

## استئاتوهپاتیت غیرالکلی با نمای توده‌های متاستاتیک کبد

دکتر سپیده حق‌ازلی<sup>۱</sup>، دکتر بهرام مه‌رتاش<sup>۲</sup>، نسترن مؤمنی<sup>۳</sup>، دکتر مه‌رداد حق‌ازلی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> استادیار، دانشگاه علوم پزشکی قزوین

<sup>۲</sup> استادیار، دانشگاه علوم پزشکی قزوین

<sup>۳</sup> دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین

<sup>۴</sup> دستیار فوق تخصصی گوارش، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

### چکیده

#### زمینه و هدف

استئاتوهپاتیت غیرالکلی (NASH)\* یک شکل از هپاتیت مزمن است. دژ نراسیون چربی ممکن است تمام کبد یا قسمتهایی از آن را فرا گیرد که در این گزارش به موردی از آن اشاره می‌شود.

#### گزارش مورد

بیمار خانم ۴۱ ساله‌ای است که به علت دیابت، تب  $38/5^{\circ}\text{C}$ ، اسهال و استفراغ و درد پهلوئی راست در بخش داخلی بیمارستان بوعلی قزوین بستری شد. بیمار پس از آزمایشهای اولیه با تشخیص پیلونفریت تحت درمان آنتی‌بیوتیکی قرار گرفت. از بیمار سونوگرافی کبد و کلیه به عمل آمد که نشان دهنده توده‌های متعدد کبدی بودند. در سی تی اسکن شکم با ماده حاجب، ضایعات متعدد هیپودنس در کبد مشاهده شد. بیوپسی کبد زیر هدایت سونوگرافی انجام گرفت. در بیوپسی کبد تغییرات ماکروویکولر چربی مشاهده شد و با تأیید مجدد اثری از بافت بدخیم دیده نشد. بیمار تحت درمان دیابت قرار گرفت.

#### نتیجه‌گیری

ارتشاح کانونی چربی با متاستاز کبدی در سی تی اسکن ممکن است اشتباه شود. نمای سی تی اسکن غیر کروی، بدون اثرات فشاری و دانسیته آن شبیه آب است. بیوپسی کبد در این موارد کمک‌کننده است.

**کلید واژه:** استئاتوهپاتیت غیرالکلی، توده کبدی، قزوین، ایران

گوارش / دوره ۱۰، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۴، ۱۵۳-۱۵۵

### گزارش مورد

بیمار خانم ۴۱ ساله‌ای است که به علت دیابت، تب  $38/5^{\circ}\text{C}$ ، اسهال و استفراغ و درد پهلوئی راست در بخش داخلی بیمارستان بوعلی قزوین بستری شد. در معاینه شکم بیمار نکته‌ای یافت نشد. بیمار پس از آزمایشهای اولیه با تشخیص پیلونفریت تحت درمان آنتی‌بیوتیکی قرار گرفت. آزمایشهای بیمار به شرح زیر می‌باشد:

گلبول سفید (WBC):  $10500$  کشت خون: E-Coli

هموگلوبین (Hb):  $11/6$  آلانین آمینوترانسفراز (ALT):  $62(40)$

پلاکت (PLT):  $230000$  آسپارات آمینوترانسفراز (AST):  $54(40)$

قند ناشتا (FBS):  $173$  آلکان فسفاتاز (ALP):  $378(306)$

آزمایش کامل ادرار (U/A): گلبول سفید و سلول چرکی: فراوان

### زمینه و هدف

استئاتوهپاتیت غیرالکلی (NASH) یک شکل از هپاتیت مزمن است که نمای بافت‌شناسی آن مشابه بیماری کبدی به علت الکل است ولی بیماران الکل زیادی مصرف نمی‌کنند. (۱)، دژ نراسیون چربی ممکن است تمام کبد یا قسمتهایی از آن را فرا گیرد. (۲)

از عوامل مهم اپیدمیولوژی یک مؤنث بودن می‌باشد. همراهی دیابت و NASH نیز مورد توجه است و بسیاری از بیماران کلسترول یا تری‌گلیسرید بالایی دارند. اکثر بیماران بدون علامت می‌باشند و در معاینه ممکن است بزرگی کبد داشته باشند. (۳)

نویسنده مسئول: قزوین، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، بیمارستان بوعلی، بخش داخلی

تلفن:  $0281-3326032$ ، نمابر:  $021-88012992$

E-mail: [sephagh@ams.ac.ir](mailto:sephagh@ams.ac.ir)

\* Non-Alcoholic Steatohepatitis

ماه به علت عدم کنترل دیابت انسولین تجویز شد و در پیگیری تا یک سال ALT/AST طبیعی بوده است.

### بحث

از علل استئاتوهپاتیت غیرالکلی یا بیماری کبد چرب می‌توان به علل دارویی و متابولیک به‌طور عمده اشاره کرد. از مکانیسم‌های ذکر شده هیپرگلیسمی و هیپرانسولینمیسم می‌باشد که به‌ویژه در بیماران دیابتی مشاهده می‌شود. (۱)، در سونوگرافی پارانشیم کبد افزایش اکوژنیسیته دارد که به آن کبد درخشان (bright liver) گفته می‌شود. کبد چرب کانونی (focal fatty liver) یک پدیده موضعی می‌باشد. (۲)، اهمیت تغییرات کانونی چربی در تشخیص افتراقی ضایعات فضاگیر کبدی می‌باشد.

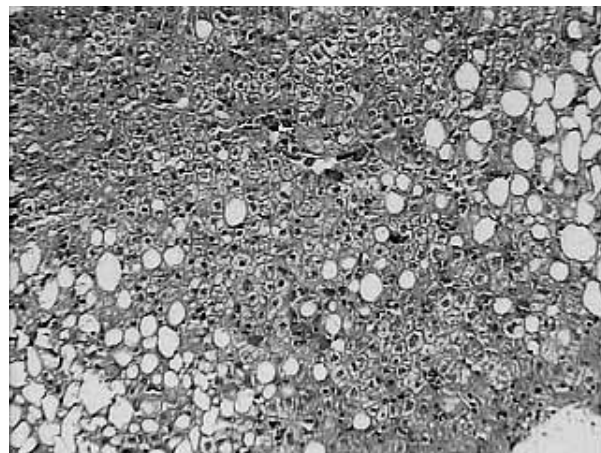
برای افتراق این ضایعه از توده‌های کبدی، بیوپسی زیر هدایت سونوگرافی کمک‌کننده است، بیوپسی در این ضایعات به‌ویژه در مواردی که فرد سابقه بیماری بدخیم دارد مورد تأکید قرار گرفته است. (۴) قبلاً نیز مواردی از ارتشاح کانونی چربی مورد توجه بوده است. ۴ نمای سونوگرافیک نیز در این مورد شناخته شده است. (۱) بیمارانی با نمای هیپواکو و هیپراکو که البته سونوگرافیست‌های با تجربه قادر به تشخیص آن می‌باشند. (۲) نمای ندول هیپراکو که در سی‌تی‌اسکن احتمال ارتشاح چربی مطرح می‌شود. (۳) نمای confluent هیپراکو که حتی در سی‌تی‌اسکن و آنژیوگرافی احتمال تجمع چربی مطرح نمی‌شود. (۴) مناطق کانونی پراکنده (focal spread areas) که در سی‌تی‌اسکن مشخص تر می‌شوند. (۵)، ارتشاح کانونی چربی با متاستاز کبدی در سی‌تی‌اسکن ممکن است اشتباه شود. (نمای سی‌تی‌اسکن غیر کروی، بدون اثرات فشاری (mass effect) و دانسیته آن شبیه آب است). (۱)، متاستازهای کبدی معمولاً گرد یا بیضی می‌باشند و اگر نکروتیک یا کیستیک نباشند دانسیته آنها نزدیک به بافت طبیعی کبد است تا شبیه دانسیته آب. (۶)، البته موارد دیگری در مورد ارتشاح چربی در کبد به‌ویژه در سالهای ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۰ گزارش شده‌اند، اما این موضوع همیشه از اهمیت بالینی برخوردار و حتی ام‌آر‌آی نیز کمک‌کننده است، به هر حال بیوپسی یا آسپیراسیون سوزنی برای تشخیص قطعی استفاده شده است. (۷-۹)

طی بررسی‌های روتین سونوگرافی کبد و کلیه از بیمار به عمل آمد که با توجه با توده‌های متعدد کبدی جهت بیمار سی‌تی‌اسکن شکم پیشنهاد شد. در سی‌تی‌اسکن شکم با تجویز ماده حاجب، ضایعات متعدد هیپودنس در کبد مشاهده و متاستاز کبدی مطرح شد (شکل ۱). پس از آماده‌سازی بیمار بیوپسی کبد با هدایت سونوگرافی انجام گرفت.



شکل ۱: تصویر سی‌تی‌اسکن بیمار

در بیوپسی کبد تغییرات ماکروویکولر چربی مشاهده شد و اثری از بافت بدخیم دیده نشد. این یافته‌ها در بازخوانی مجدد لام مورد تأیید قرار گرفت (شکل ۲).



شکل ۲: نمای آسیب‌شناسی کبد بیمار

پس از بیوپسی کبد، بیمار تحت درمان با متفورمین قرار گرفت و آنزیمهای کبدی و سونوگرافی بیمار پس از ۸ ماه طبیعی شد. پس از ۴

## References

1. Diehl AM, Poodrad F. Nonalcoholic fatty liver disease. In: Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH, editors. *Gastrointestinal and liver disease pathophysiology/ diagnosis/ management*. 7th ed. Saunders: 2001.
2. Armstrong P, Wastie ML. Hepatobiliary system, fatty degeneration of liver. *Diagnostic imaging*. 4th ed. Blackwell Science: 1999. p. 203.
3. Reid AE. Nonalcoholic steatohepatitis. *Gastroenterology* 2001; 121: 710-23.
4. Caturelli E, Rapaccini GL, Sabelli C, de Simone F, Anti M, Savini E, *et al.* Ultrasonography and echo-guided fine-needle biopsy in the diagnosis of focal fatty liver change. *Hepatogastroenterology* 1987; 34: 137-40.
5. Wang SS, Chiang JH, Tsai YT, Lee SD, Lin HC, Chou YH, *et al.* Focal hepatic fatty infiltration as a cause of pseudotumors: Ultrasonographic patterns and clinical differentiation. *J Clin Ultrasound* 1990; 18: 401-9.
6. Halvorsen RA, Korobkin M, Ram PC, Thompson WM. CT appearance of focal fatty infiltration of the liver. *AJR Am J Roentgenol* 1982; 139: 277-81.
7. Gorg C, Bert T. Sonographic patterns of diffuse and focal fatty infiltration of the liver: Differential diagnosis to metastatic liver disease. *Onkologie* 2005; 28: 659-64. Epub 2005 Dec 1.
8. Kemper J, Jung G, Poll LW, Jonkmanns C, Luthen R, Muedder U. CT and MRI findings of multifocal hepatic steatosis mimicking malignancy. *Abdom Imaging* 2002; 27: 708-10.
9. Zeppa P, Anniciello A, Vetrani A, Palombini L. Fine needle aspiration biopsy of hepatic focal fatty change. A report of two cases. *Acta Cytol* 2002; 46: 567-70.

## Non-Alcoholic Steatohepatitis Presenting as Metastatic Liver Masses

### ABSTRACT

Non-alcoholic steatohepatitis is a form of chronic hepatitis. Fatty degeneration may involve liver focally or as a whole. The patient was a 41-year-old woman who was diabetic and admitted in Buali hospital in Ghazvin because of right flank pain, fever, vomiting and diarrhea. The patient was treated as pyelonephritis. Liver function tests were as below: ALT: 62 (40) AST: 54 (40), Alkaline Phosphatase: 378 (306). Imaging study of liver and kidney showed multiple masses in liver that documented again in CT scan of abdomen. Liver biopsy was performed ultrasonography guided.

Macrovesicular fatty changes were seen histologically and documented again by review of liver specimens. No any malignant structure was identified. The patient was treated as diabetic patients.

Focal fatty infiltration can be misdiagnosed as liver metastasis; it is seen as nonspherical lesion in CT scan, without mass effect, with density similar to water. Guided biopsy of the liver can help to have the correct diagnosis. *Govaresh/ Vol. 10, No. 3, Autumn 2005; 153-155*

**Keywords:** Non-alcoholic steatohepatitis, Liver mass, Ghazvin, Iran

**Haghazali S**

Ghazvin University of Medical  
Sciences

**Mehrtash B**

Ghazvin University of Medical  
Sciences

**Momeni N**

Ghazvin University of Medical  
Sciences

**Haghazali M**

Shahid Beheshti University of  
Medical Sciences

**Corresponding Author:**

Sepideh Haghazali M.D.,

Ghazvin University of Medical  
Sciences, Buali Hospital, Internal  
Medicine ward,

Tel: +98 281 3326032

Fax: +98 21 88012992

E-mail: [sephagh@ams.ac.ir](mailto:sephagh@ams.ac.ir)