

همراهی لیومیومای پارانشیمال ریه و کراتوز سبورئیک منتشر پوست

دکتر مسعود بقائی وجی^۱، دکتر سعادت... شمس‌الدینی^۱، دکتر عبدالرحیم حبیبی خراسانی^۲ و دکتر حمید تبریزی^۳

خلاصه

مرد ۵۸ ساله‌ای به علت تنگی نفس و سابقه درد سه ماهه در سمت چپ قفسه سینه، به درمانگاه جراحی مراجعه نمود. طی یک سال و نیم گذشته بثورات پوستی از نوع کراتوز سبورئیک منتشر به طور ناگهانی در تنه، پشت و صورت وی پیدا شده بود. پس از بررسی‌های اولیه بیمار با تشخیص توده ربوی تحت عمل جراحی قرار گرفت. تومور از نسج ریه منشأ گرفته بود و مختصری به پریکارد چسبندگی داشت که به راحتی جدا و با لوبکتومی برداشته شد. در مطالعه آسیب‌شناسی نوع تومور را لیومیومای پارانشیمال ریه تشخیص دادند که توموری خوش‌خیم و در ریه کمیاب می‌باشد. مجموعه پیدایش ناگهانی بثورات از نوع کراتوز سبورئیک پوستی همراه با یک نئوپلاسم در ریه این بیمار تشخیص نشانه لسر-ترلا (Leser-Trelat sign) را می‌تواند مطرح نماید. تا سال ۱۹۹۳ کلاً تعداد ۴۸ مورد از این سندرم گزارش گردیده که یک مورد آن لیومیوبلاستوما بوده است. نظر به این که تعداد موارد قطعی گزارش شده از این نشانه تا کنون کم می‌باشد و در لیومیومای خوش‌خیم ریه نیز توان متاستازدهی ذکر شده است و از نظر آماری بروزی کمیاب دارد لذا می‌توان همراهی آنها را به صورت نشانه لسرترلا محتمل دانست و یا پدیده‌ای اتفاقی و خیلی نادر قلمداد نمود.

واژه‌های کلیدی: لیومیومای ریه، کراتوز سبورئیک، نشانه لسرترلا

۱- استادیار جراحی قفسه سینه، ۲- دانشیار بیماری‌های پوست، ۳- استادیار بیماری‌های داخلی، ۴- دانشیار آسیب‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی -

مقدمه

لیومیومای ریه یکی از نئوپلاسم‌های خوش خیم و خیلی کمیاب ریه است که تاکنون ۶۵ مورد آن در مقالات پزشکی ژاپنی گزارش گردیده است. بیشتر موارد گزارش شده منشأ داخل برونشی دارند و انواعی که از نسج پارانشیم ریه سرچشمه گرفته باشند کمتر دیده می‌شود (۴). تومورهای خوش خیم ریه کمتر از ۵٪ کل تومورهای اولیه را شامل می‌گردند و ۹۰٪ از تومورهای خوش خیم ریه را آدنومای برونش و هامارتومای ریه تشکیل می‌دهند (۱۲). سایر تومورهای خوش خیم ریه مانند کندروما، فیروما، لیوما، همانژیوما، نراتوما، لنفومای کاذب و لیومیوما در مجموع ۱۰٪ بقیه موارد را شامل می‌شوند و در بین آنها لیومیومای ریه خیلی کم گزارش می‌گردد (۴). با این که لیومیومای ریه خوش خیم است توان متابولیکی دارد و می‌تواند اولیه بوده یا متاستازی از کانون دیگری مانند پوست (۱۹)، زبان و کام (۹) و یا خود ریه باشد (۱).

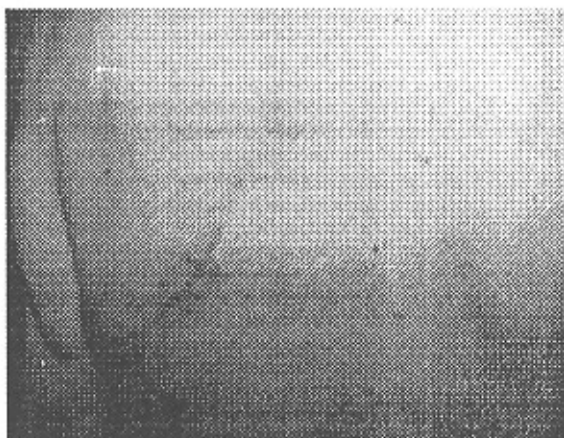
همراهی بدخیمی داخلی با بروز ناگهانی کراتوزهای سبورئیک در پوست نشانه لسرترا نامیده می‌شود که می‌تواند با یا بدون خارش باشد (۳، ۱۳، ۱۴). نام این علامت به احترام دو جراح اروپایی ادموند لسر (Edmond Lescr) و اولیس ترلا (Ulysse Trehan) علامت لسرترا نامیده شده است. فراوان‌ترین بدخیمی زمینه‌ای که همراه با نشانه لسر-ترلا گزارش شده آدنوکارسینومای لوله گوارش به خصوص معده می‌باشد و لنفوم، کارسینومای پستان و سرطان‌های نوع اسکواموس سل معده در درجه دوم اهمیت قرار دارند (۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶).

گزارش مورد

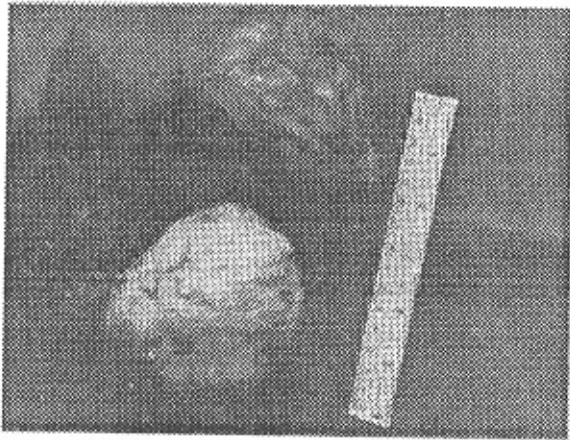
مردی ۵۸ ساله و دام‌دار به علت درد پهلوی چپ به درمانگاه مراجعه نمود. بیماری از ۳ ماه قبل با احساس درد، از سمت چپ قفسه سینه در ناحیه مجاور شکم شروع شده و به تدریج درد افزایش یافته و موجب شد بیمار به پزشک مراجعه نماید. درد بیمار از نوع سوزشی و تیرکشنده بود و به کتف و شانه چپ انتشار داشت. در حین خوابیدن به سمت ضایعه درد تشدید می‌یافت، به طوری که طی این مدت بیمار نمی‌توانست بر روی پهلوی چپ بخوابد، اما فعالیت فیزیکی و غذا خوردن درد را تشدید نمی‌کرد. بیمار تهوع و استفراغ نداشت و از سکه که نیز شکایت نمی‌کرد. تنگی نفس درجه ۳ (Grade III)، کاهش وزن و سابقه سرفه و دفع خلط سفید رنگ در بیمار وجود داشت. بیمار دارای ۵ فرزند می‌باشد که همگی ظاهراً سالم هستند و همسرش به علت ابتلا به سرطان حنجره ۵ سال قبل فوت کرده است. سابقه وجود بیماری مشابه در فامیل‌های دور و نزدیک بیمار وجود نداشت. در معاینه عمومی که از بیمار به عمل آمد بیمار ظاهری بیمارگون (Chronically ill) داشت ولی اشکال تنفسی (breathing distress) در وی مشاهده نشد. در پوست صورت بیمار ۴ عدد پاپول و ۲ پلاک هیپرکراتوتیک مسطح و تیره وجود داشت. بثورات پوستی مشابه ولی روشن‌تر نیز در روی تنه بیمار دیده می‌شد که پیدایش ناگهانی داشتند. علاوه بر ضایعات فوق، خال‌های متعدد تیره و آنژیوم‌های پیری (Campbell de Morgan angioma) نیز دیده می‌شدند (شکل ۱ و ۲).



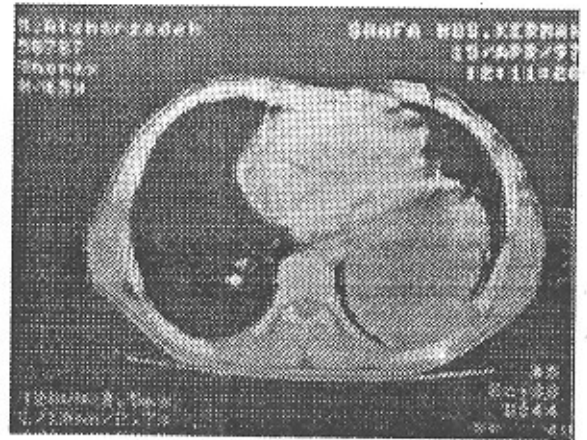
شکل ۱: کراتوزهای سبورئیک پوست صورت بیمار



شکل ۲: کراتوزهای سبورئیک و آنژیوم‌های پیری در پوست بیمار همراه با اسکار عمل جراحی قفسه سینه



شکل ۴: نمای نومور بعد از بیرون آمدن از قفسه سینه



شکل ۳: سی تی اسکن قفسه سینه در مقطع نومور

کراتوزهای سیورثیک گفته می‌شود که متأثر از یک بدخیمی درونی باشد (۱۱، ۱۵). تا سال ۱۹۹۳ جمعاً ۴۸ مورد از این نشانه گزارش شد که تعداد ۳۰ مورد همراه با آدنوکارسینومای دستگاه گوارش و سایر قسمت‌ها و ۱۸ مورد همراه سایر بدخیمی‌ها در بدن بوده است (۷، ۸، ۱۷) (جدول ۱ و ۲). علت اصلی این نشانه تاکنون شناخته نشده ولی ترکیبات پلی پپتیدی مترشحه از نومور ممکن است دارای نقش باشند (۱۴).

جدول ۱: گزارش ۳۰ مورد از نشانه لسرتولا همراه با آدنوکارسینومای مناطق مختلف بدن

تعداد	اندام‌ها
۸	مختملا معده
۷	پستان
۷	معده
۴	کولون
۴	اثنی عشر
۲	رحم
۱	مری
۱	پانکراس
۱	تخمدان
۱	پروستات
۱	مجاری صفراوی
۱	اثنی عشر
۱	کلیه
۱	کبد
۱	کیسه صفرا
۱	آدنوکارسینوما با منشأ نامعلوم

پیدایش پاپول‌های فراوان، یکنواخت و هیپرکراتوتیک بر روی پوست تنه و گردن، ناگهانی و در یک سال و نیم گذشته بوده و تنگی نفس یک سال بعد از پیدایش ضایعات پوستی به وجود آمده است. در لمس قفسه سینه و در محل ضایعه، درد تشدید می‌یافت و در سمع ریه به جز کاهش صداها در لوب تحتانی ریه چپ نکته مثبت دیگری یافت نشد. بیمار با تشخیص اولیه توده ریوی به خصوص کیست مورد بررسی بیشتر قرار گرفت. سونوگرافی، عکس برداری با اشعه ایکس و اکوکاردیوگرافی وجود توده‌ای پشت دهلیز چپ قلب را نشان می‌داد (شکل ۳). بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت و توده نومورال مدور یکنواخت و متراکم بدون اثر نهاجمی به اطراف با مختصر چسبندگی به پریکارد در لب تحتانی ریه سمت چپ دیده شد که به آسانی از بافت‌های اطراف جدا و بالوبکتومی تحتانی ریه چپ نومور به طور کامل برداشته و به آسیب‌شناسی فرستاده شد (شکل ۴)، که لیومیومای پارانشیم ریه گزارش گردید. بیمار روزهای پس از عمل را به خوبی طی کرد و پس از ۸ روز با حال عمومی خوب از بیمارستان ترخیص گردید.

بحث

لیومیومای ریه در افراد بزرگسال خیلی کمیاب است و در بچه‌ها به ندرت دیده می‌شود و به ترتیب شیوع به سه صورت داخل نسجی، داخل برونشی و داخل نائی بروز می‌کند. نوع داخل نسجی معمولاً دیرتر علامت‌دار می‌شود و به بیمار فرصت می‌دهد مدت‌ها بدون مشکل به زندگی خود ادامه دهد. معمولاً پس از این که مقدار زیادی از بافت ریه توسط حجم نومور تخریب شد بیمار دچار تنگی نفس می‌گردد. نشانه لسرتولا به بروز ناگهانی

آن‌ها با این نشانه یک گزارش داده شده (۶)، بیشتر می‌گردید ولی در جستجوی مجدد و بیشتری که پاتولوژیست از مقاطع بافتی مختلف تومور به عمل آورد اثری از هرچ و مرچ سلولی یافت نشد. قدرت متاستازدهی انواعی از لیومیوما می‌تواند ترشح ترکیبات پلی‌پپتیدی، یا فاکتور رشد اپیدرمال را هم توجیه نماید که نشانه لسرترا را در بیمار سبب می‌شود، که البته اثبات آن نیاز به بررسی عمیق در این زمینه و شناخت این ترکیبات شیمیایی دارد و لذا قبل از اثبات آن بهتر است، همراهی لیومیومای نادر پارانشیمال ریه و کراتوزهای سبورئیک منتشر در پوست این بیمار پدیده‌ای اتفاقی قلمداد شود.

جدول ۲: گزارش ۱۸ مورد از نشانه لسرترا همراه با بدخیمی‌های غیر آدنوکارسینوما

تعداد	ارگان‌ها
۴	میکوزیس فونگوئیدیس
۴	لنفوم
۳	کانسر ریه
۲	لوسمی
۱	سندرم سزاری
۱	لیومیوسارکوما (لیومیوبلاستوما)
۱	نوروفیبروسارکوما
۱	کارسینوم سلول کوچک ریه
۱	کارسینوم اسکواموس حنجره

در بررسی‌های متعددی که بر روی میزان افزایش فاکتور رشد اپیدرمال (Epidermal Growth Factor) در بیماران انجام شده نتایج متغیری برای توجیه رشد کراتوزهای سبورئیک در مبتلایان به نشانه لسرترا حاصل شده است (۲۰، ۱۴، ۱۸). همراهی کراتوزهای سبورئیک پوستی با نوع بدخیمی در موارد گزارش شده قبلی در جدول ۱ آورده شده است. اگر چه در سال ۱۹۸۱ ایشی‌هارا (Ishihara) و همکاران یک مورد همراهی نشانه لسرترا با لیومیوبلاستومای روده گزارش کرده‌اند (۶)، تا به حال در متون و مقالات پزشکی از همراهی این نشانه با لیومیومای ریه گزارشی نشده است. لیومیوما جزء تومورهای خوش‌خیم و نادر ریه است و معمولاً مواردی که منشأ داخل برونشی دارند به علت تحریک تنفس بیمار زود تشخیص داده می‌شوند و انواع پارانشیمال ریه کمتر مشکل ایجاد می‌کنند، اما گاهی تشخیص آنها از توده‌های اکتسابی به خصوص کیست هیداتیک ریه مشکل می‌باشد (۵، ۷). اگر چه این تومور سبب خوش‌خیم دارد ولی متاستازهای متعدد، از کانون اولیه به خصوص در بافت ریه در این نئوپلاسم ذکر شده است که در این صورت آن را لیومیوماتوزیس یا لیومیوما با درجه بدخیمی کم می‌نامند (۲۰).

پیدایش یک باره کراتوزهای سبورئیک منتشر در پوست این بیمار به همراه تومور خوش‌خیم لیومیومای ریه می‌تواند مطرح کننده نشانه‌ای، شبیه لسرترا در بیمار باشد که در این صورت شک وجود کانون‌هایی از لیومیوبلاستوما که قبلاً هم از همراهی

Summary

Association of Pulmonary Leiomyoma with Seborrheic Keratosis

M. Baghai Wadji, MD¹; S. Shamsadini, MD²; AR. Habibi Khorasani, MD³; and H. Tabrizchi, MD⁴

1. Assistant Professor of Thoracic Surgery, 2. Associate Professor of Dermatology, 3. Assistant Professor of Internal Medicine
4. Associate Professor of Pathology, Kerman University of Medical Sciences & Health Services, Kerman, Iran

A 58 year old man was referred to surgery clinic due to dyspnea and left sided chest wall pain for three months duration. During the last 18 months some monomorph disseminated hyperkeratotic skin lesions appeared on his face and trunk. After workup and evaluation of the patient, he underwent thoracotomy with indication of presence of a mass in the left lung. The operative finding was a huge solid round tumor arising from left lower lobe which was located inside the lung parenchyma and had loose attachment to pericardium. The tumor was removed by left lower lobectomy. Pathological report of tumor revealed that it is a parenchymal leiomyoma. Which is a benign and rare tumor in the lung. Association of abrupt seborrheic keratosis and underlying malignancies indicates the sign of Leser-Trelat. Up to 1993, a total of forty eight cases of this syndrome has been reported, of which one case was diagnosed as

leiomyoblastoma. Since reports of definitive diagnosis of this syndrome is rare, and due to metastasis which is reported in leiomyoma, though it is very rare, we can conclude that the presented patient can be a case of Leser Trelat syndrome or a very rare association of the two different diseases.

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 1997; 4(4): 190-194

Key Words: Lung leiomyoma, Keratosis seborrheic, Leser-Trelat sign

References

1. Beier J and Zeidler D. Benign metastatic leiomyoma of the lung. *Pneumologie* 1993; 47(2): 66-68.
2. Curry SS and King LE. The sign of Leser-Trelat. Report of a case with adenocarcinoma of the duodenum. *Arch Dermatol* 1980; 116(9): 1059-1060.
3. Dantzig PI. Sign of Leser-Trelat. *Arch Dermatol* 1973; 108(5): 700-701.
4. Furukawa A, Shiode M, Ohkura T and Kukita H. A case of bronchial leiomyoma with obstructive pneumonia. *Jpn J Thorac Dis* 1994; 32(4): 353-357.
5. Gotti G, Haid MM, Paladini P, Di-Bisceglie M, Volterrani L and Sforza V. Pedunculated pulmonary leiomyoma with large cyst formation. *Ann Thorac Surg* 1993; 56(5): 1178-1180.
6. Ishihara K and Kihara T. Bizarre leiomyoblastoma of the ileum associated with sign of Leser-Trelat. *Ito Cho* 1981; 16: 1091-1097.
7. Kim KH, Suh JS and Han WS. Leiomyoma of the bronchus treated by endoscopic resection. *Ann Thorac Surg* 1993; 56(5): 1164-1166.
8. Laksanabunsong P, Wongbunnate S and Charoenratanakul S. Leiomyomas of the lower respiratory tract: a case report. *J Med Assoc Thai* 1993; 76(8): 465-469.
9. Lever WF and Schaumburg-Lever G: Histopathology of the skin. 7th ed., Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1990; pp728-729.
10. Lupton GP, Naik DG and Rodman OG. An unusual congenital leiomyoma. *Pediatr Dermatol* 1986; 3(2): 158-160.
11. Millard LG and Gould DJ. Hyperkeratosis of the palms and soles associated with internal malignancy and elevated levels of immunoreactive human growth hormone. *Clin Exp Dermatol* 1976; 1(4): 363-368.
12. Minna JD. Neoplasms of the lung. In: Willson JD, Braunwald E, Isselbacher KJ et al. Harrison's principles of internal medicine. 12th ed., New York, McGraw Hill Inc., 1991; pp1102-1110.
13. Ozeelik U, Kotiloglu E, Goemen A, Senocak ME and Kiper N. Endobronchial leiomyoma: a case report. *Thorax* 1995; 50(1): 101-102.
14. Ronchese F. Keratoses, cancer and the sign of Leser-Trelat. *Cancer* 1965; 18: 1003-1006.
15. Schwartz RA. Acanthosis nigricans, florid cutaneous papillomatosis and the sign of Leser-Trelat. *Cutis* 1981; 28(3): 319-325.
16. Sung DF. Complete endobronchial obstruction and left non-aerated hemithorax caused by a leiomyoma: report of a case. *Surg Today* 1995; 25(2): 161-163.
17. Suzuki Y, Matsuo I, Oguri A et al. The discovery of early stage stomach cancer from Leser-Trelat sign in one patient. *Jpn J Clin Dermatol* 1979; 33: 261-265.
18. Tutakne MA, Das KD, Upadhyaya VK, Ramachandra S and Narayanaswamy AS. Leser-Trelat sign associated with carcinoma of gastro-oesophageal junction. *Indian J Cancer* 1983; 20(1): 32-34.
19. Wagner RF and Wagner KD. Malignant neoplasms and the Leser-Trelat sign. *Arch Dermatol* 1981; 117(9): 598-599.
20. Yoshitomi A, Sato A, Imokawa S et al. A case of so called benign metastasizing leiomyoma. *Jpn J Thorac Dis* 1994; 32(4): 373-377.