

## گزارش یک مورد کوریوکارسینوم متاستاتیک به ژژونوم با تظاهرات خونریزی شدید از دستگاه گوارش تحتانی

دکتر سیدرضا فاطمی<sup>۱\*</sup>، دکتر محمدجواد احسانی اردکانی<sup>۲</sup>، دکتر ژاله محسنی فر<sup>۳</sup>، دکتر محمدرضا زالی<sup>۴</sup>  
فلوشیپ فوق تخصص گوارش، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
استادیار، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
استادیار، بخش پاتولوژی، بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
استاد، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

### خلاصه

بیمار خانم ۳۳ ساله ای است با شکایت درد متناوب شکم و حملات خونریزی شدید دستگاه گوارش تحتانی که از ۲ هفته قبل مراجعه کرده و مورد بررسی قرار گرفته است.

در بررسی دستگاه گوارش فوقانی و تحتانی نکته خاصی به دست نیامد. جهت بررسی بیشتر از بیمار اسکن هسته ای گلیبول قرمز به عمل آمد که محل خونریزی را در بخش فوقانی و راست شکم منطبق با روده باریک گزارش کرد. به دنبال آن بیمار، تحت عمل جراحی قرار گرفت، تومور گزارش شده به ابعاد ۱ × ۲ سانتی متر در ژژونوم بیمار در فاصله ۶۵ سانتی متری از رباط تریپتز خارج شد. در بررسی پاتولوژی کوریوکارسینوم متاستاتیک به ژژونوم گزارش شد. در ارزیابی آزمایشگاهی  $\beta$ -hCG: ۵۷۰۰۰ بود؛ در بررسی رحم نیز تومور منطبق با کوریوکارسینوم کشف شد. گوارش، ۱۳۸۳؛ سال نهم: ۶-۱۹۴

واژه‌های کلیدی: کوریوکارسینوم، متاستاز، ژژونوم

### مقدمه

کوریوکارسینوم و تومورهای جفتی از جمله تومورهای نادری می‌باشند که بیماران مبتلا به آنها معمولاً با علائم متاستاز مراجعه می‌کنند. شایعترین محل متاستاز، ریه و سپس واژن و لگن است. این تومورها در دستگاه گوارش معمولاً به صورت خونریزی گوارش بروز می‌کنند، همچنین ضایعات گوارشی به صورت توده احشایی و یا پارگی احشایی دیده می‌شوند. تشخیص زودرس، تنها شانس بیمار در درمان این تومور است و معمولاً به خوبی، به جراحی و شیمی درمانی ترکیبی پاسخ می‌دهد. در این مقاله یک مورد نادر از موارد ثانویه کوریوکارسینوم که روده باریک را درگیر کرده بود، گزارش شده است.

### گزارش مورد

بیمار خانم ۳۳ ساله، اهل کرمانشاه، از ۲ هفته قبل دچار دردهای متناوب کرامپی در اطراف ناف و حملات خونریزی شدید از مقعد شده بود. در سابقه ایشان غیر از اختلال قاعدگی شدیدی که از ۳ ماه قبل آغاز شده نکته دیگری پیدا نشد. در معاینه، بیمار کاملاً رنگ پریده و مضطرب بود و در معاینه شکم، درد در لمس اطراف ناف وجود داشت. جهت بررسی خونریزیها، بیمار تحت آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی و کولونوسکوپی قرار گرفت که نکته خاصی به دست نیامد؛ همچنین در تصویربرداری با باریوم از روده باریک نکته پاتولوژیکی گزارش نشد.

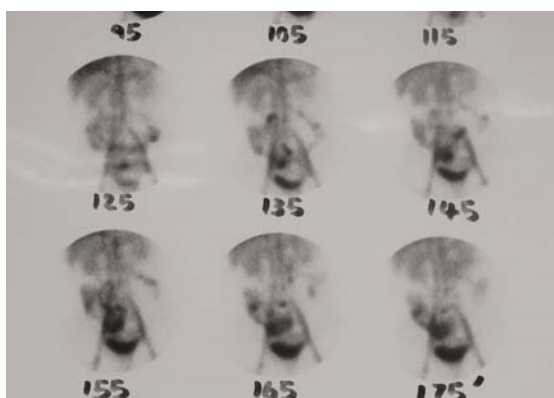
جهت بررسی بیشتر، بیمار تحت مطالعه با اسکن هسته ای گلیبول قرمز قرار گرفت که محل خونریزی در بخش فوقانی و راست شکم منطبق با روده باریک گزارش شد (شکل ۱). بیمار تا قبل از جراحی، ۶ واحد خون دریافت کرد. به دنبال آن بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت و تومور کشف شده به ابعاد ۱ × ۲ سانتی متر در فاصله ۶۵

\* نویسنده مسئول: دکتر سیدرضا فاطمی - تهران، بزرگراه چمران،

خیابان یمن، بیمارستان طالقانی، طبقه هفتم

تلفن: ۲۲۴۱۶۸۴۸ / شماره: ۲۲۴۰۲۶۳۹

E-mail: nedafat20@yahoo.com



شکل ۱: مطالعه اسکن هسته‌ای گلبول قرمز محل خونریزی در قسمت فوقانی و راست شکم مطابق با روده باریک مشاهده می‌شود.

سانتی‌متری از رباط تریلتز خارج شد. در بررسی پاتولوژیک، کوریوکارسینوم متاستاتیک به ژژونوم گزارش شد (شکل ۲).

### قبل از جراحی

آزمایشهای بیمار در زمان بررسی به شرح زیر بود:

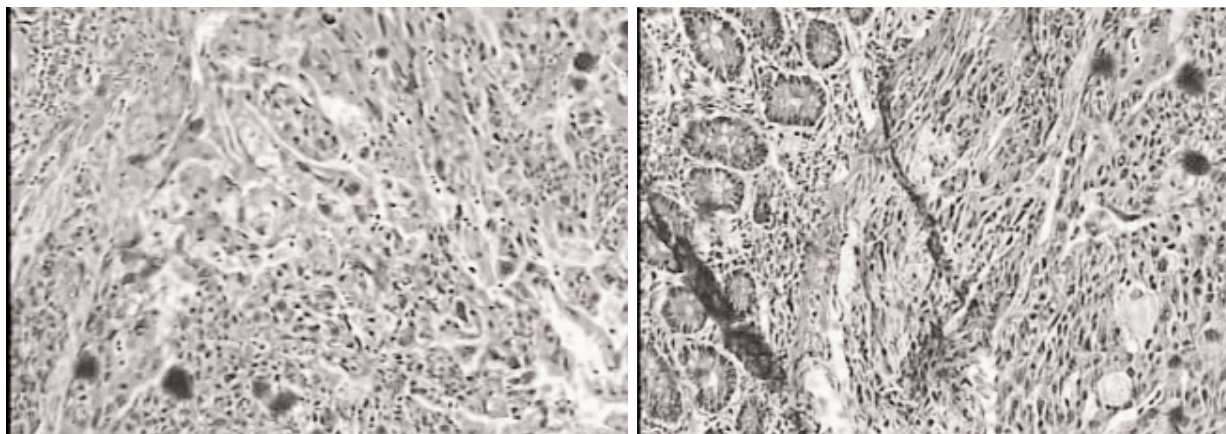
WBC:  $5700/\mu\text{L}$  Hb:  $9/4 \text{ g/dL}$

PLT:  $226000/\mu\text{L}$  HCT: % $29$

AST:  $35 \text{ U/L}$  ALT:  $40 \text{ U/L}$

ALK:  $270 \text{ U/L}$  PT:  $13/5''$

Occult Blood:  $2^+$



شکل ۲: پاتولوژی؛ بافت روده باریک همراه با بافت تومورال. سلولهای سن سیشیوترو فوبلاست بزرگ، با هسته‌های نامنظم و هیپرکروماتیک و سیتوپلاسم اتوزینوفیلیک و سلولهای سیتوتروفوبلاست با هسته‌های روشن دیده می‌شوند.

می‌دهند. شایعترین محل متاستاز آن؛ ریه در  $80\%$ ، واژن در  $30\%$ ، لگن در  $20\%$  و کبد و مغز در  $10\%$  موارد است (۵-۱). در حقیقت ممکن است بیماران دچار بیماری پیشرفته ریوی تظاهرات خفیفی داشته باشند و یا بدون علامت باشند (۵). معمولاً در صورتی که معاینات لگنی و دستگاه تناسلی طبیعی باشد، بیماری متاستاتیک همزمان، نادر است (۶،۷).

کوریوکارسینوم به‌عنوان یک تومور مهاجم، معمولاً به ریه و مغز متاستاز می‌دهد و در صورت متاستاز به دستگاه گوارش معمولاً خود را به صورت خونریزی شدید از دستگاه گوارش تحتانی نشان می‌دهد (۸). همچنین تظاهرات گوارشی دیگری مانند ضایعات توده‌ای و پاره شونده در کبد و طحال گزارش شده است. متخصصین بالینی معمولاً به جهت شیوع نادر و فاصله زمانی طولانی از آخرین

بررسیهای بعدی انجام شد؛  $57000 \beta\text{-hCG}$  بود.

در بررسی سونوگرافی رحم و ضمائم آن؛ رحم به اندازه  $39 \times 52 \times 85$  میلی‌متر؛ به همراه یک ضایعه هیپواکو در ناحیه آندوسرویکس به اندازه  $14$  میلی‌متر گزارش شد که در بررسی هیستروسکوپی توده‌ای به ابعاد  $14 \times 7$  میلی‌متر در آندوسرویکس بیمار مطابق با تشخیص کوریوکارسینوم گزارش شد.

علائم بیمار بعد از جراحی و شیمی درمانی کاهش چشمگیری پیدا کرد و حال بیمار تا این زمان که تحت پیگیری است، رضایتبخش است.

### بحث

تومورهای جفتی یا تروفوبلاستیک از تومورهای نادری می‌باشند که حتی در مراحل پیشرفته و متاستاتیک هم به خوبی به درمان پاسخ

این عارضه نادر بود<sup>(۹)</sup>.

تشخیص زود هنگام، تنها شانس درمان این تومور مهاجم و پیشرونده است. هر چند این تومور عاقبت بدی دارد؛ ولی معمولاً به خوبی به درمان جراحی و شیمی درمانی ترکیبی پاسخ می دهد<sup>(۱۰)</sup>.

حاملگی کمتر به فکر این تومور می افتند و در بیشتر موارد، جراحان اولین اشخاصی هستند که این تومورها را تشخیص می دهند و با عوارض آنها مواجه می شوند<sup>(۹،۱۰)</sup>.

به هر حال در یک فرد جوان با خونریزی گوارشی شدید باید به فکر

## مراجع

1. Berkowitz RS, Goldstein DP. The management of molar pregnancy and gestational trophoblastic tumors. In: Knapp RC, Berkowitz RS, editors. *Gynecologic oncology*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1993. p. 328-38.
2. Bagshawe KD. Risks and prognostic factors in trophoblastic neoplasia. *Cancer* 1976; **38**: 1373-85.
3. Jones WB. Gestational trophoblastic disease: what have we learned in the past decade? *Am J Obstet Gynecol* 1990; **162**: 1286-95.
4. Lurain JR, Sciarra JJ. Study and treatment of gestational trophoblastic diseases at the John I. Brewer Trophoblastic Disease Center, 1962-1990. *Eur J Gynaecol Oncol* 1991; **12**: 425-8.
5. Berkowitz RS, Goldstein DP. Pathogenesis of gestational trophoblastic neoplasms. *Pathobiol Annu* 1981; **11**: 391-411.
6. Bakri Y, Berkowitz RS, Goldstein DP *et al.* Brain metastases of gestational trophoblastic tumor. *J Reprod Med* 1994; **39**: 179-84.
7. Molina Infante J, Beceiro Pedreno I, Ripoll Noiseux C *et al.* Gastrointestinal hemorrhage due to metastatic choriocarcinoma with gastric and colonic involvement. *Rev Esp Enferm Dig* 2004; **96**: 77-80 (Abstract).
8. Harada N, Misawa T, Chijiwa Y *et al.* A case of extragenital choriocarcinoma in the jejunum. *Am J Gastroenterol* 1991; **86**: 1077-9 (Abstract).
9. Iyomasa S, Senda Y, Mizuno K *et al.* Primary choriocarcinoma of the jejunum: report of a case. *Surg Today* 2003; **33**: 948-51 (Abstract).
10. *Rev Esp Enferm Dig* 2002; **96**: 7 (Abstract).

## **A Case Report of Metastatic Choriocarcinoma to Jejunum with Severe Lower GI Bleeding**

**Fatemi SR**

Research Center for  
Gastroenterology and Liver  
Disease, Shahid Beheshti  
University of Medical Sciences

**Ehsani Ardakani MJ**

Research Center for  
Gastroenterology and Liver  
Disease, Shahid Beheshti  
University of Medical Sciences

**Mohsenifar Zh**

Department of Pathology,  
Taleghani Hospital, Shahid  
Beheshti University of Medical  
Sciences

**Zali MR**

Research Center for  
Gastroenterology and Liver  
Disease, Shahid Beheshti  
University of Medical Sciences

**Corresponding Author:**

*Seyed Reza Fatemi MD, Research  
Center for Gastroenterology and  
Liver Disease, Taleghani  
Hospital, Yaman St, Chamran  
Highway, Tehran, Iran.  
Tel: +98 21 22416848  
Fax: +98 21 22402639  
E-mail: nedafat20@yahoo.com*

### **ABSTRACT**

A 33-year-old female presented with intermittent abdominal pain and severe attacks of lower gastrointestinal (GI) bleeding since 2 weeks. She has had history of irregular menses in last 3 months.

In the labeled RBC-Scan study, the bleeding site was detected in left upper quadrant (LUQ). In surgery, a tumor with the diameter of 2×1cm in a 65 cm distance of ligament of Trietz was detected.

In pathological assessment jejunal metastatic choriocarcinoma was reported.

Generally, choriocarcinoma is very rare among the intestinal metastatic tumors, including less than 5% of these tumors. Its presentation is acute lower GI bleeding and organ rupture, especially splenic rupture. These tumors will respond appropriately to the treatment in initial stages. Chemotherapy is the treatment of choice in these tumors. *Govaresh* 2004; 9: 194-6

**Keywords:** Choriocarcinoma, Metastasis, Jejunum