

## گزارش یک مورد آدنوکارسینوم کولورکتال نادر با تابلوی متاستاز پوستی

سیاوش ظفر دعاگو<sup>۱</sup>، سید رضا محبی<sup>۲</sup>، مرتضی عزیزی<sup>۳</sup>، علیرضا فهیم<sup>۱</sup>،  
مهسا مولایی<sup>۴</sup>، سیدرضا فاطمی<sup>۵</sup>، محمد رضا زالی<sup>۶</sup>

<sup>۱</sup> فوق تخصص بیماریهای گوارش و کبد، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
<sup>۲</sup> دکترای تخصصی ویروس شناسی پزشکی، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
<sup>۳</sup> محقق، پزشک عمومی، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
<sup>۴</sup> استادیار، پاتولوژیست، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
<sup>۵</sup> استادیار، فوق تخصص بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
<sup>۶</sup> استاد، فوق تخصص بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

### چکیده

**سابقه و هدف:** غدد لنفاوی ناحیه‌ای، کبد و ریه‌ها در ارتباط با سرطان‌های داخلی، پوست یا در اثر ارتشاح تومور و یا به صورت سندرهم‌های پارانتوپلاستیک درگیر می‌شوند و شایع‌ترین محل‌های متاستاز سرطان کولورکتال می‌باشند، ولی متاستاز پوستی نادر است. **معرفی مورد:** بیمار مرد ۵۵ ساله‌ای است که مورد شناخته شده آدنوکارسینوم کولورکتال از ۱۱ ماه قبل بود و تنها با تابلوی متاستازهای پوستی وسیع، به عنوان تنها علامت عود تومور، مراجعه نمود. با وجود اینکه شایع‌ترین محل متاستاز سرطان‌های کولورکتال، کبد و ریه می‌باشند، در این بیمار این مناطق درگیر نشده بودند. **نتیجه‌گیری:** متاستاز پوستی یک علامت پیش‌آگهی دهنده وخیم است، اما در سرطان کولورکتال درگیری پوستی به معنی مراحل نهایی بیماری نیست و می‌توان با تشخیص به موقع و زودرس ضایعات پوستی مشکوک، اقدام به درمان آن نمود. **واژگان کلیدی:** متاستاز سرطان کولورکتال، متاستاز پوستی ژنرالیزه، آدنوکارسینومای کولون.

### مقدمه

و بدون درد می‌باشند و می‌توانند تابلوی بالینی کیست، لیپوم، نوروفیبروم، گرانولوم و ندرتاً سلولیت را تقلید کنند (۴). در موارد بسیار نادری این چنین متاستازهایی ممکن است تنها علامت بیماری در بیماران بعد از عمل جراحی باشند (۱).

### معرفی مورد

بیمار مرد بازنشسته ۵۵ ساله و مورد شناخته شده آدنوکارسینوم سیگموئید، Stage II بود که حدود ۱۱ ماه قبل تحت سیگموئیدکتومی و سپس تحت ۸ جلسه شیمی درمانی قرار گرفته بود که آخرین بار ۳ ماه قبل بود. بیمار از درد شدید و عمومی در تمامی نقاط بدن شکایت داشت که به مخدر هم پاسخ نمی‌داد. بیمار از حدود ۹ روز قبل از مراجعه دچار فلج عصب

متاستاز پوستی از بدخیمی‌های شکمی غیر شایع است و در کمتر از ۵ درصد بیماران تظاهر می‌یابد و نشان دهنده پیش‌آگهی وخیم بیماری می‌باشد. اگر چه متاستاز پوستی عموماً به عنوان علامت شومی از گسترش وسیع بیماری است، می‌تواند در مراحل اولیه عود سرطان کولورکتال هم تظاهر یابد (۱، ۲).

متاستاز پوستی اغلب بعد از جراحی سرطان‌های دستگاه گوارشی و به صورت ضایعه ندولار زیرپوستی یا داخل پوستی ظاهر می‌شود (۳). این ضایعات معمولاً بدون علامت و به صورت سفت

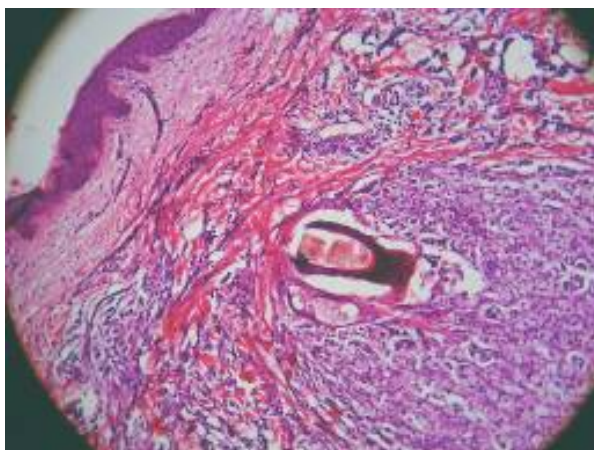
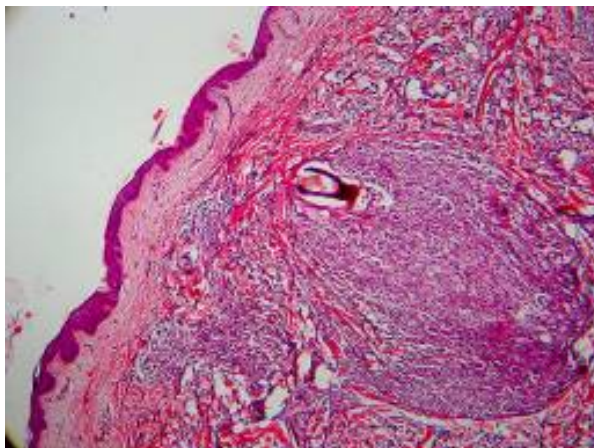
آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دکتر محمد رضا زالی (email: mrzali@ngld.ir)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۳/۱۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۷/۲۵

نتایج آزمایشات پاراکلینیکی بیمار در جدول ۱ مشخص گردیده‌اند. آنتی‌ژن کارسینوآمبریونیک (CEA) بیمار قبل از شیمی درمانی ۲۵ و پس از آن بین ۳۵۵-۱۴۵ در نوسان بود. بیمار سابقه مصرف سیگار، الکل و اعتیاد به مواد مخدر نداشت. همسر ۴۸ ساله بیمار نیز از آدنوکارسنوم پیشرفته در کولون نزولی از حدود ۱۶ ماه پیش رنج می‌برد که تحت ۶ نوبت متاستاتکتومی و شیمی درمانی قرار گرفته بود. بیمار و همسرش نسبت فامیلی نداشتند و در خانوادهايشان هم سابقه بدخیمی وجود نداشت.

در بررسی‌های عمل آمده از بیمار آزمون‌های عصبی (NCV)، الکترومیوگرافی (EMG)، اسپراسیون مغز استخوان (BMA) و بیوپسی مغز استخوان (BMB) همگی طبیعی بودند. MRI (تصویربرداری رزونانس مغناطیسی) مغز و CT اسکن‌های قفسه سینه، شکم و لگن وی در یک هفته قبل از مراجعه فاقد علایمی از درگیری متاستاتیک بودند. نتیجه آسیب شناسی یکی از ضایعات پوستی وی Mucin producing adenocarcinoma گزارش شد (شکل ۲).



شکل ۲- هیستوپاتولوژی از ضایعات پوستی

فاسیال سمت چپ نیز شده و طی هفته گذشته ضایعات پاپولونولار متعدد با اندازه‌های ۲-۶ میلی‌متر در همه جای پوست بدنش پیدا شده بود که بعضی از آنها با فشار دادن دردناک بودند (شکل ۱).



شکل ۱- ضایعات پاپولونولار جنرالیزه در همه جای بدن به ویژه در ناحیه سر و صورت

جدول ۱- نتایج آزمایشات پاراکلینیکی بیمار

آزمایش	نتایج
گلبول سفید (WBC)	۶/۷ در میکرولیتر
هموگلوبین (Hb)	۱۳/۶ گرم در دسی‌لیتر
میانگین حجم گلبول قرمز (MCV)	۸۹ فمتولیت
پلاکت (Plt)	۳۴۰ در میکرولیتر
آلانین آمینوترانسفراز (ALT)	۳۴ واحد بین‌المللی در لیتر
آسپارات آمینوترانسفراز (AST)	۲۴ واحد بین‌المللی در لیتر
آلکالن فسفاتاز (ALP)	۳۲۰ واحد بین‌المللی در لیتر
هورمون محرکه تیروئید (TSH)	۲/۳ میکروواحد در لیتر
کلسیم (Ca)	۹/۳ میلی‌گرم در دسی‌لیتر
فسفر (P)	۳/۲ میلی‌گرم در دسی‌لیتر
کلسترول (Chol)	۸۹ میلی‌گرم در دسی‌لیتر
تری‌گلیسرید (TG)	۱۱۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر

## بحث

بدخیمی‌ها، تظاهرات متعدد پوستی دارند که ممکن است قبل از تشخیص بدخیمی یا با عود بیماری ظاهر شوند. در ۷ تا ۹ درصد موارد، پوست توسط سلول‌های بدخیم مورد تهاجم قرار می‌گیرد که به صورت متاستاز یا انتشار موضعی بدخیمی (مانند متاستاز سرطان ریه)، تهاجم مستقیم سلول‌های توموری در گردش (مانند لوسمی پوستی) و یا در محل بدخیمی اولیه (مانند سارکوم کاپوزی در نقص ایمنی یا لنفوم T سل پوستی) خود را نشان می‌دهد (۵). در موارد دیگر، سلول‌های بدخیم در پوست دیده نمی‌شوند و به صورت سندرم‌های پوستی پارانیوپلاستیک خود را نشان می‌دهند. متاستازهای پوستی به صورت ندول، زخم، ضایعات شبیه سلولیتی، بول و فرایند فیبروتیک تظاهر می‌یابند. تقریباً ۲۰ درصد بیماران با سرطان کولورکتال در هنگام تشخیص، متاستاز دوردست دارند. شایع‌ترین مکان‌های متاستاز، غدد لنفاوی ناحیه‌ای، کبد، ریه و صفاق هستند و متاستاز پوستی در کمتر از ۴ درصد موارد ممکن است روی دهد (۱). متاستاز پوستی می‌تواند هر زمانی در طی روند بدخیمی رخ دهد و می‌تواند نشان دهنده شکست درمان جاری، عود بدخیمی که گمان بر ریشه‌کنی آن بوده است و یا اولین تظاهر یک بدخیمی پنهان و بدون علامت باشد (۶).

شایع‌ترین مکان‌های متاستاز پوستی، ناحیه قدام شکم و محل برش جراحی قبلی است. در ناحیه شکم نیز ناحیه اپی‌گاستر و ناحیه پری‌امبیلیکال از همه مکان‌ها مستعدتر می‌باشند. مکان‌های بسیار نادر متاستاز طبق موارد گزارش شده شامل پوست سر، صورت (پدیده نادر در مورد بیمار مورد بحث این گزارش)، ساعد، قوزک پا و ناحیه تناسلی می‌باشند (۷). متاستاز پوستی از سرطان کولون معمولاً به صورت ندول‌های سفت، موبایل و بنفش رنگ هستند. انتشار مستقیم از تومور اولیه یا از طریق لنفاتیک‌ها دلایل رخداد این چنین متاستازهایی می‌باشند (۶). متاستاز به ناحیه سر و گردن طبق موارد گزارش شده تا به حال، حدود ۱۵ مورد بوده‌اند (۸). تشخیص ممکن است تا زمانی که ضایعات پوستی به سرعت رشد کنند یا سایر مکان‌ها مثلاً ریه‌ها یا کبد درگیر متاستاز شوند مدت‌ها به تأخیر بیافتد. در کل، متاستاز پوستی یک علامت پیش‌آگهی دهنده وخیم است. اگر تومور اولیه در ریه، دهانه رحم یا مری باشد، اغلب بیماران ظرف مدت ۳ ماه خواهند مرد. اما در سرطان کولورکتال درگیری پوستی به معنی مراحل نهایی بیماری نیست (۹) و می‌توان با تشخیص به موقع و زودرس از طریق ضایعات پوستی مشکوک و بررسی بیشتر آن از مرگ بیمار جلوگیری کرد. درمان شامل کمورادیوتراپی سیستمیک و متاستازکتومی می‌باشد (۱۰).

## REFERENCES

1. Lee M, Duke EE, Munoz J, Holaday L. Colorectal cancer presenting with a cutaneous metastatic lesion on the Scalp. *Cutis* 1995; 55: 37-39.
2. Wright PK, Jha MK, Barrett PD, Bain IM. Colonic adenocarcinoma presenting as a cutaneous metastases in an old operative Scar. *J Postgrad Med* 2003; 49: 157-58.
3. Looking bill DP, Spangler N, Helm KF. Cutaneous metastases in patients with metastatic carcinoma: a retrospective study of 4020 patients. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29: 228-36.
4. Stein RH, Spencer JM. Painful cutaneous metastases from oesophageal carcinoma. *Cutis* 2002; 70: 230-32.
5. Marcoval J, Moreno A, Peyri J. Cutaneous infiltration by cancer. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57: 577-80.
6. Gottlieb JA, Schermer DR. Cutaneous metastases from carcinoma of the colon. *JAMA* 1970; 213: 20-83.
7. Iwase K, Takenaka H, Oshima S, Kurozumi K, Nishimura Y, Yoshidome K, et al. The solitary cutaneous metastasis of asymptomatic colon cancer to an operative scar. *Surg Today* 1993; 23: 164-66.
8. Staviranos SD, Mclean NR, Kelly CG, Fellows S. Cutaneous metastases to the Head and Neck from colonic carcinoma. *Eur J Surg Oncol* 2000; 265: 18-519.
9. Brady LW, O'Neill EA, Faber SH. Unusual sites of metastases. *Semin Oncol* 1977; 4: 59-64.
10. Gmitter TL, Dhawan SS, Phillips MG, Wiszniak J. Cutaneous metastases of colonic adenocarcinoma. *Cutis* 1990; 46: 66-68.