

گزارش یک مورد نادر سرطان معده با متاستاز پوستی دکتر مریم جامه شورانی^۱، دکتر رضا اقدام ضمیری^۲، دکتر مینوش مقیمی^۳

نویسنده‌ی مسئول: زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، بیمارستان ولیعصر (عج)، بخش انکولوژی Reza_e_z@yahoo.com

دریافت: ۸۹/۳/۳۱ پذیرش: ۹۰/۳/۳۰

چکیده

سرطان معده یکی از شایع‌ترین بدخیمی‌ها در سراسر جهان است که می‌تواند به مناطق بسیاری گسترش یابد؛ شایع‌ترین آن‌ها کبد، ریه، استخوان و غدد آدرنال است. متاستاز پوست در سرطان معده بسیار نادر است و معمولاً بعد از تشخیص اولیه اتفاق می‌افتد. گزارش مورد آقای ۶۵ ساله‌ای با تشخیص آدنوکارسینوم معده بود. در حین درمان ضایعات پوستی به وجود آمد که در نمونه‌برداری ضایعات پوستی و متاستازهای ناشی از سرطان اولیه‌ی بیمار گزارش شد که علی‌رغم پاسخ خوب سیستمیک به شیمی‌درمانی این ضایعات در حال پیشرفت باقی ماند. متاستاز پوستی پروگنوز بد بیماری را نشان می‌دهد و نشان دهنده‌ی انتشار وسیع بیماری است.
واژگان کلیدی: آدنوکارسینوم معده، متاستاز پوستی، پیش‌آگهی بد

مقدمه

زوسترفرم یا شبیه اریزوپلازی بیان شده که مورد آخر را کارسینوم اریزی پلاتویید می‌گویند ولی می‌تواند به صورت ندول یا بیشتر سلولیت هم باشد (۲). معمولاً متاستاز پوستی سرطان معده بعد از تشخیص بدخیمی اولیه‌ی داخلی به وجود می‌آید ولی به ندرت می‌تواند تظاهر اولیه‌ی سرطان معده هم باشد. متاستازهای پوستی نشان دهنده‌ی پروگنوز بد بیماری هستند و از انتشار وسیع بیماری خبر می‌دهد. بیماران حیات کوتاهی دارند، در یک مطالعه میانگین حیات بیماران سرطان معده بعد از متاستاز پوستی ۱/۲ ماه عنوان شده است (۴) و در یک مطالعه دیگر هم این مقدار، زیر یک سال بیان شده است (۳). با درمان‌های پیشرفته و ترکیبی یا درمان‌های

متاستازهای پوستی تظاهرات غیرشایعی از تومورهای توپر (solid) هستند و بیشتر در تومورهای پستان، ریه، کولورکتال، کلیه و تخمدان دیده می‌شود و در معده تظاهر ناشایعی است. متاستاز کانسر معده بیشتر کبد، غدد آدرنال، ریه و استخوان را درگیر می‌کند و به ندرت به پوست متاستاز می‌دهد (۲). در یک مطالعه شیوع کلی متاستازهای پوستی از ۰/۷ تا ۱۰/۴ درصد عنوان شده است (۲) که در مورد سرطان‌های دستگاه گوارش فوقانی از جمله معده کمتر از ۱ درصد است (۳). متاستاز پوستی در کاسینوم معده به صورت اشکال متفاوتی تظاهر می‌نماید. در یک مطالعه درگیری پوست از متاستازهای کارسینوم معده بیشتر به صورت

۱- رزیدنت داخلی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۲- متخصص رادیوتراپی انکولوژی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۳- فوق تخصص هماتولوژی انکولوژی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی زنجان

به خصوص قدام و خلف از ریشه‌ی گردن تا حاشیه‌ی نواحی تحت فکی دچار تغییر رنگ قرمز و تغییر الاستیسیته به صورت قوام سفت و چسبیده به لایه‌های زیرین و ضخیم‌تر شدن چین‌های پوستی شد (شکل ۱، ۲ و ۳). در این نواحی هیچ نوع درد یا حساس بودن یا خارش وجود نداشت. از ضایعات ایجاد شده، بیوپسی به عمل آمد که سلول‌های انفیلتراهی بدخیم پوستی گزارش شد و تشخیص متاستاز تومور بدخیم از منشا آدنوکارسینوم معده تایید شد (شکل ۴ و ۵).

جهت ادامه‌ی درمان برای بیمار رژیم جدید داروهای Taxoter Cisplatin 5fu شروع شد و بعد از چهار دوره مجدداً بیمار از نظر ضایعات پوستی بررسی شد. ضایعات تومورال در پایان ۴ دوره وسیع‌تر و به‌طور متعدد در ناحیه‌ی تنه، کمر و کشاله‌ی ران دیده شد و لذا بیمار پاسخی به رژیم دارویی جدید هم نداد (شکل ۶، ۷ و ۸). و مجدداً رژیم درمانی به رژیم Folfox تغییر یافت که در حال حاضر بعد از دوره‌ی رژیم Folfox، بیماری ثابت است و نکته‌ی مهم اینجاست که در طی این مدت بیمار هیچ شکایتی از علایم گوارشی نداشت و در گزارش CT-scan آخر بیمار هیچ نوع متاستاز احشایی مشاهده نشد.

موضعی ضایعه متاستاتیک به‌ندرت ممکن است طول عمر و حیات بیماران را بیشتر کرد (۷). تظاهرات متاستاتیک پوستی تومورها می‌تواند با بیماری‌های سطحی پوست اشتباه شود تشخیص زودتر این نوع متاستازها در نحوه‌ی شروع و ادامه‌ی درمان کمک کننده است و اطلاع دقیق‌تری از حیات بیماران در اثر این بیماری به ما می‌دهد و از درمان‌های غیرضروری دیگر جلوگیری می‌کند.

گزارش مورد: بیمار، آقای ۶۵ ساله‌ای بود. مورد شناخته شده‌ی سرطان معده از نوع آدنوکارسینوما (Poorly Diff Adeno CA Diffuse Type) در ناحیه‌ی کاردیا و خم کوچک معده بود که در مراجعه‌ی اولیه و در CT اسکن به عمل آمده از سینه و شکم و لگن بیمار هیچ نوع متاستاز دوردستی مشاهده نشد و بیمار در مرحله‌ی غیر متاستاتیک بیماری بود. بعد از یک‌ماه از درمان (دو دوره شیمی‌درمانی) بیمار با داروهای سیس‌پلاتین (Cis platin) 5 fu (Epirubicin) کلیه‌ی علایم بالینی اولیه‌ی بیمار از جمله دیسفاژی، کاهش وزن، تهوع و استفراغ روبه بهبود گذاشت ولی در همین زمان در معاینه‌ی بیمار، بزرگی غدد لنفاوی ناحیه‌ی تحت فکی و زنجیره‌ی خلفی سمت چپ گردن داشت. پوست گردن بیمار

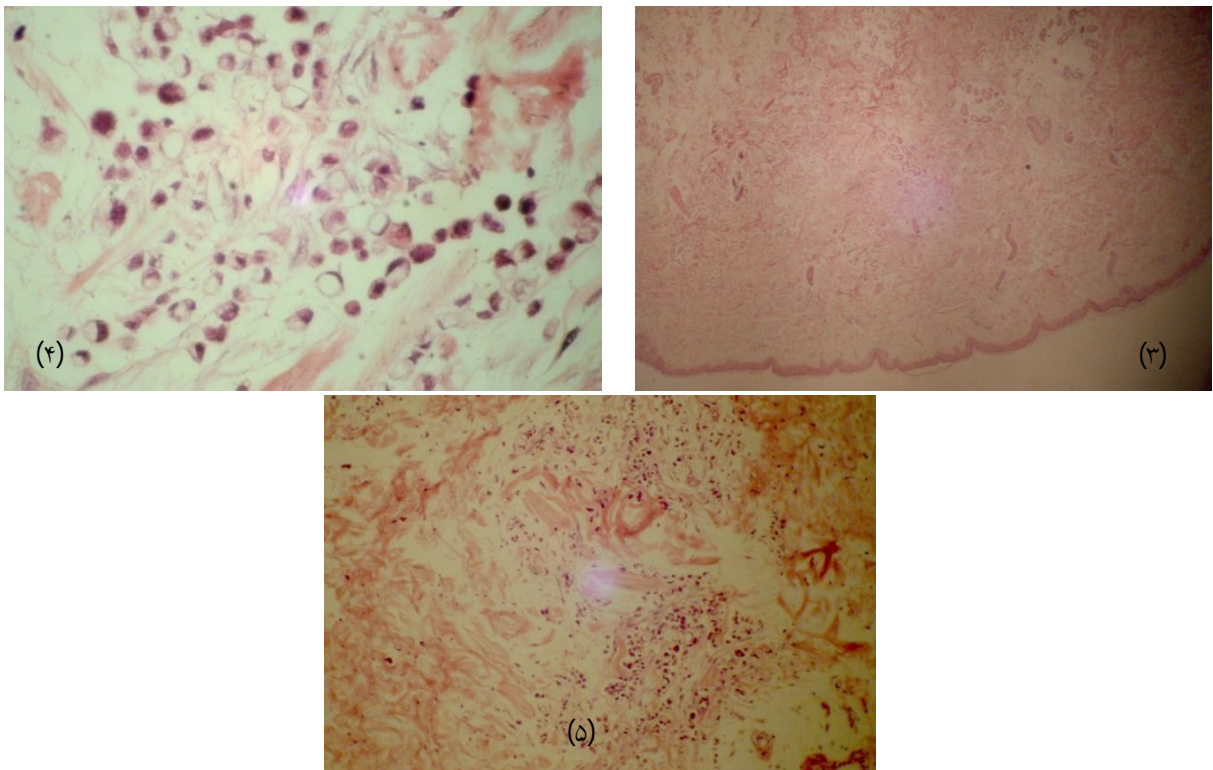


(۲)



(۱)

شکل ۱ و ۲. ضایعه پوستی در جلو و پشت گردن



شکل ۳، ۴ و ۵. نمونه‌ی بیوپسی از ضایعات متاستاتیک پوستی



شکل ۶، ۷ و ۸. ضایعات پوستی در ناحیه‌ی تنه

بحث

متاستاز به دیوار شکم، کبد، ریه و استخوان دارد و اگر ندرتاً به پوست متاستاز دهد، بیشتر تمایل به پوست سر، گردن، آگزیلا و توراکس و انتهاها دارد (۲). درگیری پوست در متاستاز از منشا کانسر معده می‌تواند در ظاهر به صورت زوسترورم اریزی پلازی یا به صورت درماتیت آلرژیک تماسی، فتودرماتوز، پلاک قرمز یا یک اسکار تظاهر کند (۲). تظاهر اصلی نمای هیستولوژیکی از ضایعه هم می‌تواند شبیه تومور اولیه باشد (۳). درگیری‌های غیربدخیم پوست در کارسینوم معده شامل هیپرپلازی پوست در آگزیلا و کپل‌ها که اکانتوزیس نیگریکنس گویند و همینطور درگیری به صورت Triple Palms که شبیه یک هیپرپلازی سلولی در پوست کف پاهاست می‌باشد (۵). در بیماران کانسر معده با متاستاز سلول‌های بدخیم به پوست، سورویوال کاهش می‌یابد؛ در مطالعات مختلف مدت آن را کمتر از یک سال بیان کرده‌اند هر چند با درمان‌های پیشرفته می‌توان تا حد کمی طول عمر و سورویوال را افزایش داد ولی باز در مجموع متاستاز به پوست در کانسر معده نشان دهنده‌ی پروگنوز بد بیماری می‌باشد. درمان‌های آن بسته به شرایط تومور، اندازه‌ی متاستاز به پوست شامل جراحی، کموتراپی یا رادیوتراپی است و در موارد شدید فقط حمایتی می‌باشد (۳). پس با توجه به موارد فوق بهتر است در کانسرهای توپیر (همانند کانسر معده) با دیدن هر نوع ضایعه پوستی یا ندول‌های اریتماتوی پا برجا و مقاوم از ضایعه بیوپسی به‌عمل آورد و با تشخیص هر چه زودتر متاستاز پوستی و شروع درمان‌های ضد تومور مناسب از گسترش هر چه بیشتر متاستازهای احشایی جلوگیری کرد.

انواع مختلفی از تغییرات پوستی مرتبط با بدخیمی‌های داخلی وجود دارد یکی از این نوع تغییرات پوستی به‌علت متاستاز سلول‌های بدخیم از تومور داخلی ایجاد می‌شود در مجموع پوست یکی از مکان‌های ناشایع جهت متاستازهای دوردست تومورهای توپیر می‌باشد که بیشتر در تومورهای پستان، ریه و کولون دیده می‌شود. در یک گزارش در مردان بیشترین تومور توپیری که به پوست متاستاز می‌دهد ریه و در زنان پستان عنوان شده است (۱). معمولاً متاستاز به پوست بعد از تشخیص بدخیمی اولیه به‌وجود می‌آید ولی گاه می‌تواند اولین تظاهر بدخیمی هم باشد. متاستازهای پوستی اکثراً پروگنوز بد بیماری را نشان می‌دهند. بیش از ۶۰ درصد متاستازهای پوستی از نوع آدنوکارسینوماست (۲) که درصد کمی از آن‌ها از منشا کانسر معده می‌باشد. در یک مطالعه تنها ۶ درصد از کل متاستازهای پوستی در مردان و فقط ۱ درصد کل متاستازهای پوستی در زنان از منشا آدنوکارسینوم معده گزارش شده است؛ لذا درگیری پوست به‌عنوان متاستاز دور دست در کانسر معده خصوصاً نوع آدنوکارسینوم امر ناشایعی است (۶ و ۲). آدنوکارسینوماهای معده تومورهای اپیتلیال بدخیم هستند که از اپتلیوم غدد مخاطی معده منشا می‌گیرند و سریعاً به دیواره‌ی معده تهاجم می‌کنند و در لایه‌های عضلانی مخاطی، زیرمخاطی و پروپریای عضلانی پخش می‌شوند (۵). آدنوکارسینوم معده می‌تواند به‌صورت موضعی به ساختمان‌های اطراف یا به‌صورت خونی به ساختمان‌های دور دست از جمله پوست انتشار پیدا کند و بیشتر تمایل به

References

- 1- Koo DH, Chang HM, Jung JY, et al. Coetaneous metastasis resembling acute dermatitis in patient with advanced gastric cancer. *Clin Exp Dermatol*. 2007; 32: 284-6.
- 2- Xavier MH, Vergueiro Tde R, Vilar EG, et al. Cutaneous metastasis of gastric adenocarcinoma: an exuberant and unusual clinical presentation. *Dermatol Online J*. 2008; 14: 8.

- 3- Morelli U, Ciocchi R, Mecarelli V, et al. Gastric adenocarcinoma cutaneous metastasis arising at a previous surgical drain site: a case report. *J Med Case Reports*. 2009; 3: 65.
- 4- Prabhash K, Talwar V, Vaid AK, Doval DC. Gastric carcinoma presenting as cutaneous metastases. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2005; 71: 208-9.
- 5- Stomach cancer. Modified on 9 February 2011. Available from URL: http://en.wikipedia.org/wiki/Stomach_cancer
- 6- López-Tarruella Cobo S, Moreno Antón F, Sastre J, López García-Asenjo JA, Torres A, Díaz-Rubio E. Cuirasse skin metastases secondary to gastric adenocarcinoma. *Clin Transl Oncol*. 2005; 7: 213-5.
- 7- Früh M, Ruhstaller T, Neuweiler J, Cerny T. Resection of skin metastases from gastric carcinoma with long-term follow-up: an unusual clinical presentation. *Onkologie*. 2005; 28: 38-40.

Case Report of a Rare Gastric Cancer Patient with Skin Metastasis

Jameh Shorani M¹, Eghdam Zamiri R², Moghimi M²

¹Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

²Dept. of Oncology, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

Corresponding Author: Eghdam Zamini R, Dept. of Oncology, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

E-mail: Reza_e_z@yahoo.com

Received: 21 Jun 2010 **Accepted:** 20 Jun 2011

Gastric cancer is one of the most common cancers in the world that can metastasize to other sites. The most common sites of metastasis are liver, lung, bone, and adrenal glands. Skin metastasis in gastric cancer is rare, and it usually occurs after diagnosis of primary cancer (1). The patient reported here is a 65-years old male with gastric adenocarcinoma that in the course of chemotherapy came down with some skin lesions. The biopsy report points to skin metastasis from gastric cancer. In spite of good systemic response to chemotherapy, the lesions progressed. Skin metastasis has poor prognosis, and it is a sign of disease diffusion (2).

Keywords: Gastric adenocarcinoma, Skin metastasis, Poor prognosis