



КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ НА МЕТАХРОННИ ЯЙЧНИКОВИ МЕТАСТАЗИ ОТ КАРЦИНОМ НА ДЕБЕЛОТО ЧЕРВО – НАБЛЮДЕНИЕ ВЪРХУ ЕДИН КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ И ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРАТА

А. Тасева¹, В. Иванова², Е. Арабаджиева¹, А. Йонков¹

¹Клиника по обща и чернодробно-панкреатична хирургия

УМБАЛ „Александровска“, МУ- София

²Клиника по обща и клинична патология

УМБАЛ „Александровска“, МУ- София

CLINICAL CASE OF METACHRONOUS OVARIAN METASTASES FROM COLON CANCER - OBSERVATION OF A CLINICAL CASE AND REVIEW OF THE LITERATURE

A. Taseva¹, V. Ivanova², E. Arabadjieva¹, A. Yonkov¹

¹Clinic of General and Hepato-Pancreatic Surgery

University Hospital “Alexandrovka”, Medical University – Sofia

²Clinic of General and Clinical Pathology “Alexandrovka” Hospital,

Medical University – Sofia, Bulgaria

РЕЗЮМЕ

Честотата на яйчникови метастази от колоректален карцином (КРК) е сравнително ниска (3-14 %), а метакронните такива са още по-редки (1,3-2,4%). В повечето случаи те се наблюдават в напреднала възраст, в менопауза и 12 месеца след диагностицирането с КРК, което създава някои диагностични затруднения.

Представяме клиничен случай на 78-годишна жена, оперирана по спешност по повод на дебелочревен аденокарцином, при която една година по-късно се установяват двустранни яйчникови лезии с перитонеална карциноза. Извършената фиброколоноскопия не открива рецидив на дебелочревния тумор. При пациентката беше извършена хистеректомия с двустранна аднексектомия. Резултатът от хистологичното и имунохистохимичното изследване потвърждава произхода на яйчниковите тумори.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: яйчникови метастази, аднексектомия, колоректален карцином (КРК)

SUMMARY

The incidence of ovarian metastases from colorectal cancer is relatively low in the range of 3-14%, and metachronous metastases are even lower 1.3-2.4%. In most cases, they occur in old age, during menopause and 12 months after diagnosis with CRC, creating some diagnostic challenges.

We present a clinical case of a 78-year-old woman who underwent emergency surgery for colon adenocarcinoma. One year later, bilateral ovarian lesions and peritoneal carcinosis were found. The performed colonoscopy did not detect recurrent colon tumor. The patient underwent a hysterectomy with bilateral adnexectomy. The results of histological and immunohistochemical examination confirmed the origin of ovarian tumors.

KEY WORDS: ovarian metastasis, adnexectomy, colorectal cancer (CRC)

ВЪВЕДЕНИЕ

Честотата на яйчникови метастази от коло-ректален карцином (КРК) е сравнително ниска (3-14%), а метакронните такива са още по-редки (1,3-2,4%). В повечето случаи те се наблюдават в напреднала възраст, в менопауза и 12 месеца след диагностицирането с КРК, което създава някои диагностични затруднения.

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Представяме клиничен случай на 78-годишна жена с оплаквания от персистиращи болки в корема и увеличаване на обиколката на корема с давност от 2 месеца. Една година по-рано пациентката е оперирана по спешност по повод на умерено диференциран аденокарцином на дебелото черво в областта на флексура лиеналис, поради което е извършена лява хемиколектомия. Постоперативно е назначена химиотерапия. От параклиничните изследвания при постъпването се установяват повишаване на нивото на туморните маркери: СА 19-9 >1200U/ml, СЕА – 47 ngr/ml, СА 125 – 260 U/l като останалите хематологични и биохимични показатели остават в референтни граници.

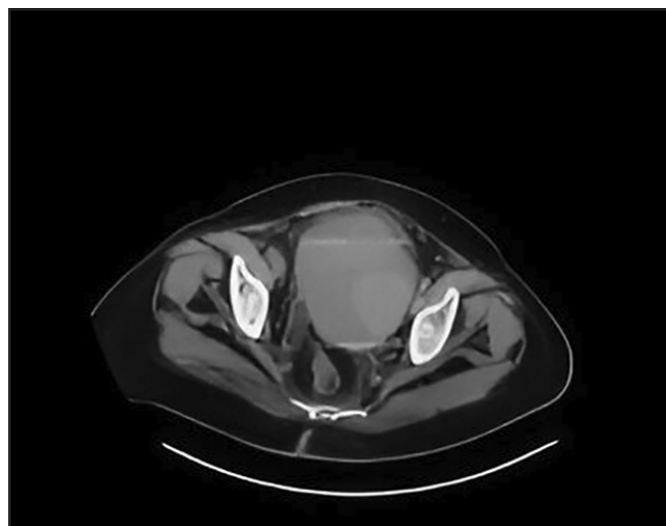
Проведеното ехографско изследване на коремни органи установи налична кистозна нехомогенна туморна формация в малкия таз, фиг. 1, с размери 61/111мм.

По време на проследяването на пациентката от направената компютърна томография с контраст се установяват кистозни туморни формации на входа на малкия таз, съответно с размери 12/11см (фиг.2) и 8/7см (фиг.3), без ендоскопски и скенеграфски данни за локорегионален рецидив или лимфогенна десиминация.

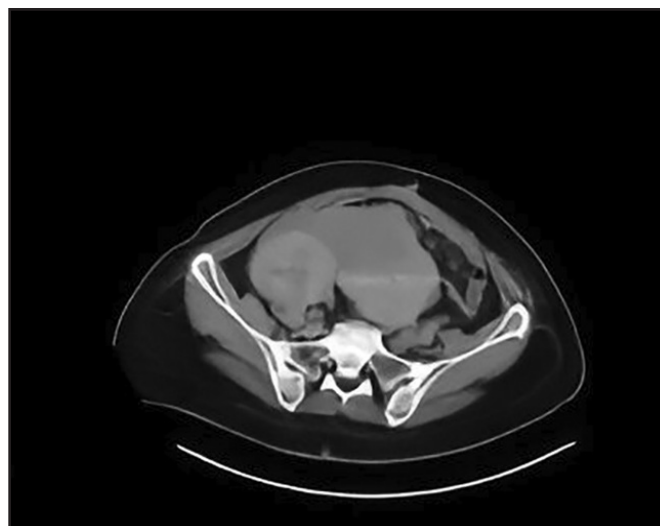
По повод на това се извърши хистеректомия и двустранна аднексектомия. Постоперативният период беше усложнен поради поява на регионална мезентериална тромбоза (с перфорация на черво), поради което пациентката бе релапаротомирана- извърши се ограничена тънкочревна резекция с латеро-латерална илеоилеостомия. Възстановяването на пациентката след втората операция протече гладко. Флагуленцията и дефекацията се възстановиха в срок. Пациентката се захрани и раздвижи. Контактните дренажи се извадиха при липсваща секреция и пациентката бе изписана в задоволително общо състояние.



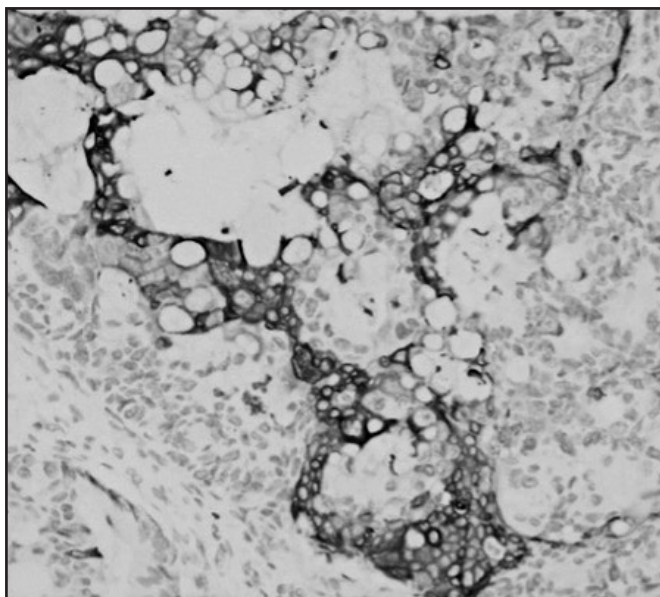
Фиг. 1. Визуализира се кистозна нехомогенна туморна формация



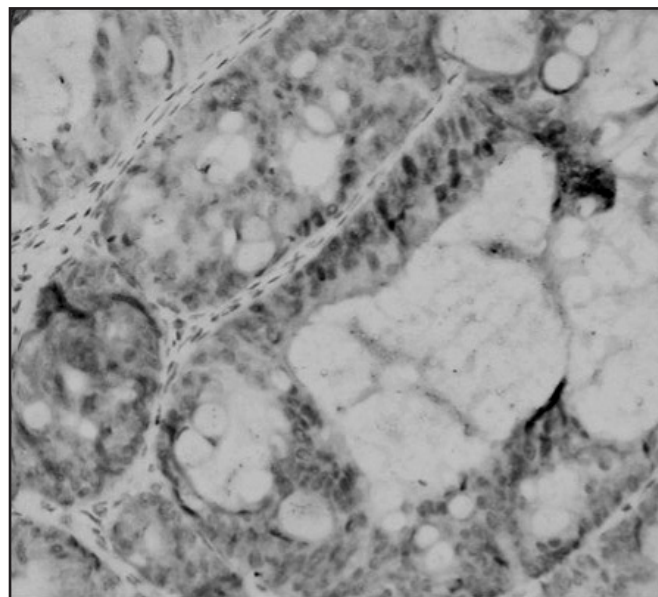
Фиг. 2. Скенеграфски образ на туморна формация в малък таз с размери 12/11см/дм



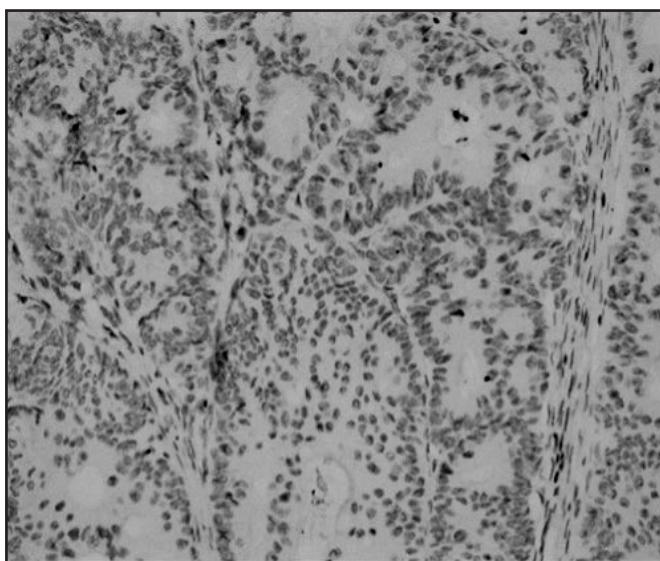
Фиг. 3. КАТ на корем с визуализиране на втора туморна формация в малък таз с размери 8/7см



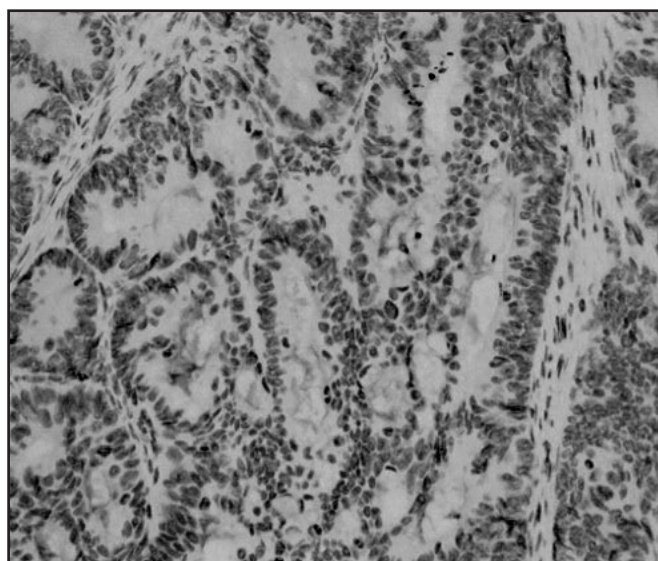
Фиг. 4. Положително оцветяване на цитокератин 20 (СК20)



Фиг. 5. Положително оцветяване за caudal – type homeobox 2 (CDX2)



Фиг. 6. Негативно оцветяване за цитокератин 7.



Фиг. 7. Негативно оцветяване за PAX8

Хистологичното изследване на препарата показва, че формациите в яйчниците представляват метастази от аденокарцином с произход от ГИТ. Имунохистохимичният анализ на туморите потвърди положително оцветяване на цитокератин 20 (СК20) – фиг. 4 и caudal - type homeobox 2 (CDX2) – фиг.5 и негативно на цитокератин 7 (СК7) – фиг.6 и PAX8 – фиг. 7.

С решение на Онкологична комисия болната бе насочена за провеждане на адювантна химиотерапия.

ДИСКУСИЯ

Яйчниковите метастази от колоректален карцином не са често срещани 3-14% (5) – за синхронните метастази честотата варира от 2-10 %, а за метакхронните – от 1,3-2,4%, които са значително по-редки в практиката (12). Някои автори съобщават за по-висока честота на метакхронните метастази до 7 % (5, 8, 10). Първично дебелочревен карцином се открива в 10-33% от случаите на метастатични овариални тумори (2,4). По литературни данни възрастовият диапазон, в който

се среща метастатичния дебелочревен рак, варира от 19-годишна до 87-годишна възраст (средно 51 години) (11,12). Въпреки това, се наблюдава възрастова зависимост, като някои автори коментират, че метахронните метастази в яйчниците се наблюдават по често в по-млада възраст, което се обяснява с намаления кръвоток към яйчниците с напредване на възрастта, особено след навлизане в менопауза (8, 11).

Метахронните метастази се диагностицират обикновено след вече започнато лечение за дебелочревен рак. При наблюдавания от нас рядък случай се касае за жена, при която се установяват двустранни яйчникови лезии 1 година след завършване на лечението по повод на аденокарцином на колона в областта на флексура лиеналис.

Познати са няколко пътища на метастазиране до яйчниците: хематогенен път, лимфогенен, трансперитонеален и чрез директна инвазия по съседство. В случаите на билатерално засягане се коментира хематогенната и перитонеалната десиминация (1, 3). В обследвания от нас случай интраоперативно е установена и карциноза на перитонеума.

Клинично поставянето на диагноза първично или вторично злокачествено заболяване на яйчниците остава проблемно. Симптоматиката най-често се дължи на основния туморен процес в дебелото черво. От страна на засегнатите яйчници – се наблюдават тежест, абдоминален дискомфорт и болка в долен коремен етаж, палпираща се туморна формация, констипация (симптоми, свързани с интестинална обструкция) (6).

Стандартно за диагностиката и проследяването на злокачествените заболявания на дебелото черво и яйчниците се използват туморните маркери СЕА и СА 125. Карциномбрионалният антиген е свръх експресиран в различни тумори като колоректален, яйчников, панкреатичен, на млечната жлеза и недребноклетъчни карциноми и не би могъл да се използва като единствен носител на информация за метастатичност, но въпреки това някои проучвания показват, че честотата на повишаване на този туморен маркер при метастатична болест на яйчниците стига до 95-100% (6). За по-точна диагностика е необходимо и комбинирането му с други туморни маркери – в случая СЕА 125 и СА 19-9. По литературни данни от 4 - 15 % от колоректалните карциноми са имунореактивни за СА125, но често експресията му е слаба (7). От друга страна, този туморен маркер е сензитивен и специфичен в около 50 % от случаите в ранните стадии на епителиален овариален карцином и 75-90% от пациентите с напреднала форма на заболяването (7). Комбинацията от двата туморни маркера в голяма степен може да насочи диагностичния процес в правилната посока.

Но оттук произлизат и други затруднения в диагностиката, тъй като в литературата се съобщава за до 20- 22 % от случаите, при които не се повишава СА125 (9). Ние наблюдавахме многократно завишение над горната референтна стойност на два от трите туморни маркера: СА 19-9 >1200U/ml, СЕА – 47 ngr/ml, СА 125 – 260 U/l, което с наличните анамнестични данни за настоящите оплаквания и минали заболявания, ни даде възможност да се насочим бързо към определяне работната диагноза.

От голямо значение са и образните методи на изследване – ехография на коремни органи и КТ на корем за поставяне на предоперативната диагноза.

Оперативното лечение се извършва стандартно с двустранна аднексектомия с/без хистеректомия.

Хистологичното изследване на препарата постоперативно и имунохистохимичното изследване потвърждават диагнозата. Редица автори съобщават, че туморът е позитивен на СК 20 (до 100% от случаите) и по-рядко (в до 17% от случаите) е позитивен на СК 7 (6).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Акуратното диагностициране на метахронните яйчникови тумори остава проблематично.

От голямо значение е комплексният, но индивидуализиран подход към пациента чрез комбиниране на информацията от анамнезата, използваните образни методи на изследване, резултатите от туморните маркери и впоследствие хистологичната и имунохистохимичната верификация на препарата. Това би предопределило оптималния избор на лечение с оглед подобряване на ранните и дългосрочните резултати.

КНИГОПИС / REFERENCES

1. Birnkrant A, Sampson J, Sugarbaker PH. Ovarian metastasis from colorectal cancer. *Dis Colon Rectum*. 1986 Nov; 29(11):767-71.
2. GodzeKir, AyseGurbuz, AtesKarateke A, Mustafa Kir. Clinicopathologic and immunohistochemical profile of ovarian metastases from colorectal carcinoma. *World J Gastrointest Surg* 2010 Apr 27; 2 (4): 109-16. Doi 10.4240/wjgs.v2.i4.109.
3. Graffner HO, Alm PO, Oscarson JE. Prophylactic oophorectomy in colorectal carcinoma. *Am J Surg*. 1983 Aug; 146(2):233-5.
4. Khunamornpong S, Suprasert P, Chiangmai WN, Siriaunkgul S. Metastatic tumors to the ovaries: a study of 170 cases in northern Thailand. *Int J Gynecol Cancer*. 2006;16 Suppl 1:132-138.
5. Kim DD, Park IJ, Kim HC, et al. Ovarian metastases from colorectal cancer: A clinicopathological analysis of 103 patients. *Colorectal Dis*. 2009;11:32-38.
6. Levis Michael R, Michael T Deavers, Elvio G Silva, Anais Malpica. Ovarian involvement by metastatic colorectal adenocarcinoma: still a diagnostic challenge. *Am J SurgPathol*. 2006 Feb.; 30 (2):177-84. DOI: 10.1097/01.pas.0000176436.26821.8a.
7. Moss E L, Hollingworth J, Reynolds T M. The role of CA125 in clinical practice. *J Clin Pathol*. 2005 Mar; 58 (3):308-312.
8. Paramyothiotis D. Metachronous Ovarian Metastases in a Patient with Primary Colorectal Cancer. A Case Report and Review of the Literature. *Am J Case Rep*. 2019; 20:1515-1520.
9. Rosen DG, Wang L, Atkinson JN, Yu Y, Lu KH, Diamandis EP, et al. Potential markers that complement expression of CA125 in epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol*. 2005; 99:267-77.
10. Sakakura C, Hagiwara A, Yamazaki J, et al. Management of postoperative follow-up and surgical treatment for Krukenberg tumor from colorectal cancers. *Hepatogastroenterology*. 2004;51:1350-53.
11. Segelman J, Floter-Radestad A, Hellborg H, et al. Epidemiology and prognosis of ovarian metastases in colorectal cancer. *Br J Surg*. 2010;97:1704-9.
12. Vasu Reddy Challa, Y.G. Basavana Goud, Poornima Rangappa, Vijayalakshmi Deshmane, K. V. Veerendra Kumar, and B. A. Madhusudhana "Ovarian Metastases from Colorectal Cancer: Our Experience". *Indian J Surg Oncol*. 2015 Jun; 6(2): 95-98.

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Д-р Анна Тасева, дм
Катедра по обща и оперативна хирургия
Медицински университет, София
E-mail: annataseva85@gmail.com

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Assoc. Prof. Anna Taseva, D.M.
Department of General and Operative Surgery
Medical University, Sofia, Bulgaria
e-mail: annataseva85@gmail.com