

کار سینوم متاستاتیک پوست "گزارش يك مورد نادار"

دکتر شهریار صدراشکوری^۱ دکتر هادی موسوی مهر

خلاصه مقاله:

بروز پیدایش متاستاز جلدی نشانه‌ای از گسترده‌گی و پیشرفته بودن سرطان و پیش آگهی وخیم بوده و معمولاً پدیده‌ای دیررس می‌باشد لیکن در موارد ناداری ممکن است متاستاز جلدی نخستین تظاهر بالینی بدخیمی داخلی بوده و از روی آن به وجود بدخیمی زمینه‌ای اصلی پی برده شود. متاستاز اکثریت موارد متاستازهای جلدی فاقد مرفولوژی مشخص کننده کلینیکی بوده و فقط در موارد معدودی وجود بعضی از اشکال خاص بالینی ممکن است پزشک را متوجه احتمال متاستاز نموده و آن را در تشخیص افتراق ضایعه‌ای مدنظر قرار دهد، بیمار مورد گزارش حاضر مورد ناداری از ضایعه متاستاتیک جلدی اختصاصی از نوع انفیلترا تیپواسکلرودرموئید توام با ضایعات جلدی غیر اختصاصی است که در بررسی‌های معمول شده نهایتاً مشخص گردید که دچار آدنوکارسینوم غیر قابل تمایز مری و معده می‌باشد.

شرح حال بیمار مورد گزارش

بیمار آقای (ق-خ) ۶۰ ساله - کارگر - متأهل - اهل سراب - ساکن کیشا شهر بدلیل یکسری از Patch لکه‌های اریتماتوی پاپولو پو ستولر پوسته دهنده شبه میلیاریایی (شبه عرق جوش) بی ثبات، گذرا و راجعه خارش دار در انداز - های مختلف بر روی قسمت قدامی تنه (سینه و شکم) و کمرو سا کروم و یک پلاک اریتماتو انفیلترا سفت اسکلر و تیک در ناحیه راست گردن مراجعه و در بخش بستری گردید (تصاویر شماره ۱ و ۲). سابقه ظهور پلاک گردنی از حدود یکسال قبل از مراجعه و سابقه تظاهرات میلیاریایی شکل از حدود چهار سال جلوتر بوده و ضایعات میلیاریایی در طی بستری در بخش مرتباً تشدید و پسرفت واضح نشان می‌دادند و خصوصاً پلاک گردنی گاه حالت التهابی و یاد سرخی شکل

بخود می‌گرفته است.

بیمار مورد شناخته شده‌ای از COPD با سابقه ۲ ساله بوده و اخیراً از تنگی نفس کوششی و دیسپنژی شکایت داشته و سیانوز لب‌ها توام با رالهای منتشر در ریه و ریتم و صداهای غیر طبیعی قلب (دال برنار سایی قلب) توام با احساسیت و درد طرف راست شکم (RUQ) در زمان پذیرش مشهود بود. در معاینه بالینی آدنوپاتی گردنی راست و زیر بغل‌ها و ادم گوده گداز ۲ مثبت در ساق‌ها ملاحظه گردید. بیمار یانوجه به سوابق و تابلوی فوق علاوه بر ظن یک پدیده عفونی و... مشکوک به بدخیمی و متاستاز تلقی و مورد بررسی تکمیلی قرار گرفت که بارزترین تغییرات پاراکلینیکی وی بفرار زیر بودند:

۱- لوکوسیتوز ۱۲ هزار یانوتروفیلی ۷۶٪ و CRP مثبت -

انسیدانس هرمتاستاز جلدی ارتباط مستقیمی با و فورو شیوع بد خیمی اولیه در جامعه مورد نظر دارد و هرچه تومور بد خیم داخلی آناپلاستیک ترو یا قدیمی تر باشد شانس و گرایش به متاستاز بیشتر می شود... شایعترین تومورهای بد خیم متاستاز دهنده پوست شامل تومورهای پستان، ریه معده، رحم، روده بزرگ، کلیه، پروستات، تخمدان، کبد و استخوان می باشد و سودمندترین ضابطه بالینی جهت مشخص نمودن جایگاه تومور اولیه در موارد متاستاز جلدی شامل جنسیت بیمار و موضع متاستاز جلدی است.

متاستاز جلدی معمولاً رویدادی دیررس در سیر بد خیمی داخلی بوده موید یک پیش آگهی و خیم می باشد لیکن در موارد نادر می ممکن است نخستین تظاهر بالینی داخلی، ضایعه متاستاتیک آن در پوست باشد (۱ و ۳). از نظر کلینیکی کلاً متاستازها پر عروق تراز پوست طبیعی بوده و اکثراً سیمای انتهایی دارند تا نئوپلاستیک و نیز شکل و حالت آنها بسیار متنوع بوده و به اشکال ندولر یا پلاک برآمده یا یک ناحیه فیبروتیک ضخیم به نظر می رسند. الگوهای متاستاز در پوست متنوع بوده و (در مقاله دیگری بزودی بحث می شوند) شایعترین الگوی تظاهر متاستاز در پوست معمولاً پیدایش یک یا چندین ندول سفت غیر حساس ویی علامت به رنگ پوست است که سرعاً رشد کرده و به اندازه کمتر از ۲ سانتی متر رسیده و سپس بدون تغییر باقی می ماند و اکثراً بعنوان یک کیست یا تومور فیبروی خوش خیم تشخیص داده می شوند، و فقط معدودی از متاستازهای جلدی دارای سیمای بالینی نسبتاً مشخص کننده تری می باشند که ممکن است پس از نظر بالینی مظنون به متاستاز نمایند که شامل اشکال باد سرخی شکل یا کارسینوم انتهایی - تلائز - کتوتید - سیروتیک (شبه اسکرو درمی لکالیزه) - ندول خواهر ماری جوزف... می باشند و بیمار مورد گزارش، مورد نادری از کارسینوم متاستاتیک انتهایی - سیروتیک توام با تظاهرات غیر اختصاصی میلیاریایی شکل می باشد که با بررسی های معمول شده از روی تظاهرات متاستاتیک به وجود بد خیمی داخلی وی پی برده شده است.

ASO نرمال - تست های کبدی نرمال و توپرکولین منفی.
۲- در رادیوگرافی ریه علاوه بر تابلوی COPD تغییرات محدودی در اطراف ناف ریه بطور غیر اختصاصی ملاحظه شد.

۳- اسمیر خلط در سه نوبت جهت AFB منفی بود.

۴- پاسخ آسیب شناسی بیوپسی جلدی در ۲ نوبت از پلاک و ضایعات غیر اختصاصی دال بریک روند آگزمایی مزمن بود لیکن چون سوابق و شرح حال بیمار و تابلوی ضایعات جلدی بسیار آتپیک و در مجموع بیشتر به نفع یک روند نئوپلاستیک بود، لذا بیوپسی مجدد عمیق انجام شد که در بار سوم آسیب شناسی پلاک انفیلتره گردنی موید یک کارسینوم متاستاتیک جلدی با سلولهای آناپلاستیک آتپیک با هسته های هیپرکروماتیک و چند شکل در درم بهمراه سلولهای انتهایی مزمن و... گزارش گردید (تصاویر شماره ۳ و ۴).

با توجه به نکات فوق جهت کشف جایگاه تومور اولیه با توجه به سن و مسائل و جنسیت بیمار و محل موقعیت متاستاز و با توجه به گزارش ظاهراً طبیعی رادیوگرافی ریه، جهت بیمار رادیوگرافی مری و معده انجام که پاسخ رادیولوژی در مورد وی غیر طبیعی گزارش شد و در آندوسکوپی اولسرهایی در قسمت تحتانی مری و معده با حواشی ندولر ملاحظه گردید که بیوپسی انجام گردید و پاسخ آسیب شناسی آن موید یک آدنوکارسینوم کم دیفرانسیه (Poorly Differentiated) گوارشی بوده است (تصاویر شماره ۴ و ۵).

بحث:

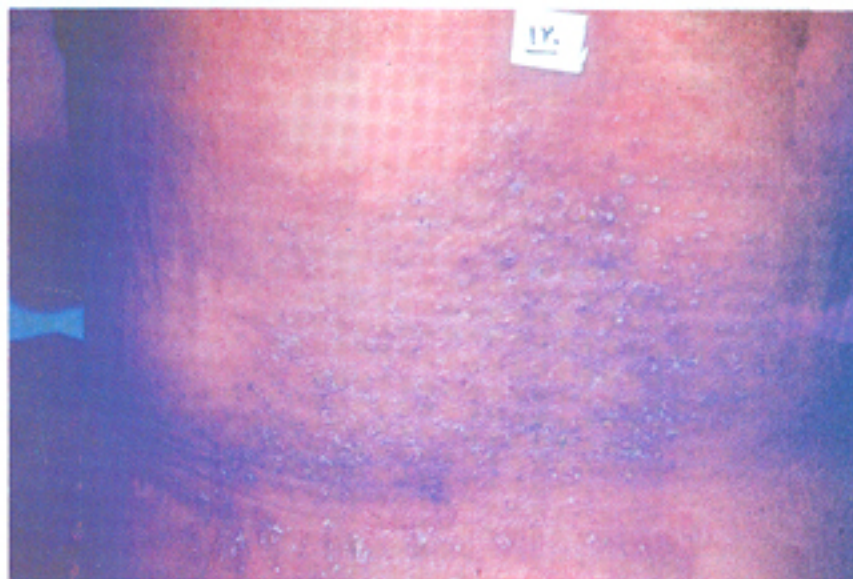
ضایعه متاستاتیک جلدی توموری متشکل از سلولهای بد خیم است که از موضع دیگری منشاء داشته و عمدتاً از یافت دیگری است که از طریق خون یا سیستم لنفاوی یا گسترش موضعی به پوست رسیده و ایجاد متاستاز می نماید اکثر تومورهای بد خیم می توانند سبب متاستاز جلدی شوند ولی کلاً انسیدانس متاستاز جلدی توسط بعضی از تومورها خیلی بیشتر و شایع تر می باشد. پوست اصولاً در ۴-۳٪ موارد بد خیمی دچار متاستاز می شود (۱ و ۲) و کلاً

REFERENCES:

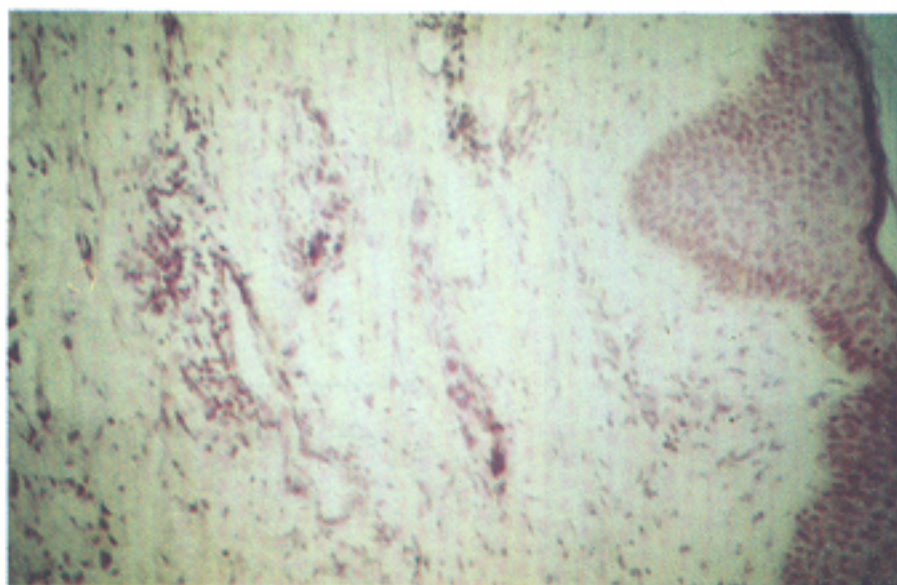
- 1- Champion, Rook,: Textbook of Dermatology 5th ed. Vol 3. 1992 2099- 100.
- 2- Lever, Walter.F : Histopathology of the skin, 7th ed 1990, 651-8.
- 3- Arnold. Harry. L,gr, Richard. B. Iclom... Andrews Diseases of the skin clinical Dermatology . 8th ed 1990 , 740-4.



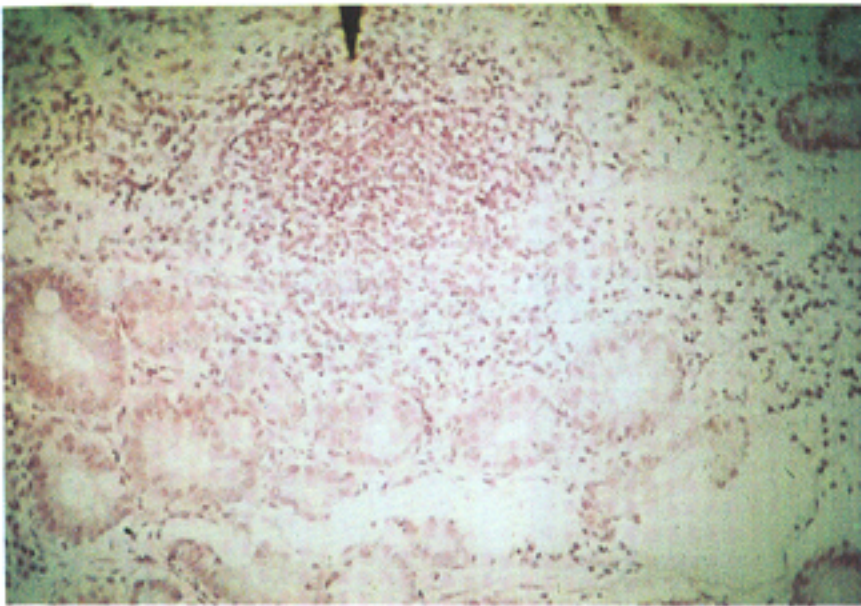
تصویر شماره ۱: پلاک اسکروتیک در ناحیه راست گردن بیمار



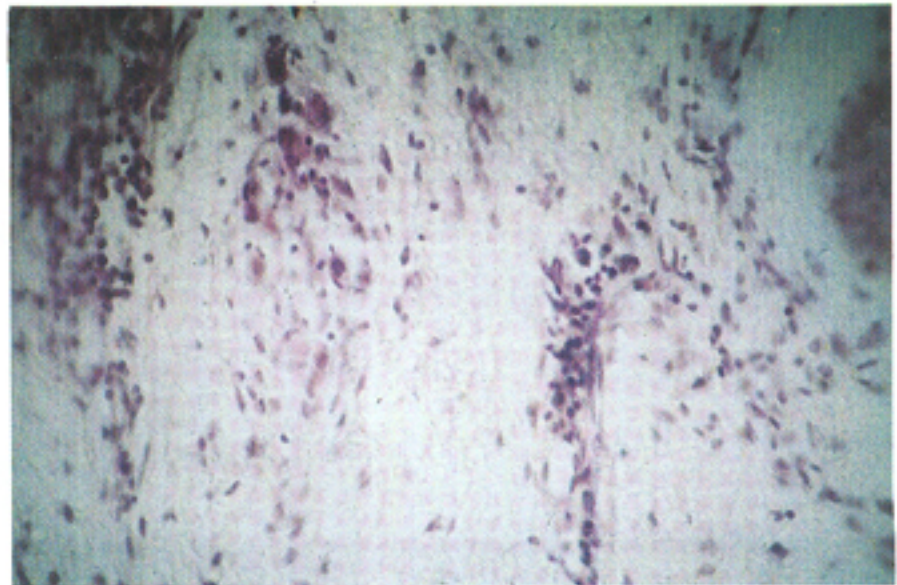
تصویر شماره ۲: ضایعات میلیاریایی شکل در تنه



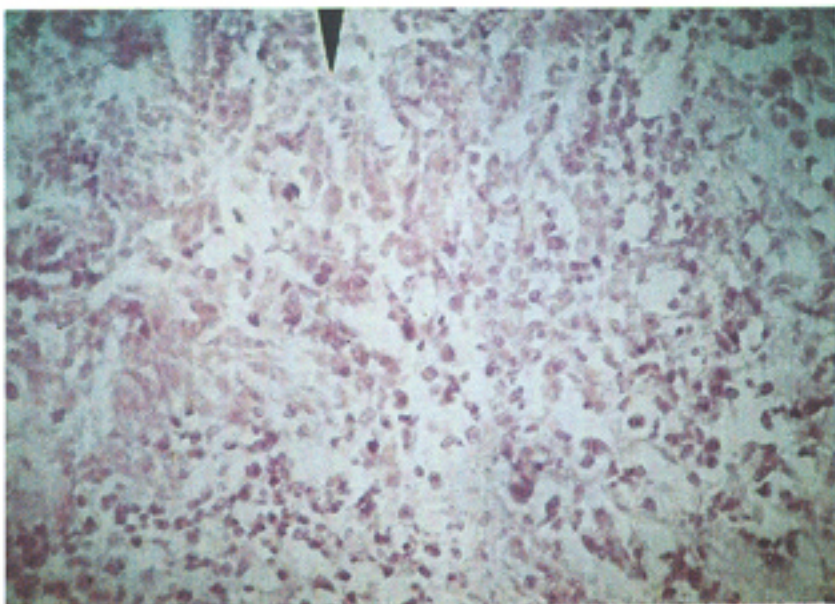
تصویر شماره ۳: سیمای آسیب شناسی متاستاز در پلاک گردن، سما.



تصویر شماره ۴: سیمای آسیب شناسی
بانمای درشت تر سلولهای متاستاتیک
در پوست



تصویر شماره ۵: سیمای آسیب شناسی
بدخیمی از بیوپسی معده بیمار



تصویر شماره ۶: سیمای آسیب شناسی
بیوپسی معده بیمار بانمای درشتتر

Metastatic skin carcinoma, A Report on a Rare case

Dr. sadr-e Eshkevary sh.

Dr. Mossavi- Mehr H.

SUMMARY

Development of metastatic deposits in skin indicates that the cancer is disseminated, and reveals a poor prognosis. but rarely, it is possible for cutaneous metastasis to be the first clinical manifestation of an occult internal malignancy. Unfortunately, a few of cutaneous metastatic deposits have characteristic clinical appearance, that may suggest the possibility of metastasis in differential diagnosis of a lesion.

We report a rare case of specific metastasis of skin (infiltrative- sclerodermoid type) together with nonspecific miliaria like eruption, being the first clinical manifestation of an undifferentiated carcinoma of stomach in patient.