

Endobronchial Metastasis : A Rare Manifestation of Cholangiocarcinoma and Role of Pulmonary Intervention

วรุฒติ ตันติทวิวัฒน์ พ.บ.*

ธิตวิวัฒน์ ศรีประสาสน์ พ.บ.*

* โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งท่อน้ำดี (cholangiocarcinoma) เป็นหนึ่งในโรคมะเร็งที่มีการดำเนินโรคที่รวดเร็วและมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ผู้ป่วยมักแสดงอาการของโรคและได้รับการวินิจฉัยเมื่ออยู่ในระยะที่ไม่สามารถเข้ารับการผ่าตัดได้แล้ว โดยมะเร็งท่อน้ำดีสามารถพบการกระจายตัวของโรคไปยังอวัยวะต่างๆ ได้บ่อย โดยเฉพาะในตับและปอด โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีการกระจายของมะเร็งมาที่ปอดนั้นจะมีการพยากรณ์โรคที่เลวลง ผู้ป่วยมักเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น โดยมักพบการกระจายมาในลักษณะของก้อนในบริเวณต่างๆ ของปอด แต่พบว่าการกระจายตัวของโรคมาในหลอดลมนั้นพบน้อยมาก ซึ่งการอุดตันของทางเดินหายใจส่วนกลางจากตัวโรคมะเร็งนั้นมักส่งผลเสียกับสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมาก รวมถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และสมรรถภาพของร่างกาย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถได้รับการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดได้ ทำให้การรักษาผู้ป่วยต้องล่าช้าออกไป การรักษาด้วยการทำหัตถการทางหลอดลมโดยการส่องกล้องทางเดินหายใจนั้นสามารถที่จะช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการเหนื่อย และมีสมรรถภาพร่างกายที่ดีขึ้นได้

ในรายงานผู้ป่วยฉบับนี้เสนอรายงานผู้ป่วยชายอายุ 84 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่มาด้วยอาการของทางเดินหายใจส่วนกลางอุดตันอันเนื่องมาจากก้อนมะเร็ง ที่ได้รับการแก้ไขด้วยการส่องกล้องทางเดินหายใจ

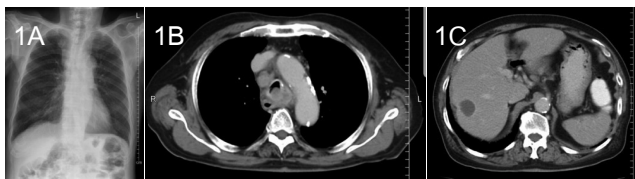
บทนำ

โรคมะเร็งท่อน้ำดี (cholangiocarcinoma) เป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยในประเทศไทย โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเป็นหนึ่งในมะเร็งที่มีความคุกคามสูง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งดังกล่าวมักพบว่าอยู่ในระยะที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ หรือมีการแพร่กระจายของตัวโรคไปยังอวัยวะต่างๆ แล้ว แม้ว่าปอดจะเป็นตำแหน่งที่พบการแพร่กระจายของโรคได้ค่อนข้างบ่อย แต่การแพร่กระจายของโรคมายังหลอดลมนั้นพบน้อยมาก ผู้ป่วยในระยะแพร่กระจายที่ปอดและทางเดินหายใจมักจะมีอาการเหนื่อยและหายใจหอบเหนื่อยหลังการวินิจฉัย ในที่นี้จะขอรายงานผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี 1 รายที่มาพบแพทย์ด้วยอาการของทางเดินหายใจตีบตัน บทบาทของการรักษาด้วยการส่องกล้องตรวจหลอดลมและการทำหัตถการหลอดลม

รายงาน

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 84 ปี ภูมิลำเนา จ.อยุธยา ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานคุมได้ดี และโรคหลอดเลือดแดงในช่องท้องโป่งพอง มาโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อยมากขึ้นมา 6 เดือน โดย 6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเวลาออกแรง หายใจเร็ว ไม่มีเสียงรืด ร่วมกับอาการไอแห้งๆ ผู้ป่วยสังเกตว่าอาการเป็นมากขึ้นเวลาอนราบ อาการเหนื่อยของผู้ป่วยค่อยๆ เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ในช่วง 6 เดือนนี้ โดยระหว่างนี้ผู้ป่วยได้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหลายแห่ง ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้ยาสูดหลายชนิด และยาขยายหลอดลมชนิดรับประทาน แต่อาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นจนมีอาการเหนื่อยแม้ในขณะพัก 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยมาก ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ หายใจมีเสียงดังในคอ ร่วมกับเริ่มมีเลือดปนเสมหะออกมา ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยมากจึงมาตรวจที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตรวจร่างกายแรกพบ ผู้ป่วยไม่มีไข้ อัตราชีพจร 110 ครั้ง ต่อนาที อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนปลายนิ้ว (PaO_2) 90% ตรวจพบผู้ป่วยหายใจแรงและใช้กล้ามเนื้ออื่นช่วย และมีเสียงลักษณะ stridor บริเวณกลางทรวงอก การตรวจ ร่างกายอื่นพบว่าปกติ ภาพถ่ายรังสีทรวงอกแรกพบ paratracheal soft tissue ด้านขวาหนาตัวผิดปกติ ร่วมกับ ลักษณะเงาหลอดลมดูตีบแคบลงเล็กน้อย ไม่พบเงาผิดปกติ อื่น (รูปที่ 1)



รูปที่ 1. 1A ภาพถ่ายรังสีทรวงอก

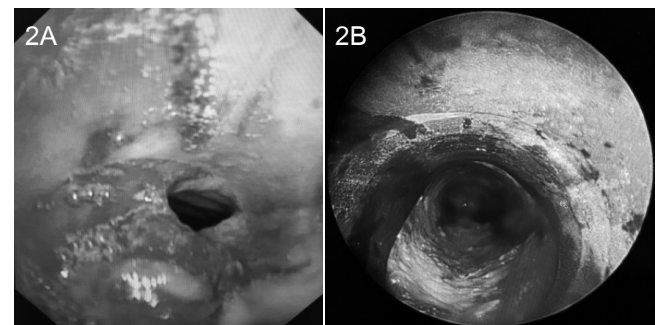
1B ภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์ทรวงอกพบก้อนในหลอดลม ส่วนกลางและต่อมน้ำเหลืองบริเวณ paratrachea ด้านขวา และซ้ายโต

1C ภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์พบรอยโรคในตับ

ผู้ป่วยได้รับการตรวจสืบค้นเพิ่มเติม การตรวจภาพถ่าย รังสีคอมพิวเตอร์ทรวงอกพบว่ามีก้อนในหลอดลมส่วนกลาง บริเวณผนังด้านหลัง ทำให้ช่องว่างของหลอดลมถูกกดเบียด เข้าด้านในเหลือพื้นที่น้อยกว่าร้อยละ 50 และพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณด้านข้างของหลอดลมทั้งขวาและซ้ายโต (right and left paratracheal adenopathy) และพบว่ามีก้อนที่ตับด้านขวาร่วมด้วย (รูปที่ 1) โดยไม่พบจุดผิดปกติอื่น ในบริเวณเนื้อปอดทั้งสองข้าง การสืบค้นอื่นพบว่าอยู่ใน เกณฑ์ปกติ

หลังจากผู้ป่วยเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม พบว่าอาการเหนื่อยเป็นมากขึ้น ผู้ป่วยจึงได้รับการใส่ท่อ ช่วยหายใจ (endotracheal tube) และใช้เครื่องช่วยหายใจ หลังใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยยังคงมีอาการเหนื่อยอยู่ ร่วมกับ

การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจพบว่ามีเลือดปน ผู้ป่วยจึงได้ รับการส่องกล้องตรวจหลอดลม (flexible bronchoscopy) ผ่านทางท่อช่วยหายใจ โดยพบก้อนในหลอดลม (endotracheal mass) บริเวณปลายท่อช่วยหายใจ โดยก้อนยื่นมาจากบริเวณ ผนังด้านหลัง ทำให้ช่องว่างของหลอดลมเหลือประมาณ ร้อยละ 20 ร่วมกับมีเลือดออกเมื่อมีการสัมผัส (contact bleeding) (รูปที่ 2 A) เนื่องจากช่องว่างของหลอดลมเหลือ พื้นที่ค่อนข้างน้อยร่วมกับหากเกิดเลือดออกที่รุนแรง หลังการตัดชิ้นเนื้อหรือการทำหัตถการจะทำให้อุดตันทางเดิน หายใจผู้ป่วยได้ ซึ่งถือว่าเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงได้รับการส่องกล้องด้วยวิธี rigid bronchoscopy แทน ผู้ป่วยได้รับการขยายหลอดลมด้วยการตัดชิ้นเนื้อออก (core out technique)ควบคู่กับการทำเลเซอร์เพื่อทำลายชิ้นเนื้อ และหยุดเลือด โดยหลังการทำหัตถการพบว่าช่องว่างของ หลอดลมสามารถกลับมาใกล้เคียงปกติได้ (รูปที่ 2 B)



รูปที่ 2. ภาพการส่องกล้องตรวจหลอดลม 2A แสดงก้อนในหลอดลม บริเวณปลายท่อช่วยหายใจ 2B ภาพการส่องกล้องตรวจ หลอดลมชนิด rigid bronchoscopy หลังการทำหัตถการ

หลังการทำหัตถการผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจ ออก และสามารถหายใจเองได้ อาการเหนื่อยที่เคยมีดีขึ้นมาก สามารถช่วยเหลือตัวเองทำกิจวัตรประจำวันเองได้

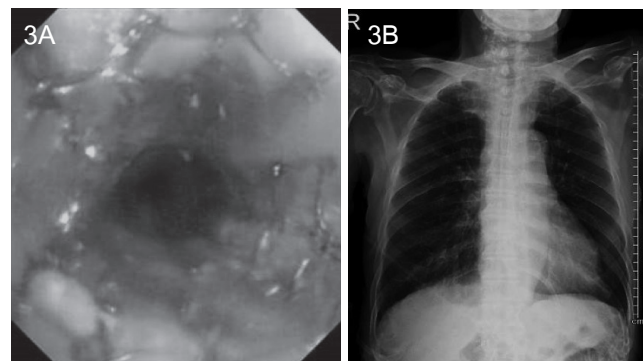
ผลพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อที่ตัดออกมาจากหลอดลม ของผู้ป่วย พบเป็น poorly differentiated carcinoma โดย เมื่อทำการย้อมสี Immunohistochemistry (ตารางที่ 1) ผลพบว่าเข้าได้กับมะเร็งที่มีจุดกำเนิดจาก pancreaticobiliary

tract ดังนั้นผู้ป่วยจึงได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี (cholangiocarcinoma)

ตารางที่ 1 ผลการย้อม Immunohistochemistry จากชิ้นเนื้อในหลอดลม

AE1/AE3	Positive, strong and diffuse	CK-7	Positive, focally
CK-20	Negative	CDX2	Positive, approximately 80%
CK-19	Positive, strong and diffuse	p63	Positive, focally
CK-5/6	Negative	p40	Negative
TTF-1	Negative	Napsin A	Negative
CD56	Negative	Chromogranin	Negative
Calretinin	Inconclusive	Mucin stain	Equivocal to negative

ผู้ป่วยจึงได้เข้ารับการรักษาดูแลด้วยการฉายรังสีบริเวณทรวงอกจนครบและตามด้วยการให้เคมีบำบัด หลังจากได้เคมีบำบัด 2 รอบ (3 เดือนหลังการส่องกล้องตรวจหลอดลมครั้งแรก) ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเหนื่อยมากขึ้นอีกครั้ง เหนื่อยขณะออกกำลังกาย ออกกำลังกายเป็นบางครั้ง เริ่มไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องนอนพักอยู่บนเตียงแทน ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องตรวจหลอดลมอีกครั้งพบว่าการกลับมาเป็นซ้ำของก้อนมะเร็งในหลอดลมในหลายตำแหน่ง ร่วมกับการกดเบียดผนังหลอดลมจากด้านนอก ดังนั้นผู้ป่วยจึงได้รับการรักษาดูแลด้วยการส่องกล้องตรวจหลอดลมชนิด rigid bronchoscopy ร่วมกับการทำเลเซอร์เพื่อทำลายก้อนมะเร็งและใส่ท่อค้ำยันหลอดลมชนิดโลหะชนิดเคลือบ (partial covered metallic tracheal stent, Ultraflex™, Boston Scientific, diameter, 14 mm; length, 60 mm) บริเวณหลอดลมส่วนปลาย (รูปที่ 3) ซึ่งหลังการใส่ท่อค้ำยันหลอดลมดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ไอเล็กน้อย อาการเหนื่อยลดลง สามารถกลับไปทำกิจวัตรประจำวันเองได้ และสามารถเข้ารับการรักษาดูแลด้วยการให้เคมีบำบัดต่อไปได้



รูปที่ 3. 3A การใส่ท่อค้ำยันหลอดลมชนิดโลหะแบบเคลือบ (covered metallic tracheal stent)
3B ภาพถ่ายรังสีทรวงอกหลังการใส่ท่อค้ำยันหลอดลมชนิดโลหะเคลือบ (ลูกศรแสดงตำแหน่งท่อค้ำยันหลอดลม)

บทวิจารณ์

มะเร็งท่อน้ำดีเป็นหนึ่งในโรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย จากสถิติพบว่าในเพศชายโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง และเป็นอันดับที่สี่ในเพศหญิง ซึ่งในบางพื้นที่ของประเทศพบว่ามะเร็งท่อน้ำดีสามารถพบได้กว่าร้อยละ 70 ของมะเร็งที่เกิดขึ้นในตับ โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศนั้น มีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งทางเดินน้ำดีสูงที่สุดในประเทศและในโลก โดยพบสูงถึง 85 รายต่อประชากร 100,000 คน ในขณะที่ประเทศตะวันตกพบเพียง 0.5-2 รายต่อประชากร 100,000 ราย¹ โดยอาจเป็นผลจากปัจจัยเสี่ยงโดยเฉพาะการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) ที่พบบ่อยในภูมิภาคนี้² โดยผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมักมาแสดงในระยะคุกคามที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ เนื่องจากในระยะแรกของโรคผู้ป่วยมักไม่มีอาการและอาการที่ไม่จำเพาะเจาะจง เช่น อ่อนเพลีย น้ำหนักลด เบื่ออาหาร โดยอาจไม่มีภาวะเหลืองก็ได้ (โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็น intrahepatic cholangiocarcinoma)

การพยากรณ์โรคของมะเร็งท่อน้ำดีนั้นพบว่าไม่ดีเมื่อเทียบกับมะเร็งชนิดอื่น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการลุกลามไปที่ต่อมน้ำเหลือง การลุกลามไปตับ การลุกลามเข้าท่อน้ำดี

และหลอดเลือด รวมถึงผู้ป่วยที่มีค่า CA19-9 ที่สูงหลังการผ่าตัด¹ ตำแหน่งที่พบการแพร่กระจายของมะเร็งมากที่สุดคือที่ตับ รองลงมาคือปอดและกระดูกตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายมาที่ปอดนั้นพบว่าเพิ่มโอกาสเสียชีวิตถึง 2.63 เท่า และมีค่ามัธยฐานของการอยู่รอด (median overall survival) ลดลงอย่างมาก³

การรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ไม่สามารถผ่าตัดได้นั้น การให้เคมีบำบัดถือเป็นการรักษาหลัก แต่การที่จะให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดนั้นจำเป็นต้องมีการประเมินผู้ป่วยก่อนการให้ยา ซึ่งหนึ่งในการประเมินที่สำคัญคือการประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันด้านต่างๆ ของผู้ป่วย (performance status)⁴ ซึ่งเป็นตัวพยากรณ์การตอบสนองต่อการรักษา อัตราการอยู่รอด คุณภาพชีวิต และผลข้างเคียงจากการรับเคมีบำบัด โดยผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดูแลตัวเองนั้นพบว่าการตอบสนองที่น้อยกว่า และมีผลข้างเคียงจากการรักษามากกว่า⁵⁻⁶ ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดูแลตัวเองกลุ่มนี้จึงมักที่จะได้รับการรักษาแบบประคับประคองมากกว่าการได้รับการรักษาโดยเคมีบำบัด โดยอาการเหนื่อยเป็นอาการที่พบบ่อย และส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่นเดียวกับผู้ป่วยในรายงานนี้ ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย อันเนื่องจากทางเดินหายใจส่วนกลางที่อุดตันจากก้อนมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างจำกัด ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาจำเพาะในที่สุด ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่าการรักษาผู้ป่วยที่มีมะเร็งอุดกั้นหลอดลม นอกจากจะเพิ่มคุณภาพชีวิต ความสามารถในการดูแลตัวเอง ในชีวิตประจำวันแล้วยังสามารถช่วยลดทอนช่วยหายใจ และรักษาภาวะการหายใจล้มเหลวได้⁷⁻⁸

การรักษาผู้ป่วยที่มีการอุดตันของทางเดินหายใจส่วนกลางจากก้อนมะเร็งนั้นสามารถทำได้หลายวิธี และสามารถใช้มากกว่าหนึ่งวิธีร่วมกันได้ โดยขั้นแรกจำเป็นต้องพยายามแก้ไขสัญญาณชีพของผู้ป่วยที่อาจไม่คงที่ในช่วงก่อนการรักษาให้ได้ก่อน โดยการให้ออกซิเจนเสริม การใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดไม่ใส่ท่อช่วยหายใจต่างๆ ให้ผู้ป่วยมีอาการที่คงที่ก่อน หลังจากนั้นจึงให้การรักษาต่อไปโดยมีวิธีแตกต่างกันไปดังนี้⁹

- การทำหัตถการทางหลอดลมเพื่อขยายขนาดหลอดลม (bronchoplasty) การขยายขนาดหลอดลมนี้สามารถทำได้ทั้งการใช้บอลลูนและการใช้ตัวกล้องตรวจหลอดลมชนิด rigid bronchoscopy มาถ่างขยายออก ซึ่งสามารถให้ผลในการขยายทางเดินหายใจส่วนที่อุดตันได้ทันที แต่ผลของการรักษาอาจอยู่เพียงช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้นซึ่งอาจจำเป็นต้องอาศัยการรักษาอื่นมาช่วยร่วม

- การทำลายก้อนมะเร็งด้วยเทคนิคต่างๆ (tumor ablative therapy) ซึ่งมีหลากหลายวิธี โดยการทำลายก้อนมะเร็งในหลอดลมใหญ่นั้นมีทั้งที่ได้ผลในทันที และที่ต้องใช้ระยะเวลาหลังการทำหัตถการ ซึ่งในผู้ป่วยที่มีอาการมาก ดังเช่นผู้ป่วยรายนี้นั้นการใช้เทคนิคที่ให้ผลในทันทีจึงมีความเหมาะสมมากกว่า ซึ่งอาจแบ่งได้เป็นสองกลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. Mechanical technique เช่น การทำ mechanical debulking โดยการใช้ปลาย rigid bronchoscopy หรือการใช้ cryotherapy ทำลายก้อนเนื้อและนำก้อนเนื้อดังกล่าวออก (cryorecanalization)¹⁰ หรือการใช้ท่อค้ำยันหลอดลม (airway stent) เป็นต้น

2. Thermal ablative therapy เทคนิคการใช้ความร้อนในการทำลายก้อนเนื้อออก เช่น การใช้เลเซอร์ การใช้ argon plasma coagulation (APC) หรือการจี้ด้วยไฟฟ้า (electrocautery) ซึ่งเทคนิคเหล่านี้มีข้อดีคือสามารถช่วยหยุดเลือดที่ออกหลังการนำก้อนเนื้อออกออกได้อีกด้วย

ทั้งนี้การเลือกใช้นั้นขึ้นกับลักษณะของผู้ป่วยว่าวิกฤติมากน้อยเท่าใด ความถนัดของผู้ทำหัตถการและอุปกรณ์ที่มีอยู่ของแต่ละโรงพยาบาล และสามารถช่วยร่วมกันมากกว่าหนึ่งวิธีได้ ดังเช่นในผู้ป่วยรายนี้ที่ได้รับการทำ mechanical debulking โดย rigid bronchoscopy ร่วมกับการทำลายก้อนมะเร็งในหลอดลมโดยใช้เลเซอร์ชนิด Nd-YAG laser และการทำ airway stent ตามภายหลัง โดยพิจารณาการใส่ airway stent ในรายที่มีการอุดตันของทางเดินหายใจจากการกดเบียดจากภายนอกหรือทั้งจากภายนอกและภายใน ซึ่งการทำหัตถการทางหลอดลมนี้สามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น มีสมรรถภาพร่างกายและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถลดทอนช่วยหายใจ ลดภาวะหายใจล้มเหลว และสามารถช่วยแก้ไขให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดได้ดังผู้ป่วยรายนี้

สรุป

มะเร็งทางเดินน้ำดีเป็นมะเร็งที่มีการดำเนินโรคที่รวดเร็วและคุกคาม นอกจากนี้ยังเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศ แม้ว่าปอดจะเป็นอวัยวะที่พบการกระจายตัวของโรคมามาก่อนข้าง แต่การกระจายตัวมาในหลอดลมนั้นพบได้น้อยมาก

การรักษามะเร็งทางเดินน้ำดีในรายที่ไม่สามารถผ่าตัดได้นั้น การให้เคมีบำบัดนั้นถือเป็นการรักษาหลัก แต่จำเป็นต้องคำนึงถึงความพร้อมของผู้ป่วยร่วมด้วย ผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยจากการอุดตันของทางเดินหายใจจากก้อนมะเร็งนั้นสามารถแก้ไขได้โดยการทำการหัตถการทางหลอดลมด้วยเทคนิคต่างๆ ทำให้บรรเทาอาการเหนื่อยของผู้ป่วยและแก้ไขความพร้อมและสมรรถภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาต่อไปได้

เอกสารอ้างอิง

1. Bridgewater J, Galle PR, Khan SA, et al. Guidelines for the diagnosis and management of intrahepatic cholangiocarcinoma. *J Hepatol* 2014; 60:1268-89.
2. Suwannatrai A, Saichua P, Haswell M. Epidemiology of *Opisthorchis viverrini* Infection. *Adv Parasitol* 2018; 101:41-67.
3. Wu W, He X, Andayani D, et al. Pattern of distant extrahepatic metastases in primary liver cancer: a SEER based study. *J Cancer* 2017; 8:2312-8.
4. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 1982; 5:649-55.
5. Albain KS, Crowley JJ, LeBlanc M, Livingston RB. Survival determinants in extensive-stage non-small-cell lung cancer: the Southwest Oncology Group experience. *J Clin Oncol* 1991; 9:1618-26.
6. Sculier JP, Lafitte JJ, Paesmans M, et al. Chemotherapy improves low performance status lung cancer patients. *Eur Respir J* 2007; 30:1186-92.
7. Jeon K, Kim H, Yu CM, et al. Rigid bronchoscopic intervention in patients with respiratory failure caused by malignant central airway obstruction. *J Thorac Oncol* 2006; 1:319-23.
8. Stephens KE Jr., Wood DE. Bronchoscopic management of central airway obstruction. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2000; 119:289-96.
9. Ernst A, Feller-Kopman D, Becker HD, Mehta AC. Central airway obstruction. *Am J Respir Crit Care Med* 2004; 169:1278-97.
10. Schumann C, Hetzel M, Babiak AJ, et al. Endobronchial tumor debulking with a flexible cryoprobe for immediate treatment of malignant stenosis. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2010; 139:997-1000.

Abstract: Thanthitaweewat V, * Sriprasart, T.* Endobronchial metastasis: A rare manifestation of cholangiocarcinoma and role of pulmonary intervention . Thai J Tuberc Chest Dis Crit Care 2019; 38: 47-51.

* *Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University*

Cholangiocarcinoma is one the of most terrible cancer owing to a poor prognosis. Patients with cholangiocarcinoma usually presented with unresectable stage. Lung is a common site of metastasis and also a predictor of poor outcome. Although lungs are common sites of metastasis, endotracheal and endobronchial metastasis is very rare. The central airway obstruction from tumor can cause deterioration of functional performance status resulting in postponement of definitive treatment, e.g. the chemotherapy. Bronchoscopic managements can restore patients' functional status and facilitate the patient to definitive treatment. We report a case of an 84-year-old man with cholangiocarcinoma presented with symptomatic malignant central airway obstruction due to tracheal obstruction with successfully rescued with bronchoscopic management.