

آکرومتاستاز به دو بند یک انگشت دست و تیبیا

یک گزارش موردی

خلاصه

آکرومتاستاز، یعنی متاستاز یک تومور بدخیم به استخوان، ولی دیستال به آرنج و/یا زانو یک اتفاق بسیار نادر می باشد. یک زن سی و یک ساله، مورد شناخته شده کانسر پستان از ۳ سال قبل با تورم انگشت چهارم دست راست مراجعه کرد. رادیوگرافی و در مرحله بعد بیوپسی متاستازهای مجزا به بندهای وسط و آخر انگشت را نشان دادند، که اتفاق بی‌نهایت نادری است. درمان با آمپوتاسیون ری چهارم انجام شد. چهار ماه بعد متاستاز دوم اتفاق افتاد، این بار به تیبیای راست، که این هم محل نادری برای اتفاق افتادن متاستاز است. او از متاستاز ریوی ۹ ماه بعد از متاستاز دست فوت کرد. آکرومتاستاز یک یافته نادر و پیش‌بینی کننده زنده ماندن کوتاه مدت است.

واژه‌های کلیدی: متاستاز نئوپلاسم، دست، تیبیا.

دریافت مقاله: ۵ ماه قبل از چاپ؛ مراحل اصلاح و بازنگری: ۲ بار؛ پذیرش مقاله: ۱ ماه قبل از چاپ

*دکتر علیرضا سعید، *دکتر فرشاد زندرجمی

مقدمه

متاستاز به دست فقط ۰.۱٪ از کل متاستازهای استخوانی را تشکیل می‌دهد^(۱). این اتفاق ممکن است در هر یک از استخوان‌های مچ پا دست بیفتد^(۲) و عموماً نشان‌دهنده یک پیش‌آگهی بد است، که توسط عمر بیمار بعد از این تشخیص حدود ۶ ماه خواهد بود^(۳). آکرومتاستاز (متاستاز دیستال به آرنج و زانو) معمولاً نشانه سرطان پیشرفته است^(۴) استخوان سومین محل شایع برای متاستاز است، بعد از ریه و کبد^(۵،۶). سرطان اولیه در ۸۰٪ این موارد ریه، کلیه، پستان، تیروئید یا پرستات می‌باشد^(۷) و در بسیاری از متاستازهای با منشأ پستان، ریه یا پرستات این یک نشانه از بیماری پراکنده شده است^(۸،۹). سه تا شایع‌ترین جاهای متاستاز استخوانی در اسکلت آگزیال، ستون فقرات، لگن و قسمت بالایی بازو می‌باشند^(۵). متاستاز دیستال به زانو و آرنج و به‌خصوص به دست‌ها بسیار نادر است، و توضیح احتمالی کم بودن مغز قرمز استخوان در این نواحی است^(۹). در واقع فقط ۱/۰۰٪ کل متاستازها در دست‌ها و پاها اتفاق می‌افتند^(۱۰،۱۱). در اینجا ما بیماری را گزارش می‌کنیم که دچار سرطان پستان بود و دو متاستاز مختلف به دو بند یک انگشت و یک متاستاز بعدی به تیبیا داشت و البته، متاسفانه، نهایتاً هم او از متاستاز ریه در مرکز دیگری فوت شد.

* متخصص ارتوپدی، دانشیار گروه ارتوپدی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب کرمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

** متخصص ارتوپدی، استادیار گروه ارتوپدی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب کرمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

آدرس نویسنده مسئول

دکتر علیرضا سعید

بیمارستان دکتر باهنر کرمان، دفتر گروه ارتوپدی

Email:
arsaiedmd@yahoo.com

گزارش مورد

عود نداشت. مرحله بیماری در موقع تشخیص پایین گزارش شده بود، بدون هیچگونه تهاجم بافتی، ولی او از زمان پایان دوره‌های درمانی به پزشک معالجش مراجعه نکرده بود. رادیوگرافی انگشت از بین رفتن تقریباً کامل بند دیستال و یک ضایعه لیتیک در بند وسط را نشان داد (شکل ۲).

یک زن ۳۱ ساله، مورد شناخته شده کانسر پستان از سه سال قبل به علت درد و تورم در دو بند انتهایی انگشت چهارم دست راست مراجعه کرد (شکل ۱). او ماستکتومی شده و شیمی‌اشعه درمانی به‌طور کامل انجام گرفته بود و بیماری هیچ نشانه‌ای از



شکل ۳. رادیوگرافی بعد از عمل دست که آمپوتاسیون ray انجام شده.

شکل ۲. رادیوگرافی انگشت در موقع مراجعه بوضوح دو ضایعه مجزا در دو بند انگشت را نشان می‌دهد.

شکل ۱. ظاهر دست و انگشت در موقع مراجعه در این تصویر مشاهده می‌شود

سرطان پستان و درگیری متاستاتیک چندین استخوان مج^(۱۱) گفته شده که دست راست بیشتر هدف متاستاز بوده است، احتمالاً به این دلیل که بیتر در معرض تروما است یا به علت جریان خون بیشتر آن^(۱۲). به هر حال بیمار ما هم دست راستش گرفتار متاستاز شده بود. بیش از ۳۸۰ مورد متاستاز دست تا کنون گزارش شده‌اند و این عدد در حال افزایش است (۱،۲)، احتمالاً به خاطر افزایش طول عمر بیماران و همچنین به خاطر افزایش گزارش شدن آنها. افشار و همکارانشان در مقاله مروری‌شان گزارش کردند که ۷۴٪ از ۲۲۴ مورد گزارش شده شان یک متاستاز منفرد به دست داشتند، شایع‌تر از همه به فالانکس دیستال، و بقیه متاستازهای متعدد به دست^(۱). اگر چه گزارشات متعددی از بیماران با متاستازهای متعدد به دست شده است (برای مثال ۱۱، ۱۳ - ۱۵)، در حد بهترین اطلاع ما درگیری همزمان دو بند یک انگشت اتفاق بی نهایت نادری است^(۱۶-۱۹) و احتمال ناقص بودن گزارش هم مطرح است، از آنجا که در اکثر آنها متاستاز همزمان قابل اثبات نیست. در یک مورد رادیوگرافی ارائه نشده است^(۱۷) و در دو مورد هم

او از هرگونه اقدام تشخیصی بیشتری سر باز زد و بیوپسی را انتخاب کرد. دو نمونه مجزا از هر دو بند انگشت کانسر متاستاتیک در هر دو بند را ثابت کرد. به علت درد شدید آمپوتاسیون ری توصیه و انجام شد (شکل ۳). ۴ ماه بعد او با درد شدید در ساق راست مراجعه و رادیوگرافی این بار یک ضایعه لیتیک در تیبیای راست را نشان داد (شکل ۴). این ضایعه متاستاز قرض شد و بیوپسی انجام نگرفت. او با انجام اسکن استخوان موافقت کرد و اسکن نشان داد که تیبیا تنها استخوان درگیر در بدن اوست (شکل ۵). او با میله داخل کانال به صورت بسته درمان و به انکولوژیست ارجاع شد. متاسفانه، بیمار تقریباً ۹ ماه پس از تشخیص متاستاز دست بر اثر متاستازهای متعدد ریوی فوت کرد. او در دو ماه آخر زندگی از تنگی نفس و پلورال افوزیون رنج برده بود. برای گزارش مورد با شرط عدم ذکر نام بیمار، از شوهر وی رضایت آگاهانه کتبی گرفته شد.

بحث

متاستاز به دست، اگر چه نادر ولی یک اتفاق کاملاً شناخته شده است و در سال ۱۹۰۶ اولین بار توصیف شد، یک زن مسن با



شکل ۴. ضایعه تیبیا، ۴ ماه بعد از عمل جراحی دست که بدون بیوپسی متاستاز در نظر گرفته شد.

شکل ۵. اسکن استخوان یک ضایعه در تیبیا بدون درگیری بقیه استخوان‌ها را نشان داد.

باتوجه به عدم تمایل بیمار به انجام مطالعات تکمیلی، ما از انگشت بیمار آم‌آرای انجام ندادیم و اسکن استخوان در مرحله اول هم انجام نشد که این یک محدودیت مهم گزارش ماست. همچنین علیرغم نرمال بودن اسکن استخوان بجز در تیبیا، ما نمی‌توانیم مطمئن باشیم که در چند ماه آخر استخوان دیگری درگیر نشده باشد.

نتیجه‌گیری

آکرومتاستاز و بخصوص متاستاز به دست یک یافته بسیار نادر است و متاسفانه علیرغم پیشرفت‌های زیاد در درمان بدخیمی‌ها هنوز هم نشان‌دهنده یک پیش‌آگهی بسیار بد و طول عمر کوتاه باقی‌مانده برای بیمار خواهد بود. از طرفی شاید جمع‌آوری اطلاعات گروهی این بیماران و تجزیه و تحلیل آن بتواند هدف خوبی برای مطالعات آتی باشد.

منابع

1. Kerin R. The hand in metastatic disease. The Journal of hand surgery. 1987;12(1):77-83.
2. Afshar A, Farhadnia P, Khalkhali H. Metastases to the hand and wrist: an analysis of 221 cases. The Journal of hand surgery. 2014;39(5):923-32 e17.
3. Calandruccio JH, Jobe MT. Tumors and tumorous conditions of the hand. In: Azar MF, Beatty JH, Canale ST, editors. Campbell's Operative Orthopedics. 12th ed. Pennsylvania, Philadelphia: Elsevier, Mosby; 2017. p. 3773-805.
4. Stomeo D, Tulli A, Ziranu A, Perisano C, De Santis V, Maccauro G. Acrometastasis: a literature review. European review for medical and pharmacological sciences. 2015;19(15):2906-15.
5. Kundu S, Shankar S, Mitra S, Acharya S, Roy A, Dastidar AG. Below-elbow and below-knee metastases in breast cancer—a case report. Indian J Med Paediatr Oncol. 2007;28:38-40.
6. Guillevin R, Vallee JN, Lafitte F, Menuel C, Duverneuil NM, Chiras J. Spine metastasis imaging: review of the literature. J Neuroradiol. 2007;34(5):311-21.
7. Hage WD, Aboulafia AJ, Aboulafia DM. Incidence, location, and diagnostic evaluation of metastatic bone disease. Orthop Clin North Am. 2000;31(4):515-28, vii.
8. Barnes M, Tiwana MS, Kiraly A, Hutchison M, Olson RA. Incidence of distal bone metastases in patients treated for palliative radiotherapy and associations with primary tumour types. J Bone Oncol. 2015;4(4):107-9.
9. Drewes J, Sailer R, Schmitt-Graff A. [Cancer metastases of the hand]. Handchirurgie. 1981;13(3-4):296-304.
10. Kerin R. Metastatic tumors of the hand. J Bone Joint Surg Am. 1958;40-A(2):263-77; discussion 77-8.

تهاجم موضعی تومور احتمالاً به عنوان متاستاز مطرح گردیده^(۱۸,۱۹). بیمار ما با آمپوتاسیون درمان شد که درمان انجام شده در بیشتر بیماران با این گرفتاری بوده است^(۲).

تیبیا نیز یک هدف نادر برای متاستاز برای سرطان پستان است. در حقیقت، آکرومتاستاز، متاستاز دیستال به زانو یا آرنج فقط در ۷٪ تمام متاستازهای استخوانی اتفاق می‌افتد، ولی تیبیا شایع‌ترین آنهاست، با انسیدانس ۲/۶ تا ۵٪^(۲۰). بیمار ما دچار سه متاستاز مجزا شده بود، هر یک از آنها به یک نقطه نادر.

متأسفانه بیمار گزارش شده طول عمر کوتاهی داشت. او ۹ ماه بعد از تشخیص متاستاز دست فوت کرد. یک مطالعه مروری جدید نشان داد که آکرومتاستاز هنوز یک علامت پیش‌آگهی بد است و متوسط طول عمر بیماران ۷±۷ ماه است^(۴) و دیگری هم پیشنهاد کرد که اگر چه سن در بیماران با متاستاز دست و مچ دست افزایش نشان می‌دهد، متوسط زنده ماندن این بیماران، باز هم ۷±۷ ماه تغییری نکرده است^(۳).

11. Handley WS. Cancer of the Breast and its Operative Treatment. London: John Murray; 1922. 411 p.

12. Healey JH, Turnbull AD, Miedema B, Lane JM. Acrometastases. A study of twenty-nine patients with osseous involvement of the hands and feet. J Bone Joint Surg Am. 1986;68(5):743-6.

13. Dar AM, Kawoosa NU, Sharma ML, Bhat MA. Unusual metastasis to all the digits of both hands in a patient previously operated on for esophageal carcinoma. Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2011;59(3):225-7.

14. Morris G, Evans S, Stevenson J, Kotecha A, Parry M, Jeys L, et al. Bone metastases of the hand. Ann R Coll Surg Engl. 2017;99(7):563-7.

15. Riter HG, Ghobrial IM. Renal cell carcinoma with acrometastasis and scalp metastasis. Mayo Clin Proc. 2004;79(1):76.

16. Ahlmann ER, Greene NW, Menendez LR, Stevanovic MV. Unusual locations for metastatic malignancy of the hand: a report of three cases. J Surg Orthop Adv. 2008;17(4):267-70.

17. Stone RL, Davies JP. Isolated digital metastasis in bronchogenic carcinoma. Palliat Med. 1990;4(2):137-8.

18. Turan I, Sjoden GO, Kalen A. Ovarian carcinoma metastasis to the little finger. A case report. Acta Orthop Scand. 1990;61(2):185-6.

19. Vasic L. Osteolysis of hand bones due to metastatic deposits from colon cancer—a case report. Med Pregl. 2010;63(9-10):719-22.

20. Dijkstra S, Wiggers T, van Geel BN, Boxma H. Impending and actual pathological fractures in patients with bone metastases of the long bones. A retrospective study of 233 surgically treated fractures. Eur J Surg. 1994;160(10):535-42.