●مجلة دانشگاه علوم پزشكي بابل، دوره هشتم، شمارة ۴، مرداد - شهريور۱۳۸۵، صفحه ۹۳-۹۰
دريافت: ۸۴/۸/۲۴، ارسال جهت اصلاح: ۸۴/۱۰/۷ پذيرش: ۸۴/۱۲/۱۷

گزارش یک مورد آمبولیزاسیون شریان کبدی در بیمار تومور کارسینوئید با متاستازهای متعدد کبدی

حمیدرضا حقیقت خواه[۱]، مهرداد نباهتی[*۲]

۱-استادیار گروه رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۲- استادیار گروه رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی بابل

سابقه و هدف: تومور کارسینوئید از سلولهای نرواندوکرین می باشد که از هر عضو در بدن می تواند منشاء بگیرند ولی ۹۰٪ این تومورها از سلولهای کولشیتسکی داخل دستگاه گوارش منشاء می گیرد. متاستاز این توده به کبد به کموتراپی مقاوم است و یکی از راههای درمان این بیماران آمبولیزاسیون از طریق شریان کبدی است. در این گزارش نتیجه آمبولیزاسیون شریان کبدی در بیماری که بیش از ۷۵٪ پارانشیم کبد بعلت متاستاز درگیر بود، گزارش می نمائیم.

گزارش مورد: بیمار خانم ۳۲ ساله با تومورکارسینوئید از روده باریک مراجعه کرده بود. در بررسی های انجام شده متاستازهای متعدد کبدی داشت. پس از جراحی توده اولیه جهت درمان متاستاز کبدی کموتراپی شد. ولی پاسخی دیده نشد و بعلت درد شدید بیمار تحت عمل آمبولیزاسیون شریان کبدی با ماده پلی و نیل الکل قرار گرفت. پس از ۲ ماه مجدداً بعلت عود درد در ناحیه RUQ ^{cc}۴۰ اتانل ۹۶٪ از طریق شریان کبدی تزریق شد و درد بیمار بهبود یافت.

نتیجه گیری: رادیولوژی تداخلی و آمبولیزاسیون شریان کبدی با پلی و نیل الکل درمان قطعی متاستاز تومورهای هیپرواسکولر کبد نیست. ولی جهت کاهش درد بیمار روش مناسبی می باشد.

واژه های کلیدی: ***آمبولیزاسیون، تومور کارسینوئید، متاستاز، پلي ونيل الكل، شريان كبدي، روده باريك.***

مجلة دانشگاه علوم پزشكي بابل، دوره هشتم، شماره ۴، مرداد - شهريور ۱۳۸۵، صفحه ۹۳-۹۰

مقدمه

در طي ۳۰ سال گذشته مواد جامد و مايع مختلفي جهت آمبوليزان استفاده شده است. مواد آمبوليزان ايده آل بايد خاصيت انعقاد خون داشته و انسداد دائمي در عروق هدف ايجاد كند، سمی نبوده و در اندازه ها و شكل هاي مختلفي در دسترس باشد. استريل و راديواپك باشد و بتوان باساني آنها را از طريق كاترآنژيوگرافي تزريق كرد. يكي از موادي كه بطور شايع در آمبوليزاسيون استفاده مي شود.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1385.8.4.15.5]

پلي و نيل الكل است. اين ماده راديواپك نيست و در زمان تزريق بايد با ماده حاجب مخلوط شود(۱). موارد مصرف آمبوليزاسيون شريان كبدي در سرطانهای كبدی هپاتوسلولار كارسينوما، متاستازهاي پرعروق به كبد (مثل تومور كارسينوئيد و سلولهای جزيره ای پانكراس) و متاستاز كولوركتال است ولی در نارسائي كبدی، افزايش آنزيمهاي كبدی بيش از ۱۰۰، انسفالوپاتي كبدي، ترمبوز، انسداد كامل ورید باب و متاستاز به ساير ارگانها مصرف نمی شود. كبد از دو مسير خون مي گيرد. ورید پورت ۷۵% و شريان كبدي فقط ۲۵% خونرساني كبد را عهده دار است(۳و۲). تومورها تمايل دارند كه ۹۰% خون را از شريان كبدي و ۱۰% از طريق ورید باب دريافت نمايند(۷-۴). در بيماراني كه علت آمبوليزاسيون وجود توده هاي متعدد كبدي و درد مي باشد. بهبود درد پس از آمبوليزاسيون نشانه پاسخ به درمان مي باشد. در بيماراني كه علت آمبوليزاسيون ترشح زياد هورمون مي باشد. بهبود علائم هورموني نشانه پاسخ به درمان مي باشد. و تا زماني كه بيمار بدون علامت است و يا علائم هورمونال با درمان داروئي كنترل مي شود نشانه مدت پاسخ به درمان مي باشد(۸و۲). كاهش اندازه توده جزء هدف اصلي درمان نيست. توده ها پس از درمان ممكن است كوچكتر شوند و يا اندازه آنها تغيير نكند. عوارض پس از آمبوليزاسيون شامل تب، تهوع، استفراغ، درد انفاركت و آبسه كبدي و انسداد صفراي و مرگ مي باشد(۹). در اين گزارش يک مورد آمبوليزاسيون شريان كبدی با پلی ونيل الكل و اتانل ۹۶% كه منجر به برطرف شدن درد بيمار شده بود، گزارش می شود.

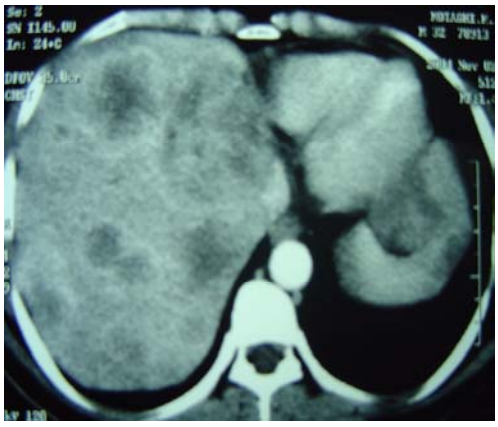
گزارش مورد

بيمار خانم ۳۲ ساله با تومور كارسينوئيد از روده باريك مراجعه كرده بود. در بررسي انجام شده متاستازهاي متعدد كبدي داشت. بطوري كه حدود ۷۵% كبد از توده اشغال شده بود در ساير ارگانها متاستاز ديده نشد. علت مراجعه بيمار درد شديد بوده است. بيمار علائم هورموني نداشت. ۲۴ ساعت قبل از آمبوليزاسيون بيمار بستري شده بود. ابتدا جهت اطمينان از باز بودن ورید باب كالرداپلر انجام شد. آنژيوگرافي بروش DSA و با كاتتر شماره ۵ كبدي انجام شد. جهت جلوگيري از ورود مواد آمبوليزان به ساير ارگانها كاتتر از نوع end-hole استفاده شد.

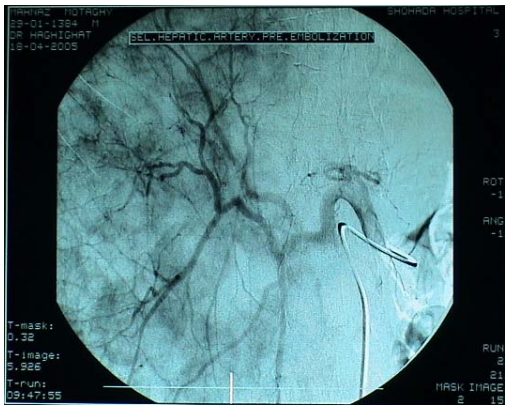
[DOR: 20.1001.1.15614107.1385.8.4.15.5]

در هنگام آنژیوگرافی پس از ورود به شریان سلیاک کاتتر وارد شریان هپاتیک شد پس از عبور از محل انشعاب شریان گاستروودئودنال شروع به آمبولیزاسیون نمودیم. پلی ونیل الکل را با ماده حاجب و سرم سالین نرمال مخلوط کرده به میزان ۲cc چندین بار تزریق نموده بودیم تا تمام Blash عروقی از بین رفت.

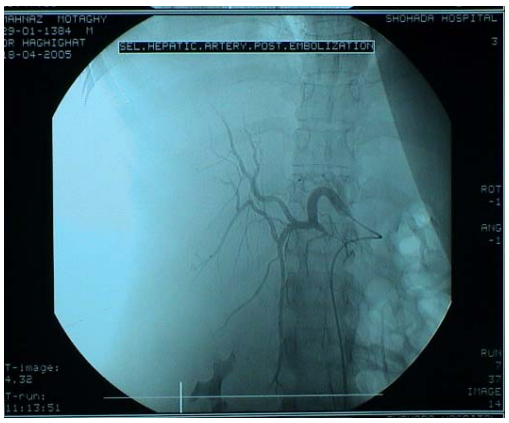
پس از آمبولیزاسیون بیمار دچار تب درد، تهوع و استفراغ شده بود و پس از ۴۸ ساعت با درمان های علامتی بیماری با حالی عمومی خوب مرخص شد. ۲ ماه پس از آمبولیزاسیون بیمار مجددا بعلت درد مراجعه کرد. برای بار دوم حدود ۴۰cc اتانول ۹۶% در یک مرحله بتدریج در شریان کبدی تزریق شد بیمار بمدت ۹ ماه پس از آمبولیزاسیون پیگیری شد که دردی نداشت و توده های کبدی هم کوچکتر شده بودند، ولی آسیت احتمالا بعلت توده اولیه و یا آمبولیزاسیون دوم در حفره شکمی ایجاد شده بود.



شکل ۱. سی تی اسکن شکم با کنتراست. متاستازهای متعدد کبدی از تومور کارسینوئید را نشان می دهد. متاستازها بیش از دوسوم حجم کبد را اشغال کرده اند.



شکل ۲. آنژیوگرافی سلکتیو شریان کبدی بروش DSA مرحله قبل از آمبولیزاسیون کبدی بلاش های متعدد عروقی ناشی از متاستاز کبدی را نشان می دهد.



شکل ۳. آنژیوگرافی سلکتیو شریان کبدی بروش DSA مرحله بعد از آمبولیزاسیون کبدی را نشان می دهد که تمام بلاش های عروقی از بین رفته اند.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به متاستاز وسیع کبدی که حدود ۷۵% بافت کبد را در این بیمار درگیر کرده بود. عوارض پس از آمبولیزاسیون شریان

[DOR: 20.1001.1.15614107.1385.8.4.15.5]

کبدی جزئی و پاسخ به درمان نسبتا طولانی بوده است. به طوریکه پس از ۹ ماه از زمان، آمبولیزاسیون بیمار هیچ گونه دردی نداشت و ابعاد توده ها هم کمی کوچک ولی مایع آسیت در شکم بیمار ایجاد شده بود. هدف اصلی آمبولیزاسیون، کاهش درد بیمار بوده و کوچک شدن اندازه توده ها هدف اصلی ما نبوده است. تاکنون گزارشات متعددي در مورد عوارض پس از آمبولیزاسیون کبدي ثبت شده است که مهمترین آنها تب، تهوع، استفراغ، درد، آبسه کبدي، انسداد صفراوي و مرگ مي باشند. در اغلب گزارشات عمر بیماراني که بیش از ۷۵% کبد درگیر بوده است. پس از آمبولیزاسیون کوتاه بوده است.

Leewe و همکاران در سال ۲۰۰۳ با انجام آمبولیزاسیون توسط ماده cyanoacrylate و lipiodol در ۲۳ بیمار با متاستاز کبدي این ماده را بدون ضرر گزارش نموده بودند و بیمارانشان تا ۶۹ ماه بدون درد بودند. آنها بیماران را ابتدا جراحي نموده و تومور اولیه را برداشته بودند و بهمراه آمبولیزاسیون سوماتواستاتین و اینترفرون هم تجویز نموده بودند دو مورد مرگ دیده شد که هر دو مورد عوارض عروقي بوده است. ولي در هیچ یك از بیماران آنها بیش از ۷۵% کبد درگیر نبود (۱۰).

Brown و همکاران در سال ۱۹۹۹ با مطالعه بر روي ۳۵ بیمار با متاستاز کبدي که ۲۱ بیمار تومور اولیه کارسینوئید و ۱۴ بیمار تومور سلولهاي جزیره اي پانکراس داشته بودند ماده آمبولیزان پلي و نیل الکل را تجویز نمودند. آنها طول مدت پاسخ به درمان را در بیماراني که بعلت درد مراجعه کرده اند ۶/۲ ماه و بیماراني که بعلت علائم هورمونال مراجعه کرده اند ۱۶ ماه گزارش نمودند. علت کوتاه بودن زمان پاسخ به درمان در بیماراني که بعلت درد تحت درمان قرار مي گیرند بعلت درگیري وسیع کبد است ولي در نوع هورمونال حجم کمتري از کبد درگیر مي شود. ۴ بیمار پس از سه هفته فوت کرده که هر چهار بیمار درگیري بیش از ۷۵% کبدی داشته اند (۱۱و۲).

یکي از عوارض آمبولیزاسیون شریان کبدي نکروز پارانشیم کبدي می باشد بخصوص در اطراف پورتا هپاتیس که باعث انسداد مجاري صفراوي داخل کبدي شده و در نهایت باعث سیروز صفراوي می شود (۱۲).

بین سن و میزان اختلال در تستهاي کبدي با شدت درد و تهوع پس از آمبولیزاسیون رابطه مشخصي وجود نداشت(۱۳). نتیجه مطالعه

[DOR: 20.1001.1.15614107.1385.8.4.15.5]

ما نشان داد که با آمبولیزاسیون شریان کبدی با اتانل ۹۶% می توان در این گونه از بیماران که هیچ گونه درمان دارویي و با جراحي جهت درمان و یا ادامه زندگي آنها وجود ندارد، استفاده نمود که منجر به کاهش درد و افزایش طول عمر آنها گردد.

تقدیر و تشکر

از پرسنل بخش آنژیوگرافي بیمارستان شهداي تجریش بخاطر همکاری صمیمانه ایشان تشکر مي شود.

****

References

1. Sutton D, Robinson JA, Jenkis PR, et al. Textbook of radiology and imagine, 7th ed, Churchill Livingstone 2003; p: 456.

2. Brown KT, Koh BY, Brody LA, et al. Particle embolization of hepatic neuroendocrine metastases for control of pain and hormonal symptoms. J Vaso Interv Radiol 1999; 10(4): 397-403.

3. Soulen MC, Pentecost MJ, Baum RA, et al. CAM/oily polyvinyl alcohol chemoembolization: life threatening complications with metastatic carcinord. JVIR 1996; 7 (2): 148.

4. Yoichi K, Zuxing K, Sidney W, Toshio K, Kenji N, Ryusaku Y. Hepatic microcirculatory changes induced by hepatic artery embolication. Invest Radiol 1999; 34(2): 160-6.

5. Kan Z, Ivancev K, Lunderquist A. Peribiliary plexa– important pathway for shunting of iodized oil and silicon rubber solution from th heputic artery to the portal vein. Invest Radiol 1994; 29(7): 671-6.

6. Kan Z, Wallace S. Sinusoidal embolization: Impact of iodized oil on hepatic microcirculation. J Vase Intev Radiol 1994; 5 (Issue 6): 881-6.

7. Kan Z, Sato M, Ivancev K, et al. Distribution and effect of iodized poppyseed oil in the liver after hepatic artery embolization: Experimental study in several animal species. Radiology 1993: 186(3): 861-6.

8. Creutzfeldt W. Carcinoid tumors: development of our knowledge. World J Surg 1996; 20(2): 126-31.

9. Rogers B, Roberts K, Schloesser T, Wong M. Pocket radiologist intervention, 3rd ed, WB Saunders Co 2003; p: 68.

10. Loewe C, Schindl M, Cejna M, Niederle B, Lammer J, Thurnher S. Permanent transarterial embolization of neuroendocrine metastases of the liver using cyanoacrylate and lipiodol: assessment of mid- and long-term results. AJR 2003; 180(5): 1379-84.

11. Winkelbauer FW, Niederle B, Pietschmann F, et al. Hepatic artery embolotherapy of hepatic metastases from carcinoid tumors: value of suing a mixture of cyanoacrylate and ethiodized oil. AJR 1995; 165(2): 323-7.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1385.8.4.15.5]

12. Huang XQ, Huang ZQ, Duan ED, Zhou NX, Feng YQ. Severe biliary complications after hepatic artery emolization. World J Castroenterol 2002; 8 (1): 119-23.

13. Patel NH, Hahn D, Rapp S, Bergan K, Coldwell D. Hepatic artery embolization: factors predisposing to postembolization pain and nausea. J Vaso Interv Radiol 2000; 11(4): 453-60.

*آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید بهشتی، گروه رادیولوژی، تلفن: ۵-۲۲۵۲۰۷۱-۰۱۱۱.

drhhaghighatkhah@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1385.8.4.15.5]