

مورد نگاری

تغییرات سیستیک در متاستاز کبدی با منشا آدنوکارسینوم ریه

تاریخ دریافت: ۹۵/۳/۱۶ تاریخ پذیرش: ۹۵/۴/۲۰

خلاصه

مقدمه

اکثر توده های سیستیک و متعدد کبدی مربوط به ضایعات خوش خیم هستند. متاستازهای سیستیک در تشخیص افتراقی ضایعات سیستیک کبد قراردارند گرچه شایع نیستند و منشا آنها در اکثر موارد کارسینوم کولورکتال یا تومورهای نورواندوکرین می باشد. کانون های سیستیک در این ضایعات می توانند مربوط به افزایش رشد تومور نسبت به جریان خون تغذیه کننده آن و یا ثانویه به وجود اجزای موسینوس در تومور متاستاتیک همانند تومور اولیه آنها باشد.

معرفی بیمار

در این گزارش مردی ۶۵ ساله با توده های سیستیک متعدد کبدی و یک توده در ناف ریه چپ معرفی می شود که بررسی های رادیولوژیک و هیستولوژیک موید وجود توده های متاستاتیک متعدد کبدی با منشا آدنوکارسینوم ریه در این بیمار بودند.

نتیجه گیری

متاستازهای سیستیک کبد با منشا سرطان ریه نادر هستند و لیکن تشخیص صحیح آن در انتخاب روش درمانی مناسب برای بیمار حائز اهمیت می باشد.

کلمات کلیدی: آدنوکارسینوم ریه، اجزای سیستیک، اولتراسوند، کامپیوتر توموگرافی، متاستاز کبدی

پی نوشت: این مقاله فاقد منبع مالی و تضاد منافع می باشد.

^۱ دنیا فرخ تهرانی
۲ الهه مودودی*

۱- دانشیار رادیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲- رزیدنت رادیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

*مشهد- دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد،
ایران

تلفن: ۰۵۱۳۸۸۴۳۵۱۴

Email: modoodie911@mums.ac.ir

مقدمه

کبد پس از غدد لنفاوی دومین محل شایع ضایعات متاستاتیک در بدن است و تومورهای متاستاتیک کبد بیست برابر شایع تر از تومورهای اولیه آن هستند (۱، ۲). متاستازهای سیستیک کبد یکی از تشخیص های افتراقی توده های سیستیک کبد هستند و معمولاً در روش های تشخیصی رادیولوژیک، افتراق آنها از آبسه یا کیست های متعدد کبدی دشوار است (۱، ۳). با مشاهده متاستاز سیستیک کبدی، باید تومورهای اولیه ای مانند سرطان کولون، رکتوم، آدنوکارسینوم سیستیک تخمدان، کارسینوم اسکواموس سل اولیه ریه، ملانوم، تومور دستگاه گاسترواینتستینال، سیست آدنوکارسینوم موسینوس پانکراس، تومور کلیه، پروستات و تومور های نورواندوکراین را مدنظر داشت (۲، ۴). هموراژی داخل توده به عنوان شایعترین علت ایجاد تغییرات سیستیک در متاستازهای کبدی شناخته شده است. همچنین در تومورهای موسینوس اولیه مانند تومور کولون، رکتوم و سیست آدنوکارسینوم تخمدان ایجاد نکروز و تغییرات سیستیک در تومور متاستاتیک همانند تومور اولیه شایع است (۱، ۲، ۵).

در این مقاله یک بیمار مبتلا به آدنوکارسینوم ریه را که نخستین بار با شکایت درد و تندرین شکم، هپاتومگالی و ضایعات متاستاتیک سیستیک کبد مراجعه کرده بود معرفی می شود و مقالات پزشکی در این زمینه مرور خواهد شد.

معرفی بیمار

مردی ۶۵ ساله با شکایت درد در ربع فوقانی راست شکم با انتشار به اپی گاستر از دو هفته قبل همراه با بی اشتهایی مراجعه کرد، ولی علایمی از تهوع و استفراغ، تب و ایکتر را ذکر نمی کرد. در شرح حال بیمار سابقه ای از هیچ بیماری خاصی وجود نداشته است. با توجه به شکایت درد شکم، امتحان سونوگرافی از شکم بیمار انجام شد که تصویر دو توده سیستیک در لوب راست کبد مشاهده شد. با توجه به نمای سونولوژیک احتمال کیست هیداتید کبد مطرح گردید، لذا بیمار برای انجام رادیوگرافی ریه و تست های سرولوژیک ارجاع شد. بیمار جهت انجام این آزمایشات اقدامی نکرده و بعد از سه ماه مجدداً با شکایت درد شکمی و

کاهش وزن مراجعه نمود. در معاینات بالینی، هپاتومگالی خفیف همراه با حساسیت مختصر در ربع فوقانی راست شکم مشخص شد. بررسی سونولوژیک مجدد از کبد انجام شد که در این بررسی تصویر چند توده سیستیک به ابعاد حداکثر ۴*۶ سانتی متر، با افزایش در سایز و تعداد ضایعات سیستیک کبدی نسبت به سونوگرافی قبلی، مشاهده شد (شکل ۱). در سونوگرافی شکم،



شکل ۱- نمای سونوگرافیک ضایعات سیستیک کبدی

در سایر ارگانها یافته پاتولوژیک دیگری مشاهده نشد. تستهای آزمایشگاهی معمول برای بیمار انجام شد که هیچ یافته اختصاصی را نشان ندادند. با توجه به احتمال وجود کیست هیداتید متعدد کبدی، امتحان سی تی اسکن شکم انجام شد که یافته های آن موید وجود توده های متعدد سیستیک کبد بودند. در سی تی اسکن بدون تزریق ماده حاجب، جدار توده های سیستیک نسبت به کیست ساده کبدی و کیست هیداتید ضخیم تر ارزیابی شد. در سی تی اسکن بعد از تزریق ماده حاجب، تشدید بخش محیطی توده های سیستیک کبدی در فاز پورتال رویت گردید. با توجه به نمای مذکور در تصاویر سی تی اسکن با تزریق ماده حاجب تزریقی احتمال وجود توده های تومورال با تغییرات سیستیک ثانویه و در درجه اول متاستاز سیستیک مطرح شد. سی تی اسکن شکم و لگن دو لنفادنوپاتی را در ناحیه پاراآورتیک نشان داد. از سایر جهات یافته پاتولوژیک قابل توجهی در شکم و لگن بیمار رویت نشد.

رادیوگرافی قفسه سینه برای بیمار انجام شد و توده ای در ناف ریه چپ با حدود مشخص و مختصر لبوله نشان داد (شکل ۲). برونکوسکوپی جهت انجام بیوپسی ترنس برونکیال از توده ناف ریه چپ انجام شد و نتایج هیستولوژیک موید آدنوکارسینوم ریه بود.

از رزکسیون آدنوکارسینوم ریه بستری و ضایعات سیستیک کبدی در سونوگرافی و سی تی اسکن وی کشف گردید. گرچه نمونه بیوپسی تحت هدایت سونوگرافی از ضایعات کبدی فاقد سلول بدخیم بود ولی با توجه به ادامه علائم، لاپاروتومی تشخیصی جهت وی انجام و نتیجه هیستولوژیک نمونه جراحی آدنوکارسینومای متاستاتیک گزارش شد (۱).

بحث

اکثر توده های سیستیک کبد در بالغین ماهیت خوش خیم دارند، بیماریهای مختلفی در تشخیص افتراقی توده های سیستیک کبد مطرح میباشند که بیماری پلی سیستیک کبد، کیست های اکتسابی نظیر کیست هیداتید، هامارتوم صفراوی، بیماری کارولی، سیست آدنوم صفراوی، آبسه پیوژن و آبسه آمیبی کبد پسودوکیست، همتوم با تغییر سیستیک ثانویه، سیست آدنوم، سیست آدنوکارسینوم و کارسینوم هپاتوسلولار با تغییرات سیستیک و متاستازهای سیستیک کبدی با منشا اولیه کارسینوم های موسینوس کولورکتال و تخمدان، تومورهای نورواندوکراین، سارکوم، ملانوم و کارسینوید از آن جمله هستند (۲، ۳، ۶، ۷).

غده لنفاوی، کبد و ریه شایعترین محل ضایعات متاستاتیک هستند. کبد محل مناسبی برای رشد تومورهای متاستاتیک است که علت آن نه تنها وجود شبکه عروقی غنی در پارانشیم کبد شامل دو سیستم جریان خون شریان هپاتیک و ورید پورت است، بلکه فاکتورهای هورمونی نیز زمینه رشد سلولهای تومورال در کبد را فراهم میکنند. ۵۰٪ بیماران با متاستاز کبدی با علائم هپاتومگالی و آسیت مراجعه می کنند و تست های کبدی در این بیماران فاقد حساسیت و ویژگی کافی هستند (۱، ۲، ۴).

فاکتورهای متعددی در شیوع و نمای متاستاز کبدی موثر است که عمدتاً شامل سن بیمار، جنس بیمار، محل تومور اولیه، نوع هیستولوژیک ضایعه، مدت زمان ایجاد تومور متاستاتیک و میزان رشد آن می باشد.

متاستاز های سیستیک کبد شایع نیستند و در اکثر موارد منشا آنها سرطانهای کولورکتال است (۱، ۴، ۵). متاستازهای سیستیک در تشخیص افتراقی ضایعات سیستیک کبد قرار دارند. علت ایجاد

همچنین نمونه برداری تحت هدایت سونوگرافی از جدار و



شکل ۲- توده ناف ریه چپ در عکس ساده قفسه سینه



شکل ۳- نمای پاتولوژیک نمونه بیوپسی از جدار و محتویات ضایعات سیستیک کبد

آسپیراسیون محتویات نکروتیک توده های سیستیک کبد انجام گرفت و نتایج هیستولوژیک آن با آدنوکارسینوم دیفرانسیه همراه با تغییرات سیستیک و نکروز سنترال مطابقت داشت. (شکل ۳)

مرور مقالات

در یک گزارش مورد مشابه توسط رومانو^۱ و همکارانش در سال ۲۰۰۴ یک زن ۷۱ ساله با شکایت درد شکمی شش ماه بعد

^۱ Romano

بسیاری از موارد با توجه به یافته های رادیولوژیک میتوان از انجام اقدامات تشخیصی تهاجمی مانند آسپیراسیون توده سیستیک و یا بیوپسی سوزنی خودداری نمود. نمای متاستاز سیستیک کبد در اغلب موارد در این روش های تشخیصی بسیار شبیه آبه های متعدد یا کیست های متعدد کبدی است. با توجه به آنکه متاستاز کبدی در ۹۸٪ موارد متعدد میباشد، لذا تعدد توده های سیستیک کبدی احتمال متاستاز کبدی را افزایش میدهد. سونوگرافی میتواند مشخصات جدار توده سیستیک، سپتوم داخلی و ندول جدار را نشان دهد. یافته های مهم در بررسی تشخیصی رادیولوژیک در سی تی اسکن پس از تزریق ماده شامل اندازه توده، سرعت رشد ضایعه، ضخامت جدار توده سیستیک، ندول جدار، مشاهده سپتوم داخلی، وجود کلسیفیکاسیون در داخل توده یا جدار توده و چگونگی تشدید جدار ضایعه پس از تزریق ماده حاجب می باشد. تصویر برداری با روش رزونانس مغناطیسی مهمترین روش تشخیصی رادیولوژیک برای ارزیابی الگوی تشدید جدار آن پس از تزریق ماده حاجب است، همچنین بررسی سیگنال محتویات توده میتواند به افتراق توده همراه با هموراژی داخلی کمک کند. این روش به همراه کلاترئوپانکرا-تیکوگرافی رتروگرید اندوسکوپی می تواند ارتباط بین توده سیستیک کبد را با مجاری صفراوی نشان دهند (۹-۱۱). در این بیمار سی تی اسکن با تزریق ماده حاجب، شواهد تشدید در قسمت محیطی توده های سیستیک کبدی را نشان داد و شک به وجود ضایعات تومورال متعدد را برانگیخت و بیوپسی سوزنی با هدایت سونوگرافی ماهیت متاستاتیک ضایعات کبدی را تایید نمود.

نتیجه گیری

اگرچه متاستاز سیستیک کبد با منشا آدنوکارسینوم ریه و مراجعه بیمار با علائم متاستاز کبدی بدون هیچ گونه علائم بالینی یا سابقه ای از تومور ریوی اولیه بسیار نادر است، لیکن در برخورد با ضایعات سیستیک متعدد کبدی به ویژه زمانی که رشد ضایعات سریع و تعداد آنها در حال افزایش باشد احتمال وجود متاستاز سیستیک کبد را باید به عنوان یک تشخیص افتراقی در نظر داشت.

تغییرات سیستیک در متاستازهای کبدی به درستی شناخته شده نیست، لیکن چند عامل را در ایجاد تغییرات سیستیک در متاستاز موثر میدانند. به نظر میرسد که رشد سریع تومور و عدم تطابق بین جریان خون تومور و سرعت رشد آن عامل اصلی ایجاد نکروز و تغییرات دژنراتیو و به دنبال آن پیدایش کانونهای سیستیک باشد. در تومورهای موسینوز اولیه مانند تومورهای کولورکتال و سیست آدنوکارسینوم تخمدان، ایجاد نواحی سیستیک در متاستاز کبدی همانند تومورهای اولیه شایع تر است (۱، ۲). در جریان دوره پس از پاسخ به درمان امکان ایجاد تغییرات سیستیک در متاستاز کبدی وجود دارد که مواردی از آن در تراکم بیضه و تومور استرومال گاسترواینستینال گزارش شده است (۵).

متاستازهای سیستیک کبد عمدتاً در تشخیص افتراقی با توده های سیستیک متعدد کبدی قرار دارند و آگاهی از شرح حال و سابقه بیمار معمولاً در محدود کردن طیف تشخیص افتراقی در بیماران دارای توده های سیستیک کبدی متعدد کمک کننده می باشد.

در میان ضایعات خوش خیم کبد، متاستازهای سیستیک متعدد معمولاً با آبه پیوژن یا کیست های هیداتید متعدد قابل اشتباه میباشد (۸). تومورهایی که بیشتر در تشخیص افتراقی با متاستاز سیستیک قرار میگیرند سیست آدنوم صفراوی و تومورهای خوش خیم با تغییرات سیستیک میباشد. اتساع مجاری صفراوی داخل کبدی پروگزیمال به تومور، وجود سپتوم داخلی در ضایعه سیستیک یا جدار ضخیم، در اغلب موارد به نفع سیست آدنوکارسینوم میباشد. ارتباط با مجاری صفراوی داخل کبدی و اثر فشاری بر مجاری صفراوی ناف کبد از یافته های تشخیصی کمک کننده به نفع تومور اولیه کبد با تغییرات سیستیک می باشد (۳، ۶).

در تعداد کمی از تومورها مانند کارسینوم کولون، تومور کارسینوئید و کارسینوم هیپاتوسلولار متاستاز محدود به کبد است ولی در اکثر موارد متاستازهای کبدی با تومور متاستاتیک در سایر اعضا همراه هستند. در این بیمار کبد تنها عضو مبتلا به ضایعه متاستاتیک بود.

سونوگرافی، سی تی اسکن و تصویر برداری به روش رزونانس مغناطیسی مهمترین روش های تشخیصی رادیولوژیک هستند که برای بررسی توده های کبدی مورد استفاده قرار می گیرند (۳). در

References

1. Romano F, Porta A, Caprotti R, Uggeri F, Conti M. Cystic liver metastases from lung adenocarcinoma: a case report. *Tumori* 2004; 90:525-527.
2. Goodwin J, Schmidt J, Mantry P. Metastatic liver disease-presenting as multiple hepatic cysts. Targeted therapy for hepatocellular carcinoma: whats new 2015; 1:11-13.
3. Morteke KJ, Ros PR. Cystic focal liver lesions in the adult: differential CT and MR imaging features. *Radiographics* 2001; 21:895-910.
4. Sugawara Y, Yamamoto J, Yamasaki S, Shimada K, Kosuge T, Sakamoto M. Cystic liver metastases from colorectal cancer. *J Surg Oncol* 2000; 74:148-152.
5. Chen MY, Bechtold RE, Savage PD. Cystic changes in hepatic metastases from gastrointestinal stromal tumors (GISTs) treated with Gleevec (imatinib mesylate). *AJR Am J Roentgenol* 2002; 179:1059-1062.
6. Vachha B, Sun MR, Siewert B, Eisenberg RL. Cystic lesions of the liver. *AJR Am J Roentgenol* 2011; 196:W355-366.
7. Del Poggio P, Buonocore M. Cystic tumors of the liver: a practical approach. *World J Gastroenterol* 2008; 14:3616-3620.
8. Singla V, Virmani V, Dey P, Khandelwal N. Solitary giant cystic liver metastasis mimicking an abscess--a word of caution. *Indian J Cancer* 2011; 48:127-129.
9. Federle MP, Filly RA, Moss AA. Cystic hepatic neoplasms: complementary roles of CT and sonography. *AJR Am J Roentgenol* 1981; 136:345-348.
10. Bakoyiannis A, Delis S, Triantopoulou C, Dervenis C. Rare cystic liver lesions: a diagnostic and managing challenge. *World J Gastroenterol* 2013; 19:7603-7619.
11. Sommer WH, Zech CJ, Bamberg F, Auernhammer CJ, Helck A, Paprottka PM, *et al.* Fluid-fluid level in hepatic metastases: a characteristic sign of metastases of neuroendocrine origin. *Eur J Radiol* 2012; 81:2127-2132.

Case Report

Irreducible Brumback IV Femoral Head Fractures: Is Smith-Petherson Approach the Best Choice

Received: 5 Jun 2016 - Accepted: 11 Jul 2016

¹ Donya Farrokh Tehrani

² Elahe Modoodi*

*1- Associate Professor of
Radiology, Mashhad university of
Medical sciences, Mashhad, Iran*

*2- Resident of Radiology, Mashhad
university of Medical sciences,
Mashhad, Iran*

** Mashhad- Mashhad university of
Medical sciences, Mashhad, Iran*

Tel: +985138843514

Email: modoodie911@mums.ac.ir

Abstract

Most of multiple cystic hepatic masses are benign. Cystic hepatic metastasis is not common and the origin of most of them is colorectal carcinoma or neuroendocrine tumors. Cystic hepatic metastasis is in the differential diagnosis of cystic liver masses. Cystic areas can be due to either inproportional increased growth rate to feeding blood supply or secondary to mucinous component in metastatic lesions of the tumors as well as their primary tumor.

We reported a 65 year old man with multiple cystic liver masses and a left pulmonary hillar mass. Radiologic and histologic investigations confirmed a pulmonary hillar adenocarcinoma as the origin of cystic liver masses.

Cystic liver metastasis is rare but early diagnosis is important to select the adequate treatment for patients.

Keywords: cystic component, liver metastasis, lung adenocarcinoma, ultrasound, computer tumography

Acknowledgement: This article has no conflict of interest and funding source.