

Umbilikusna metastaza – čvor sestre Meri Džozef dijagnostikovana aspiracijom tankom iglom

Željka Tatomirović*, Radojka Bokun*, Vesna Škuletić*, Srbislav Ilić*,
Branka Roganović†, Dragan Milutinović‡

Vojnomedicinska akademija, *ZPSM – Institut za patologiju, †Klinika za
gastroenterologiju, ‡Klinika za opštu i vaskularnu hirurgiju, Beograd

Pojam tzv. čvora sestre Meri Džozef označava metastatski tumor umbilikusa. Ovaj ne tako čest entitet znak je proširene maligne bolesti sa ishodištem najčešće u abdominalnim ili ženskim polnim organima i loš je prognostički znak. U radu je prikazan slučaj tzv. čvora sestre Meri Džozef, kod 76-godišnje žene kod koje je umbilikusna metastaza bila prvi znak maligne bolesti. Dijagnoza metastatskog adenokarcinoma je postavljena na temelju citološke analize materijala dobijenog aspiracijom tankom iglom čvora u predelu umbilikusa. Radiološke i ultrasonografske pretrage abdomena ukazale su na karcinom holeciste kao ishodište metastaze sa invazijom u okolne organe – pankreas, želudac i kolon i peritoneumskom diseminacijom, što je potvrđeno eksplorativnom laparatomijom i histološkim pregledom ekscidiranog umbilikusnog čvora.

K l j u č n e r e č i : žučna kesa, neoplazme; adenokarcinom; neoplazme, metastaze; pupak; biopsija tankom iglom.

Uvod

Eponim čvor sestre Meri Džozef (Sister Mary Joseph's nodule) označava metastatsku bolest umbilikusa. Ovaj naziv je uveo ser Hamilton Baily 1949. godine u čast sestre Meri Džozef iz klinike Mejo. Premda prvi izveštaji o ovom kliničkom znaku potiču od Walsh-a iz 1846. godine, sestra Mary je prva dovela u vezu metastazu u predelu umbilikusa s malignom bolešću u predelu trbuha sa lošom prognozom (1, 2).

Ovaj entitet nije tako čest. Tako Shetty (2) u periodu od 1830. do 1989. godine nalazi 265, a Giner Galvan (3) od 1966. do 1997. godine ukupno 407 objavljenih slučajeva metastatskog tumora umbilikusa. Najčešće ishodište su digestivni trakt (48,7–55%) i ženski polni organi (17,9–34%), a u 25–30% slučajeva primarno mesto je nepoznato (3–6).

U ovom radu je prikazan slučaj tzv. čvora sestre Meri Džozef kod bolesnice sa karcinomom holeciste, kod koje je dijagnoza postavljena na temelju aspiracije tankom iglom nodusa u predelu umbilikusa.

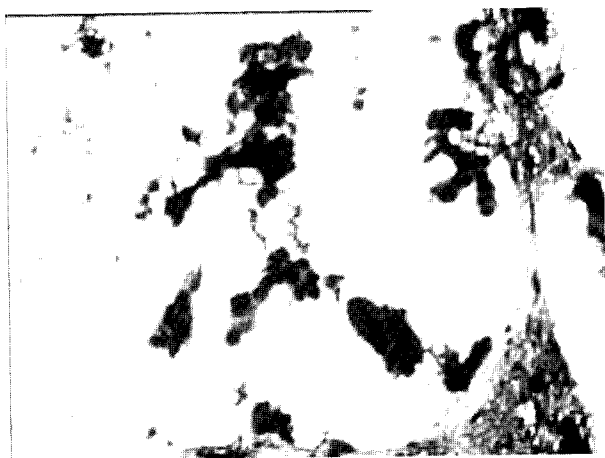
Prikaz bolesnice

Žena stara 76 godina javila se hirurgu na pregled zbog zadebljanja u predelu pupka iz koga je curio sukrvičav sadržaj i zbog povremeno jakih bolova u predelu pupka i is-

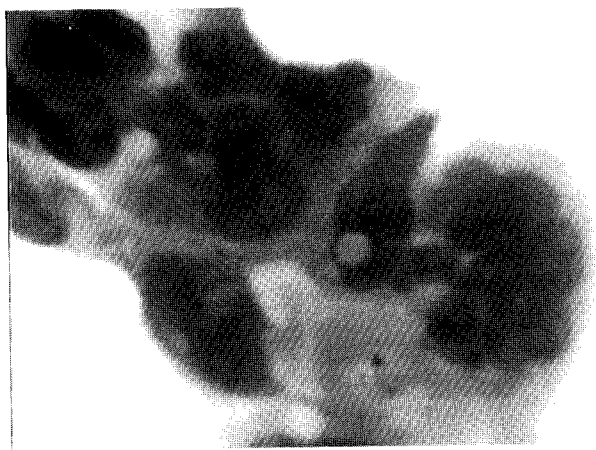
pod desnog rebarnog luka. Ove tegobe su se javile oko mesec i po dana ranije. Tri godine unazad ima srčanu aritmiju i hipertenziju.

Prilikom pregleda nađen je nejasno ograničen čvor u predelu umbilikusa promera oko 2 cm, mestimično egzulcerisan, sa sukrvičavom sekrecijom. Urađena je aspiracija tankom iglom opisane promene, a u razmazima dobijenog materijala bojenog po May Grunwald Giemsi nađene su brojne ćelijske nakupine papilarnog izgleda. Ćelije su imale uvećane hiperhromatske nukleuse bez vidljivih nukleolusa, srednje obilnu plavu ili plavoružičastu citoplazmu. Pokazivale su jasnu anizokariocitozu, a pojedine ćelije su bile multinukleusne ili su imale cilindričan oblik (slike 1 i 2). Na osnovu ovakve morfologije ćelija postavljena je citološka dijagnoza metastaze adenokarcinoma i bolesnica je hospitalizovana da bi se otkrilo ishodište umbilikusne metastaze.

Rutinski laboratorijski nalazi, kao što su krvna slika, urin i biohemijske analize, bili su u granicama referentnih vrednosti, izuzev lako povišene vrednosti glukoze u krvi (8,2 mmol/l). Ultrasonografija genitalnih organa pokazala je u celini povećan uterus sa suspektim miomatoznim čvorom na zadnjem (32×26 mm), kao i na prednjem zidu uterusa (16×18 mm), dok u predelu adneksa nisu registrovane patološke promene. Ultrasonografijom abdomena nađena je holecista zadebljanog zida, posebno u regiji prema korpusu,



Sl. 1 – Papilarne nakupine malignih ćelija (MGG×100).



Sl. 2 – Maligne ćelije s hiperhromatskim nukleusima nepravilnog oblika i izraženom anizokariocitozom (MGG×1 000).

gde je nađena solidna hiperehogena formacija, slabo vaskularizovana. Lateralno od glave pankreasa viđena je lobulirana hiperehogena formacija u kojoj se ne diferenciraju vijuge intestinalnog trakta, što je suspektno na postojanje infiltrativnog procesa u ovoj regiji. Hipotonom duodenografijom nađena je impresija na lateralnu konturu duodenuma koja sužava lumen na polovinu, a kontura je narušena, što ukazuje na suspektnu infiltraciju ovog dela duodenuma ekstralumenskom masom. Irigografijom se kolon prikazao u celini, ali je na kranijalnoj konturi hepatske fleksure viđena dvostruka kontura koja odgovara ekstralumenskom procesu koji komprimuje opisani segment bez ubedljivih znakova za infiltraciju. Kompjuterizovanom tomografijom abdomena nađena je holecista nepravilnih kontura, zadebljanih rubova, a u loži holeciste hipodenzna zona slabo vaskularizovana, karakteristika guste tečnosti, debljine oko 1 cm. U neposrednoj blizini holeciste, prema crevnim vijugama, viđena je suspektna gusta tečnost koja se ne razliva dalje po peritonealnom prostoru. U nivou umbilikusa nađena je kolekcija guste tečnosti veličine oko 2×1,5 cm i nešto deblja kontura prednjeg trbušnog zida – peritoneuma.

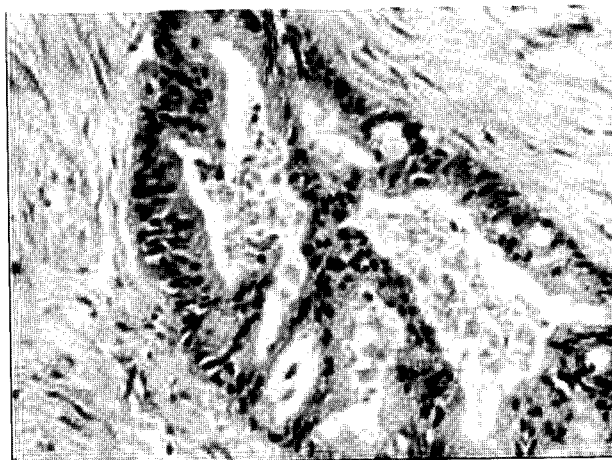
Na osnovu ovih nalaza zaključeno je da se kod bolesnice najverovatnije radi o infiltrativnom procesu na holecisti sa lokalnom proširenošću u smislu zahvaćenosti transversalnog kolona.

Eksploracijom trbušne duplje nađena je infiltracija holeciste koja angažuje glavu pankreasa, depoziti na želucu i kolonu, kao i infiltracija omentuma i parijetalnog peritoneuma. Uzeti su isečci za histološki pregled sa omentuma i parijetalnog peritoneuma, a ekscidirani umbilikus sa viđenim infiltratom takođe je poslat na histološku verifikaciju.

Histološkim pregledom ovih materijala nađen je maligni epitelni tumor koji odgovara metastazi adenokarcinoma. Na osnovu nalaza prilikom hirurške eksploracije trbušne duplje zaključeno je da se radi o primarnom karcinomu holeciste sa metastazama u okolne organe (pankreas, želudac, kolon, omentum, parijetalni peritoneum i umbilikus) i time je potvrđena citološka dijagnoza: nodus sestre Meri Džozef (slike 3 i 4).



Sl. 3 – Metastatski depozit adenokarcinoma u koži i potkožnom tkivu sa ulceracijom epiderma (HE×100).



Sl. 4 – Žlezdana struktura dobro diferentovanog adenokarcinoma u vezivnom tkivu (HE×200).

Diskusija

Zbog jedinstvenog embriološkog razvoja i anatomske baze umbilikusa u ovoj regiji se može javiti širok spektar patologije. To mogu biti benigne promene (endometriza, papilomi, pilonidalni sinus, neurofibrom...), primarni maligni tumori (adenokarcinom koji potiče od ostatka duktusa vitelinusa ili urahusa, skvamozni karcinom zbog hronične iritacije...) ili metastatski tumori (6–8).

Metastaze u predelu umbilikusa klinički se najčešće manifestuju kao tvrdi, indurisani nodusi različite veličine, ponekad sa fisurom, ulceracijom ili supurativnom komponentom. Znak su odmakle neoplastičke bolesti. Mogu označavati relaps prethodno postojeće bolesti, a često su i prva manifestacija bolesti. Ukazuju na lošu prognozu, a zbog proširenosti bolesti hirurški zahvat uglavnom nije indikovano.

Umbilikusne metastaze najčešće potiču od karcinoma želuca, kolona, pankreasa, holeciste, zatim ovarija i endometrija (1, 4, 9–20). Ređe je ishodište jetra i ileum, a izuzetno retko su pluća, bubreg i hematološke neoplazme (5, 21–26). Najčešći histološki tip je metastatski adenokarcinom.

Naša bolesnica spada u one slučajeve gde je tzv. čvor sestre Meri Džozef bio prva manifestacija maligne bolesti. Citološka dijagnoza metastatskog adenokarcinoma je postavljena dva sata nakon urađene aspiracije umbilikusnog čvo-

ra tankom iglom, a bolesnica je odmah upućena gastroenterologu na dalju obradu da bi se našlo ishodište metastaze. Radiološke i ultrasonografske pretrage abdomena ukazale su na karcinom holeciste kao moguće ishodište umbilikusne metastaze, što je zatim potvrđeno prilikom eksplorativne laparatomije, a histološka analiza uzetog materijala sa omentuma, parijetalnog peritoneuma i umbilikusa potvrdila je citološku dijagnozu metastatskog adenokarcinoma. Zbog isuviše odmakle bolesti, proširenosti neoplazme na okolne organe i nadenih metastaza nije urađena holecistektomija, niti je bilo opravdano dalje lečenje hemoterapijom, tako da je bolesnica otpuštena na kućno lečenje sa simptomatskom terapijom.

Iako je najjedostavniji i najbrži način postavljanja dijagnoze ovoga entiteta aspiracija umbilikusnog nodusa tankom iglom, prvi opis slučaja nodusa sestre Meri Džozef, kod koga je dijagnoza postavljena upotrebom ove citološke tehnike, potiče iz 1990. godine (1). Do sada najveću seriju od 52 slučaja dijagnostikovana citološki, u 16-godišnjem periodu, opisao je Sahai sa saradnicima (1, 5, 9, 27–29).

Aspiracija tankom iglom kao brza, jednostavna, jeftina i tačna metoda je metoda izbora ne samo za dijagnostikovanje umbilikusnih metastaza nego i gotovo svih palpabilnih čvorova, gde može dati orijentacionu, preliminarnu ili u nekim slučajevima i definitivnu dijagnozu.

L I T E R A T U R A

1. *Schneider V, Smyczek B.* Sister Mary Joseph's nodule. Diagnosis of umbilical metastases by fine needle aspiration. *Acta Cytol* 1990; 34(4): 555–8.
2. *Shetty MR.* Metastatic tumors of the umbilicus: a review 1830–1989. *J Surg Oncol* 1990; 45(3): 212–5.
3. *Giner Galvan V.* Sister Mary Joseph's nodule. Its clinical significance and management. *An Med Interna* 1999; 16(7): 365–70. (in Spanish)
4. *Touraud JP, Lentz N, Dutronc Y, Mercier E, Sagot P, Lambert D.* Umbilical cutaneous metastasis (or Sister Mary Joseph's nodule) disclosing an ovarian adenocarcinoma. *Gynecol Obstet Fertil* 2000; 28(10): 719–21. (in French)
5. *Sahai K, Kapila K, Verma K.* Fine-needle aspiration cytology of umbilical nodules: "Sister Joseph's nodule". *Diagn Cytopathol* 2001; 25(5): 309–10.
6. *Ching AS, Lai CW.* Sonography of umbilical metastasis (Sister Mary Joseph's nodule): from embryology to imaging. *Abdom Imaging* 2002; 27(6): 746–9.
7. *Amaro R, Goldstein JA, Celly CM, Rogers AI.* Pseudo Sister Mary Joseph's nodule. *Am J Gastroenterol* 1999; 94(7): 1949–50.
8. *Galvan VG.* Sister Mary Joseph's nodule. *Ann Intern Med* 1998; 128(5): 410.
9. *Mallya MV, Mandrekar S, Nadkarni NS, Menezes S.* Sister Mary Joseph's nodule – diagnosis of umbilical metastases by fine needle aspiration. *Indian J Pathol Microbiol* 1995; 38(1): 95–8.
10. *Ishizawa T, Mitsuhashi Y, Kondo S, Watabe S.* Sister Mary Joseph's nodule: a case report and review of the Japanese literature. *J Dermatol* 1997; 24(10): 662–5.
11. *Khan AJ, Cook B.* Metastatic carcinoma of umbilicus: "Sister Mary Joseph's nodule". *Cutis* 1997; 60(6): 297–8.
12. *Norman JT, Wagner ML, Chintagumpala M.* Umbilical metastasis (Sister Mary Joseph's nodule) in a child. *Pediatr Radiol* 1998; 28(1): 56–8.
13. *de Zoete JP, Dejong CH.* Diagnostic image (85). A man with ileus and an umbilical nodule. Sister Mary Joseph's nodule. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002; 146(16): 760. (in Dutch)
14. *Gupta RK, Lallu SD, McHutchison AG, Prasad J, Fauck R.* Fine needle aspiration cytology in a case of sister Mary Joseph's nodule. *Acta Cytol* 1992; 36(2): 271–2.
15. *Holzki G, Kaufmann R, Weber L.* "Sister Joseph's nodule" – umbilical metastases of internal tumors. *Hautarzt* 1989; 40(5): 312–5. (in German)
16. *Viana I, Garcia e Silva L, Velosa J.* Umbilical metastasis of carcinoma of the gallbladder. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1986; 14(4): 215–8. (in Portuguese)
17. *Gupta M, Rastogi N, Lal P.* Carcinoma of the gallbladder with unusual umbilical metastasis. *Lancet Oncol* 2003; 4(5): 319–20.

18. *Bork K, Schreiber J, Brauning W.* Umbilical metastasis of a gallbladder carcinoma: "Sister Mary Joseph's nodule". *Dtsch Med Wochenschr* 2002; 127(11): 553–6. (in German)
19. *Poncelet C, Bouret JM, Boulay I, Tsatsaris V, Ferrand J, Mintz JP, et al.* Umbilical metastasis of an endometrial adenocarcinoma: "Sister (Mary) Joseph's nodule". Review of the literature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1996; 25(8): 799–803. (in French)
20. *Ivanova V, Karaivanov M, Marinov E, Gorchev G, Raicheva S.* Umbilical metastasis – "Sister Joseph's nodule" of an endometrial adenocarcinoma: a case report and review of the literature. *Akush Ginekol (Sofia)* 2001; 40(4): 33–6. (In Bulgarian)
21. *Hodkinson HJ, Kew MC.* Sister Joseph's nodule in hepatocellular carcinoma. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001; 13(7): 865–7.
22. *Gilmore RA, Sharman JM.* Small bowel tumor presenting as Sister Joseph's nodule. *N Z Med J* 1980; 91(655): 176–7.
23. *Chen P, Middlebrook MR, Goldman SM, Sandler CM.* Sister Mary Joseph nodule from metastatic renal cell carcinoma. *J Comput Assist Tomogr* 1998; 22(5): 756–7.
24. *Dornier C, Reichert-Penetrat S, Barbaud A, Kaise W, Schmutz JL.* Lymphoma presenting as Sister Mary-Joseph's nodule. *Ann Dermatol Venereol* 2000; 127(8–9): 732–4. (in French)
25. *Chagpar A, Carter JW.* Lymphoma presenting as a Sister Mary Joseph's nodule. *Am Surg* 1998; 64(8): 799–800.
26. *Bank H, Liberman SI.* Sister Joseph's nodule and malignant ascites in multiple myeloma. *N Engl J Med* 1971; 284(12): 676–7.
27. *Gupta RK, Naran S, McHutchinson AG, Lallu S, Fauck RJ.* Diagnosis of umbilical metastasis (Sister Mary Joseph's nodule) by fine needle aspiration: an immunocytochemical study. *Diagn Cytopathol* 1994; 10(2): 126–9.
28. *Fleming MV, Oertel YC.* Eight cases of Sister Mary Joseph's nodule diagnosed by fine-needle aspiration. *Diagn Cytopathol* 1993; 9(1): 32–6.
29. *Edoute Y, Malberger E, Kuten A.* Umbilical metastasis diagnosed by fine needle aspiration. *J Surg Oncol* 1990; 45(1): 56–8.

Rad je primljen 30. VI 2003. god.

Abstract

Tatomirović Ž, Bokun R, Škuletić V, Ilić S, Roganović B, Milutinović D. *Vojnosanit Pregl* 2004; 61(5): 561–564.

UMBILICAL METASTASIS (SISTER MARY JOSEPH'S NODULE) DIAGNOSED BY FINE-NEEDLE ASPIRATION

Sister Mary Joseph's nodule is the eponym for metastatic involvement of the umbilicus. This less common entity is the sign of disseminated malignant disease, mainly of digestive and gynecologic origin, and is associated with a poor prognosis. A case of Sister Mary Joseph's nodule in a 76-year-old woman in whom the umbilical metastasis was the first sign of malignant disease is presented. The diagnosis of metastatic adenocarcinoma was established by fine needle aspiration cytology of the umbilical nodule. Radiological and ultrasonographic investigation disclosed carcinoma of the gallbladder with pancreas, stomach, and colon invasion as well as peritoneal dissemination. The diagnosis was confirmed by exploratory laparotomy and histological examination of the excised umbilical nodule.

Key words: gallbladder neoplasms; adenocarcinoma; neoplasm metastasis; umbilicus; biopsy, fine-needle.