

## یک مورد نادر متاستاز فتوکروموسیتوم به مهره کمری

دکتر مسعود شابه‌پور\*، دکتر حسین نایب‌آقایی\*\*، دکتر شیرزاد ازهری\*

دکتر حسن‌رضا محمدی\*\*، دکتر توحید هاشم‌زاده\*\*\*

### چکیده:

فتوکروموسیتوم به نئوپلاسم‌های نسبتاً کمیاب، همراه با تولید کاتکل‌آمین‌ها و افزایش فشار خون اطلاق می‌شود. این تومورها جزو تومورهای کروماتین سل‌ها هستند. ۱۰٪ این تومورها خارج آدرنالی و کروماتین منفی هستند و پاراگانگلیوما نامیده می‌شوند. کمتر از ۱۰٪ این تومورها بدخیم می‌شود. تنها معیار قابل اعتماد در مورد بدخیمی وجود متاستاز است. (به گره‌های لنفاوی - کبد - ریه - استخوان)

بیمار ما آقای ۳۴ ساله‌ای با سابقه فشار خون بالا و نفرکتومی یک طرفه که به علت کمر درد (LBP) با درد رادیکولر به پای راست مراجعه کرده است. پس از MRI انجام شده در ناحیه مهره چهارم و پنجم کمری (L4 و L5) ضایعه هیپوسیگنال ملاحظه گردید و با انجام بیوپسی زیر سی تی اسکن از مهره، پاراگانگلیوما (فتوکروموسیتوم خارج آدرنال) گزارش گردیده است. بنابراین در کمر درد همراه با ضایعه موضعی متاستاتیک با سابقه فشار خون بالا باید فتوکروموسیتوم را نیز در نظر داشته باشیم.

واژه‌های کلیدی: فتوکروموسیتوم، کریز فشار خون، ضایعه هیپوسیگنال کمری، کمر درد

### زمینه و هدف

کارسینوم مدولری تیروئید، نوروهای مخاطی، گانگلیونوروم‌های روده‌ای، قامت شبیه مارفان و فتوکروموسیتوم است. این بیماری همچنین با نوروفیبروماتوز، همانژیوبلاستوز مخچه‌ای، شبکیه‌ای (سندرم فون هیپل، لیندو (VHL) و توبروز اسکلروز همراه است.<sup>۱</sup>

تنها معیار قابل اعتماد در مورد بدخیمی وجود متاستاز است (بیشتر به گره‌های لنفاوی، کبد، ریه و استخوان‌ها)<sup>۲</sup> حدود ۱۰٪ بیماران VHL فتوکروموسیتوم نیز دارند.<sup>۴</sup>

فتوکروموسیتوم در بیش از ۹۰٪ موارد از مدولای فوق کلیه منشأ می‌گیرد و ۵٪ می‌تواند دو طرفه باشد. هر چند می‌تواند در هر عقده سمپاتیکی بدن بروز نماید.<sup>۱</sup>

فتوکروموسیتوم در ۱۰٪ موارد به صورت جزئی از سندرم‌های خانوادگی بروز می‌کند. فتوکروموسیتوم به صورت جزئی از سندرم نئوپلازی متعدد غدد درون‌ریز (MEN) نوع 2A یا 2B تظاهر می‌کند.

نوع 2A (سندرم سیپل) با کارسینوم مدولری تیروئید، پرکاری پاراتیروئید و فتوکروموسیتوم و نوع 2B شامل

نویسنده پاسخگو: دکتر مسعود شابه‌پور

تلفن: ۷۷۵۵۸۰۰۱-۵

Email: MShabehpour@Yahoo.com

\* دانشیار گروه جراحی مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان امام حسین (ع)، بخش جراحی مغز و اعصاب

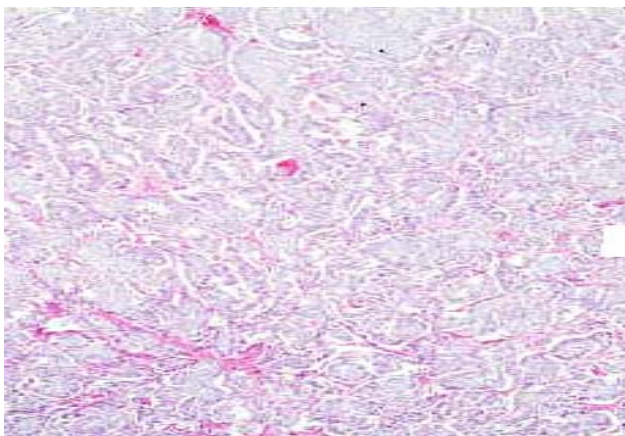
\*\* استادیار گروه جراحی مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان امام حسین (ع)، بخش جراحی مغز و اعصاب

\*\*\* دستیار گروه جراحی مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان امام حسین (ع)، بخش جراحی مغز و اعصاب

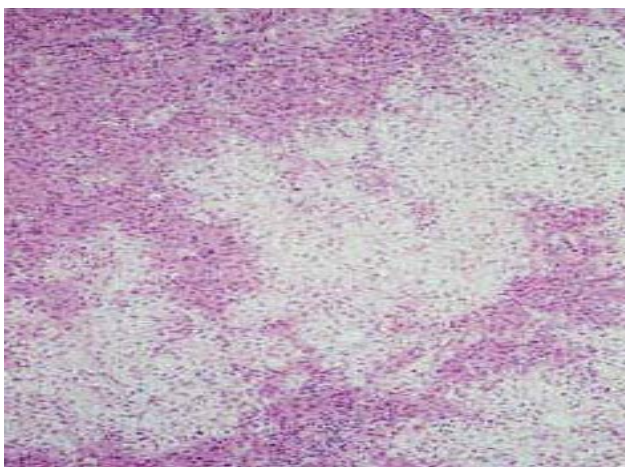
### بحث و نتیجه گیری

بیمار با شکایت کمر درد به علت درگیری متاستاتیک مهره کمری مراجعه و با توجه به بررسی و بیوپسی، تومور پاراگانگلیوما (فئوکروموسیتوم خارج آدرنال) تشخیص داده شد و هیچ عامل خطر ساز دیگری به جز عامل متاستاز تومور یافت نشد. شیوع فئوکروموسیتوم ۳٪ تا ۹۵٪ از تومورهای نورواندوکراین است. تظاهرات خارج آدرنال فئوکروموسیتوم به خصوص در ناحیه مهره های کمری زیاد بررسی و تحقیق نشده است.<sup>۶</sup>

پاراگانگلیوما، توموری فوق العاده پر عروق است و در آنژیوگرافی به یک شکل خاص (Tumor Blush) دیده می شود. از نظر بافت شناسی شبیه به تومورهای غدد آدرنال و فئوکروموسیتوما است. این تومور بر اساس خاستگاه آن تقسیم بندی می شود<sup>۷</sup> (تصاویر ۱ و ۲).



تصویر ۱- تومور آدرنال



تصویر ۲- تومور فئوکروموسیتوما

شایعترین یافته در فئوکروموسیتوم فشار خون بالا (اغلب حمله ای) است. تشخیص بر اساس بالا بودن کاتکل آمین های ادراری به خصوص متانفرین ادراری است. محل فئوکروموسیتوم خارج مدولری با اسکن  $I^{131}$  یا متایدو بنزیل گوانیدین (MIBG) مشخص می شود. در صورت شناسایی محل فئوکروموسیتوم و خوش خیم بودن آن، درمان جراحی است. طول عمر ۵ ساله پس از جراحی ۹۵٪ است.<sup>۵</sup>

### معرفی بیمار

بیمار آقای ۳۴ ساله ای است که با شکایت کمر درد و کاهش قدرت عضلانی پای راست و لنگش متناوب در درمانگاه جراحی مغز و اعصاب بیمارستان امام حسین (ع) تهران پذیرش شد. بیمار شروع بیماری فعلی خود را از چهار ماه قبل ذکر می کرد. در معاینات به عمل آمده بیمار دچار کاهش قدرت عضلانی ۴ از ۵ در اندام تحتانی طرف راست در ناحیه دیستال و پروگزیمال بود و همچنین در معاینه بازتاب های تاندونی در اندام راست، بازتاب رتول +۲ و آشیل +۱ دیده شد.

در معاینات حسی ناحیه خارجی ران راست دچار پارستزی بود. بیمار جهت بررسی بیشتر در بخش جراحی مغز و اعصاب بستری گردید. اولین بار در سال ۱۳۶۸ جهت بررسی علت درد پهلو به مرکز درمانی مراجعه و پس از بررسی های کلینیکی و پاراکلینیکی با تشخیص فئوکروموسیتوم در فوق کلیه سمت راست جراحی و ضایعه به صورت کامل برداشته شده بود.

در سال ۱۳۷۵ به علت افزایش فشار خون و تپش قلب به مرکز درمانی مراجعه و به علت درگیری کلیه راست، کلیه بیمار به طور کامل خارج گردید. در سال ۱۳۸۱ برای عود تومور در محل اولیه مراجعه و مجدداً تومور بیمار جراحی می گردد.

در تمام موارد فوق طبق آزمایشات آسیب شناسی تشخیص فئوکروموسیتوم داده شده بود. در MRI انجام شده ضایعه هیپوسینگنال در جسم مهره L4 و با درگیری کانال نخاعی و درگیری کبد عود تومور در محل اولیه دیده شد.

در اسکن استخوان درگیری استخوانی در دنده ها و لگن و استخوان ران و استخوان جناغ دیده شد. بیمار پس از انجام CT Guided Biopsy و تأیید تشخیص متاستاز فئوکروموسیتوم و پس از انجام موارد فوق با توجه به پراکندگی تومور در نقاط مختلف بدن کاندید درمان غیر جراحی قرار گرفت و جهت ادامه درمان به بخش انکولوژی بیمارستان امام حسین (ع) معرفی گردید.

ممکن است ۱۰٪ موارد خارج آدرنال باشد که ۴۰٪ این موارد می‌تواند بدخیم باشد.

جدول ۱- درصد شیوع تومور در محل‌های پاراگانگلیوماها

درصدها	محل‌ها
٪۴۶	بالا پارآئورتیک
٪۲۹	پایین پارآئورتیک
٪۱۰	مثانه
٪۱۰	توراسیک
٪۳	سر و گردن
٪۲	لگن

متاستاز به استخوان فک تحتانی نیز در حدود ۰/۵٪ از موارد سر و گردن ذکر گردیده است.

در ناحیه مهره‌های سینه‌ای و دنده‌ها نیز مواردی از متاستاز فئوکروموسیتوم (۵٪) گزارش گردیده است.<sup>۸</sup>

در مورد درگیری مهره کمری تا به حال موردی گزارش نگردیده است. برای تشخیص تصویری در رادیوگرافی متاستاز مهره باید ۳۰٪ تا ۵۰٪ مهره تخریب شده باشد. برای درمان تومورهای متاستاتیک مهره‌ای به علت وجود ادم شروع درمان با کورتیکواستروئید مانند دگزامتازون است که با دوز بالا و یک دوز Loading ۲۰ تا ۱۰۰ میلی‌گرم و دوز مداوم ۴ تا ۲۴ میلی‌گرم چهار بار در روز توصیه می‌شود.

رادیوتراپی نیز برای درمان به کار می‌رود. جراحی معمولاً برای افرادی که به رادیوتراپی جواب نداده‌اند یا نقص عصبی پیشرونده دارند در نظر گرفته می‌شود.

**Abstract:**

## **Metastasis of Pheochromocytoma to Lumbar Vertebra: Report of a Rare Case**

*Shabehpour M. MD<sup>\*</sup>, Naeb Aghae H. MD<sup>\*\*</sup>, Azhari SH. MD<sup>\*</sup>,  
Mohammadi H.R. MD<sup>\*\*</sup>, Hashemzadeh T. MD<sup>\*\*\*</sup>*

Pheochromocytoma is a rare neoplasm with increased production of catecholamines and high blood pressure. These tumors are in chromatin cells group.

10% of these tumors are out of Adrenal gland and have negative for chromatin and are named Paraganglioma. Less of 10% of these tumors are malignant and metastasis is the only reliable indicator of malignancy. (Metastasis to lymph node, liver - lung and bone)

Our patient was a 34-years-old man with high blood pressure and unilateral nephrectomy that visit us for Lower Back Pain (LBP) with radicular pain in the right foot. After MRI in L4 and L5 one hyposignal lesion was considered and in biopsy under CT scan guide from vertebra (pheochromocytoma out of Adrenal gland) Paraganglioma was reported. So in LBP with regional metastatic lesion and high blood pressure we must also consider pheochromocytoma in differential diagnosis.

***Key Words: Pheochromocytoma, BP Crisis, Hyposignal Lesion in Lumbar Vertebra, Low Back Pain***

*\* Associate Professor of Neurosurgery, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Emam Hosein Hospital, Tehran, Iran*

*\*\* Assistant Professor of Neurosurgery, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Emam Hosein Hospital, Tehran, Iran*

*\*\*\* Resident of Neurosurgery, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Emam Hosein Hospital, Tehran, Iran*

## References:

1. Basic Pathology - 7<sup>th</sup> edition - 2002.
2. Harrison's principles of internal medicine 15<sup>th</sup> ed- 2001.
3. Cecil Essential's of Internal Medicine - 2001.
4. Youmans-Neurological, Surgery-Fifth Edition-2004.
5. Martin Rj Yuan H - Neurosurgical care of spinal epidural subdural.
6. Ches tjournal Egi: 115-2/511 6.
7. Department of vascular surgery and organ Transplantation Shahid Beheshti un. Case Report Iran Tehran 1999.
8. Wilson JD Foster DW Kronenbery Williams.