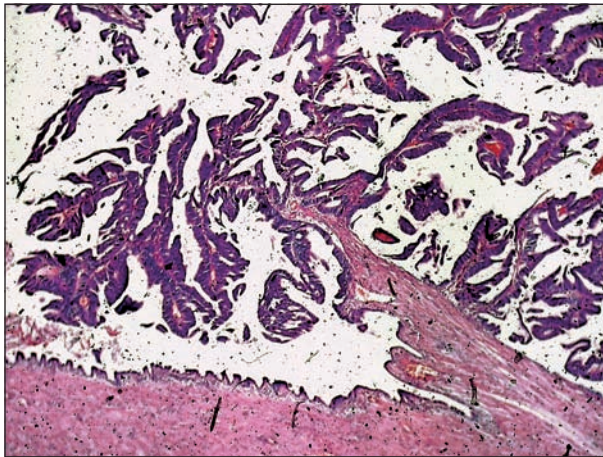
Correspondence to:

Radoje ČOLOVIĆ
Institut za bolesti digestivnog sistema, Klinički centar Srbije,
Dr Koste Todorovića 6,
11000 Beograd, Srbija
marcolov@sbb.rs



Слика 1. Вегетантни тумор на широкој основи с ресецираним жучним водом

Figure 1. A broad base tumour on the resected common bile duct



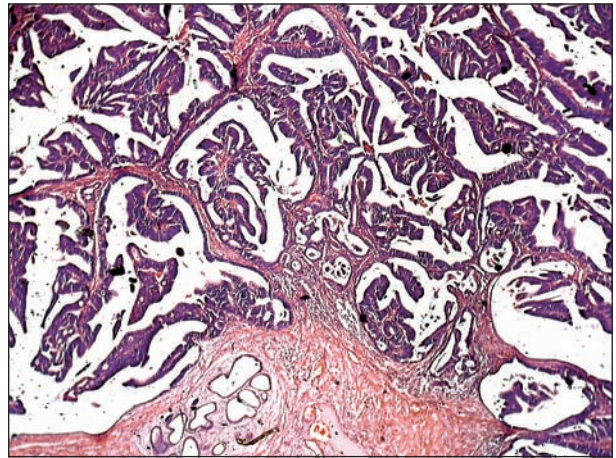
Слика 2. Наглашена папиларна организација интралуминалне неопластичне пролиферације на практично свим микроскопским пољима (H&E, 13x)

Figure 2. Prominent papillary organization of neoplastic intraluminal proliferation on almost all microscopic fields (H&E, 13x)

(Слике 2 и 3). Васкуларна инфилтрација није запажена. На једном ресекционом рубу холедохуса установљени су елементи тумора (R1 ресекција). Степен хистолошког малигнитета био је G-I, а стадијум туморске болести T1 Nx (0/1) Mx Lx Vx. У жучној кеси и Лундовој жлезди није било елемената тумора. Упоредо с тим у исечку из секундарног депозита доказан је метастатски тумор дебелог црева (Слика 4).

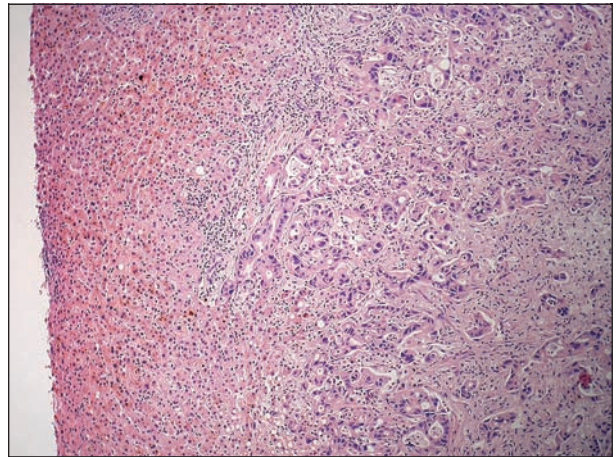
ДИСКУСИЈА

Колоректални карцином је један од најчешћих карцинома, који веома често метастазира у јетру. Ипак, изненађује податак да се код већине болесника с метастазама у јетри не развије опструктивна жутица, чак ни у завршној фази болести. Уколико се јави, по правилу је изазвана компресијом, односно инфилтрацијом великих жучних водова близу хилуса јетре, ретко желатинозним мукусом који ствара метастатски тумор [1], још ређе ширењем тумора у билијарном стаблу дуж



Слика 3. Јасни инвазивни раст папиларне аденоматозне лезије централно и десно на микрофотографији (H&E, 13x)

Figure 3. Evident invasive growth of the papillary adenomatous lesion in central and right part in this micrograph (H&E, 13x)



Слика 4. Туморски нодуси јетре показују слику метастатског интестиналног аденокарцинома, доминантно тубуларне организације (H&E, 13x)

Figure 4. Tumoural hepatic nodules correspond to intestinal adenocarcinoma with dominant tubular organization (H&E, 13x)

интактне базалне мембране [2], веома ретко изолованим метастазом у жучни вод која га растом опструира [3-6], а најређе примарним тумором жучног вода. Да би се поставила таква дијагноза, морају се испуни-ти строги критеријуми који подразумевају: пажљиву анализу историје болести, пажљиво испитивање морфолошког изгледа тумора холедохуса и брижљиво поређење хистолошког налаза тумора холедохуса с хистолошким налазом примарног тумора [2]. Дијагноза се с доста вероватноће може поставити и пре операције, када се у склопу клиничке слике анализирају ERCP и истовремено упореде хистолошки налази туморског материјала који је узет током ERCP с хистолошким налазом основног тумора дебелог црева [6].

Најбоље резултате лечења ове опструкционе жутице даје ресекција, па је треба извести кад год је то могуће. Палијативно лечење се састоји од ендоскопске имплантације протезе, која мора пасирати предео туморске опструкције. Прогноза је ипак лоша, превасходно због метастаза основног тумора у јетри, понекад и због метастаза у другим органима, и ограничене

них могућности ресекције интрадукталних метастаза код високе локализације у жучном воду. Чак се и ресекцијом жучног вода, односно јетре најчешће постижу само привремено задовољавајући резултати, што је забележено и код приказаног болесника. Хемиотерапија, која иначе даје скромне резултате, могућа је само

ако се опструкција уклони ресекцијом или премости ендопротезом, и тако омогући задовољавајућа дренажа жучи. Ми смо операцијом уклонили и тумор и опструкциони иктерус, те омогућили примену хемиотерапије, нажалост, с привремено добрим резултатом, али с побољшаним квалитетом живота болесника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Mosny DS, Borchard F. Bile duct obturation due to viscous mucus from a metastatic colonic carcinoma. *Pathologie*. 1985; 6:274-6.
2. Riopel MA, Klimstra DS, Godellas CV, Blumgart LH, Westra WH. Intrabiliary growth of metastatic colonic adenocarcinoma: a pattern at intrahepatic spread easily confused with primary neoplasia of the biliary tract. *Am J Surg Pathol*. 1997; 21:1030-6.
3. Maroy B, Moullot P, Daloubeix H, Lavand H, Lancret C. Intraductal biliary metastasis of a colonic cancer. *Ann Radiol (Paris)*. 1988; 31:309-11.
4. Krims PE, Birkett D. Biliary obstruction caused by colon cancer intraductal metastases: findings at ERCP. *Gastrointest Endosc*. 1994; 40:84-6.
5. Dapvriil V, Mesnard B, Colombel JF, Lecomte-Honcke M, L'Hermine C, Paris JC. Intraductal biliary metastasis from colonic adenocarcinoma. *Gastroenterol Clin Biol*. 1993; 17:312-3.
6. Dyess DI, Ferrera JI, Webb WA. Metastatic colon carcinoma to the biliary tract mimicking choledocholithiasis. *Am Surg*. 1989; 55:71-2.

Cholangiocellular Carcinoma of the Common Hepatic Duct Causing Obstructive Jaundice in a Patient with Metastatic Colonic Carcinoma Within Liver

Radoje Čolović, Nikica Grubor, Vladimir Radak, Marjan Micev, Stojan Latinčić
Institute of Digestive Diseases, Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia

SUMMARY

Introduction Colorectal carcinoma, one of the most frequent carcinomas, produces liver metastasis very frequently. Surprisingly, those secondaries rarely cause obstructive jaundice. If it appears, it is usually caused by compression or infiltration of the major bile ducts close to the hepatic hilus, less frequently with bile duct obstruction by gelatinous mucus produced by the tumour, much rarer by the tumour growth within the, otherwise intact, common bile duct and very rarely by metastasis into the biliary tree.

Case Outline We present a 67-year-old man who had been submitted to left colectomy for sigmoid colon carcinoma four years earlier, now, admitted with an obstructive jaundice, along with a number of liver and lung secondaries. Obstructive

jaundice was caused by the vegetative tumour of the proximal part of the common hepatic duct which was resected and anastomosed with a Roux-en-Y jejunal limb. The postoperative recovery was uneventful. The patient died 7 months later without jaundice due to liver and lung secondaries. Histological findings showed cholangiocellular carcinoma of the common hepatic duct, while the histological findings of the liver tumour specimen confirmed metastatic colonic carcinoma.

Conclusion In case of obstructive jaundice in patients with metastatic colonic carcinoma within liver, other aetiological factors of biliary obstruction can not be excluded and have to be taken into differential diagnosis.

Keywords: colorectal carcinoma; metastases within liver; cholangiocellular carcinoma; obstructive jaundice

Примљен • Received: 08/04/2008

Прихваћен • Accepted: 06/10/2009