

معرفی یک مورد متاستاز کارسینوم سلول کلیوی به استخوان کانیفورم

(گزارش یک مورد)

دکتر ابراهیم زنوزی، دکتر سیدعلیرضا امامی
«دانشگاه علوم پزشکی ایران»

Metastasis of Renal Cell Carcinoma to Cuneiform Bone in Foot

(A case report)

Ebrahim Zenozi, MD; Alireza Emami, MD
Iran University of Medical Sciences

خلاصه

بیمار مردی ۵۵ ساله بود که با درد پای چپ به درمانگاه مراجعه کرد. در سابقه خود ضربه به پارا ذکر می‌کند و دو بار با تشخیص شکستگی کانیفورم داخلی در مراکز دیگر پای او را گچ گرفته‌اند. در پرتونگاری یک ضایعه لیتیک دیده شد که استخوان کانیفورم داخلی را تخریب کرده و متاتارس اول، کانیفورم میانی و ناویکولار را درگیر کرده است. در اسکن استخوان و MRI، تشخیص تومورهای خوش خیم مهاجم، پیشنهاد شده بود و بیمار تحت بیوپسی قرار گرفت و نتیجه بیوپسی Clear Cell Renal Cell Carcinoma بود. بیمار تحت عمل نفرکتومی و برداشتن تومور قرار گرفت و در حال حاضر بعد از یک سال پی‌گیری مشکلی ندارد و بدون درد و کمک راه می‌رود.

Abstract

Presenting case was a 55 years old man with left foot pain. In history there was trauma in left foot and the patient underwent short leg casting because of suspicious to medial cuneiform fracture. In rontgenography there were lytic lesions in medial and middle cunciforms, first metatarsus and navicular bones. The reports of MRI and bone scan were a benign aggressive tumor. Biopsy was taken and the result was clear cell carcinoma with renal origin .

After radical nephrectomy and debulking of tumor, patient is free of sign and symptoms for almost one year.

مقدمه

با گچ‌گیری تحت درمان قرار می‌گیرد. بعد از یک ماه گچ باز می‌شود ولی درد بیمار ادامه داشته که مجدداً یک ماه دیگر گچ‌گیری می‌شود بعد از گچ‌گیری دوم نیز درد بیمار ادامه می‌یابد و به تدریج افزایش یافته و یک توده در ناحیه میانی پا (Mid Foot) در طرف مدیال بوجود می‌آید که پس از آن به این مرکز مراجعه کرده است.

از نظر سابقه پزشکی، بیمار جراحی سنگ کلیه را ۲۵ سال پیش و جراحی کاتاراکت چشم چپ را در سه سال پیش ذکر می‌کند. داروئی مصرف نمی‌کند و سیگار نیز نمی‌کشد. سابقه هماچوری دوره‌ای را ذکر می‌کند. سابقه دفع سنگ ادراری همچنین کاهش وزن ۱۰ کیلو را طی سال گذشته دارد. در پای چپ توده ۲×۵ Cm در بخش مدیال قسمت میانی پا

متاستاز به استخوانهای کوچک دست و پا نادر است، با این وجود اگر متاستاز معمولاً نشانه دیررس از یک بیماری منتشر می‌باشد، همچنین می‌تواند نمای اولیه یک کارسینوم پنهان باشد. از نظر کلینیکی ممکن است بایک بیماری خوش خیم اشتباه شود و به صورت اشتباه تحت درمان قرار گیرد^۱.

گزارش بیمار

بیمار مردی ۵۵ ساله با درد در پای (Foot) چپ است که به درمانگاه ارتوپدی بیمارستان فیروزگر مراجعه می‌کند. در سابقه، یک حادثه تروماتیک را به صورت افتادن جسم سنگین روی پای چپ ذکر می‌کند که با تشخیص آسیب بافت نرم در مرکز دیگری

Carcinoma تحت عمل نفرکتومی رادیکال قرار گرفت. به بیمار توصیه انجام آمپوتاسیون از ناحیه میچ پا (Sym's Amputatin) گردید که بیمار به هیچ عنوان حاضر به انجام آن نشد و بیمار بعد از رادیکال نفرکتومی فقط تحت ایمنوتراپی قرار گرفت. در پی گیری یک ساله حال عمومی بیمار رضایت بخش است. درد در پا ندارد، بدون کمک راه می‌رود. در اسکن استخوانی انجام شده متاستاز جدید ندارد و در محل جراحی نیز افزایش جذب رانشان نداد. در MRI انجام شده از پا علائمی دال بر عود تومور در محل قبلی نیز ندارد. سایر آزمایشات بیمار نیز طبیعی است.

بحث

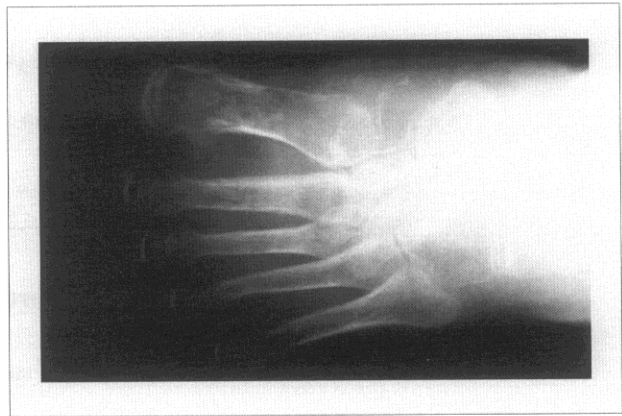
در کتب کلاسیک ارولوژی درمان سرطان سلول کلیوی بدون متاستاز، انجام نفرکتومی رادیکال و ایمنوتراپی و در صورت هرگونه متاستاز فقط ایمنوتراپی می‌باشد.^۲

در مطالعاتی که توسط محققین مختلف انجام شده تومور اولیه بدخیم در پا یا متاستاز تومورهای بدخیم به پا بسیار نادر و همگی در حد گزارش موردی می‌باشد و شایع‌ترین محل‌های متاستاز در پا شامل استخوان کالکانوس، تالوس، متاتارسها و فالنکسها است^{۳-۷}. در بررسی متون و مقالات انگلیسی زبان هیچگونه متاستاز به استخوان‌های کانیفورم گزارش نشده بود.

در مطالعه‌ای که توسط Janzen در سال ۲۰۰۳ انجام شده ذکر شده که ۵۰ درصد بیماران با رنال سل کارسینوما که تحت نفرکتومی رادیکال قرار می‌گیرند، دچار عود می‌شوند که دو سوم آنها در سال اول اتفاق می‌افتد و بیمارانی که فقط یک متاستاز دارند شانس بیشتری برای زنده ماندن طولانی‌تر دارند. این محقق بعد از نفرکتومی رادیکال فقط از ایمنوتراپی استفاده کرده بود.^۸

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۳ توسط Jung انجام شده بود ۸ بیمار با سرطان سلول کلیوی که دارای فقط یک متاستاز استخوانی بودند تحت عمل نفرکتومی رادیکال و wide resection جهت متاستاز استخوانی قرار گرفتند که با پیگیری متوسط ۶۹ ماهه، میزان بقا (Survival Rate) ۱۰۰٪ داشتند.^۹

به بیمار مورد مطالعه نیز Sym's wide resection (Amputation) پیشنهاد شد که بیمار نپذیرفت و جهت متاستاز پا فقط همان عمل اولیه استخوانی انجام شد که در حقیقت فقط یک برداشتن marginal margin بود. این بیمار همان‌طور که ذکر شد پس از یک سال علائمی دال بر عود یا متاستاز جدید ندارد.



شکل ۱. پرتونگاری نمای روبرو با ضایعه تخریبی در استخوان کانیفورم

بر روی استخوان‌های کانیفورم داخلی، پروگزیمال متاتارس اول و ناویکولار داشت. توده دردناک بود، قوام نرم داشت و متحرک نبود. بیمار مختصری محدودیت حرکت و درد در پای چپ داشت و با لنگش راه می‌رفت (شکل ۱).

از نظر پرتونگاری یک ضایعه لیتیک استخوان در کانیفورم داخلی داشت که به پروگزیمال متاتارس اول و کانیفورم میانی توسعه یافته بود. برای بیمار اسکن استخوانی درخواست شد که افزایش جذب در قسمت میانی پا را نشان می‌داد. MRI برای بیمار انجام شد که یک ضایعه اولیه استخوانی به خصوص تومورهای خوش‌خیم مهاجم به‌ویژه تومور سلول ژانت مطرح شد.

در آزمایشات به جز در ادرار که تعداد ۲۵۰۳۰ عدد RBC در High Power Field (HPF) داشت، نکته دیگری دیده نشد.

بیمار با تشخیص احتمالی تومور سلول ژانت تحت عمل جراحی نمونه‌برداری از داخل تومور (Incisional Biopsy) با استفاده از تورنیکت قرارگرفت که درحین عمل یک بافت نرم بایک کپسول بسیار نازک به رنگ بنفش تیره مشاهده شد که پس از برداشتن نمونه و بازکردن تورنیکت دچار خونریزی غیرقابل کنترل شد، در نتیجه مجبور به برداشتن کل توده شدیم که شامل کانیفورم داخلی، نیمی از کانیفورم میانی، قسمت پروگزیمال متاتارس اول بوده و در قسمت کف پا تا ناحیه فاشیای کف پا گسترده شده بود. برداشتن توده تا حد امکان انجام شد ولی بطور کامل برداشته نشد. پاتولوژی بعد از بیوپسی Metastatic Clear Cell Carcinoma با احتمال منشاء از کلیه‌ها گزارش شده بود. سونوگرافی و سی‌تی‌اسکن برای بیمار انجام شد و یک توده در پل تحتانی کلیه چپ دیده شد. بیمار با تشخیص Renal Cell

دقیق، بررسی‌های پرتونگاری اندام، بررسی سایر مناطق بخصوص ریه، شکم و لگن لازم است.

■ دکتر ابراهیم زنوزی، ارتوپد

■ دکتر سیدعلیرضا امامی، دستیار ارتوپدی

نتیجه‌گیری

متاستاز تومورهای بدخیم به استخوانهای پا بسیار نادر است ولی همیشه باید بعنوان یک تشخیص افتراقی در ضایعات تخریبی در استخوانهای پا مطرح باشد. مطالعه دقیق قبل از بیوپسی در صورتی که تشخیص قطعی مشخص نباشد، باید انجام پذیرد. قبل از عمل علاوه بر شرح حال و معاینه فیزیکی

References

1. Troncoso AR, RO JY, Grignon DJ, et al. Renal cell carcinoma acrometastasis: report of two cases and review of the literatur. *Mod Pathol*. 1991;4:66-9.
2. Bellbegrun A, Dekernion DJ. Renal Tumor. In: Walsh R, Vaughan W. editors. *Campbell's uology*. 7th ed. Philadelphia, Saunders, 1998. p 2283-2321.
3. Zindrick MR, Young MP, Daley RJ, Light TR. Metastatic tumors of the foot : case report and literature review. *Clin Orthop*. 1982;(170):219-25.
4. Ghandur- Mnaymneh L, Mnaymneh W. Solitary bone metastasis to the foot with long survival following amputation. *Clin Orthop*. 1982;(166):117-20.
5. Wu KK, Gusie ER. Metastatic tumors of the foot. *South Med J*. 1978;71(7):807-812.

6. Adkins CD, Kitaoka HB, Seidl RK, Pritchard DJ. Ewing's sarcoma of the foot. *Clin Orthop*. 1997;(343):173-82.
7. Singh HK, Silveman JF, Ballance WA Jr, Park HK. Unusual small bone metastases from epithelial malignancis: diagnosis by fine-needle aspiration cytology with histologic confirmation. *Diagn Cytopathol*. 1995;13(3):192-5.
8. Jazen NK, Kim HL, Figlin RA, Belldgrun AS. Surveillance after radical or partial nephrectomy for localized renal cell carcinoma and management of recurrent disease. *Urol Clin North Am*. 2003;30(4):843-52.
9. Jung ST, Ghert MA, Harrelaon JM, Scully SP. Treatment of osseous metastases in patients with renal cell carcinoma. *Clin orthop*. 2003;(409):223-31.