

گزارش یک مورد بسیار نادر از تومور نورواندوکراین در گره لنفاوی ناحیه

اینگوینال

پروانه دهقان^۱، ملیحه اسحاق زاده^{۲،۳}، محمد امین خضری^۴

۱. گروه رادیوتراپی و انکولوژی بیمارستان نهم دی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران
۲. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران
۳. مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران
۴. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

چکیده

زمینه و هدف: تومورهای اندوکراین نوعی نئوپلاسم با شیوع اندک هستند که اغلب در دستگاه گوارش، پستان و به طور نادر در گره های لنفاوی ناحیه اینگوینال دیده می شوند.

گزارش مورد: در این گزارش، خانم ۴۲ ساله که با شکایت اصلی وجود توده در کشاله ران پای راست در مرداد ۹۷ به پزشک مراجعه کرده بود، معرفی می گردد. این توده با جراحی خارج گردید و پس از نمونه برداری و انجام آزمایش، به متخصص انکولوژی ارجاع داده شد. بررسی های پاتولوژیک نشان دهنده کارسینومای متاستاتیک با منشا نامعین بودند. در رنگ آمیزی ایمونوهیستوشیمی، تومور نورواندوکراین گرید یک با $Ki\ 67\ index=1\%$ تشخیص داده شد. بجز سونوگرافی که نشان دهنده وجود کیست غیر سرطانی در پستان چپ بود، بقیه بررسی های خونی و تصویر برداری مشکل خاصی نداشتند. با توجه به اینکه این تومور بدون درگیری سایر اندام ها و به طور اولیه در گره لنفاوی ناحیه اینگوینال به وجود آمده بود و بعد از خارج سازی توده وضعیت بیمار، پایدار گزارش شد، درمان خاصی صورت نگرفت و فقط پیگیری برای بیمار انجام پذیرفت.

نتیجه گیری: به دلیل شیوع پایین تومورهای نورواندوکراین و شباهت بالینی به سایر موارد، بررسی های کلینیکی دقیق به خصوص انجام رنگ آمیزی های اختصاصی، می تواند به تشخیص درست تومورهای نورواندوکراین کمک کند.

کلید واژه ها:

تومور نورواندوکراین،
گره های لنفاوی،
ناحیه اینگوینال

تمامی حقوق نشر برای
دانشگاه علوم پزشکی
تربت حیدریه محفوظ
است.

مقدمه

تومورهای نورواندوکراین، نئوپلاسم های نا همسان و منشأ گرفته از سلول های دستگاه منتشر نورواندوکراین هستند که با میزان پایین رشد و توانایی ترشح انواع هورمون های پپتیدی و آمین های بیوژنیک مشخص می شوند و شیوع بسیار کمی دارند (۱). بروز این تومورها، اکثرا به صورت انفرادی است و ممکن است زمینه ارثی نیز داشته باشند (۲). با توجه به طبقه بندی سازمان جهانی بهداشت، این تومور ها بر اساس محل و میزان تمایز، دسته بندی می شوند (۳). به علاوه ممکن است که به دو گروه عملکردی و غیر عملکردی نیز تقسیم شوند، که نشان

دهنده علائم ناشی از ترشح بیش از حد عوامل شیمیایی و زیستی، در سطحی فراتر از مقادیر فیزیولوژیک، می باشد (۴). اطلاعات محدودی درباره پیش آگهی این بیماران وجود دارد (۵)، با این حال روش های تشخیصی مانند انواع تصویر برداری ها، روش های ایمونوهیستوشیمی و مولکولی، می تواند به شناسایی انواع گونه ها و تعیین عملکرد بالینی تومور های نورواندوکراین کمک کند (۳، ۶).

تعداد کمی از درمان های مورد استفاده برای تومور های نورواندوکراین بر اساس اثرات آنتی پرولیفراتیو آن ها تایید

*آدرس نویسنده مسئول: تربت حیدریه، خیابان رازی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه

آدرس پست الکترونیک: m.eshaghzadeh93@gmail.com

های عملکردی کلیه در محدوده طبیعی بودند. آزمایش های دیگری نیز مانند تست پاپ اسمیر، سونوگرافی ترانس واژینال، آندوسکوپی و کولونوسکوپی نیز برای بیمار انجام شد که نتایج حاصله کاملاً نرمال بودند. به طور کلی این یافته ها منجر به تشخیص تومور نوراندوکترین با درجه یک گردید. با توجه به خارج سازی توده، نتایج آزمایش های انجام شده و عدم وجود نشانه ها و علائم دیگر، درمانی برای بیمار در نظر گرفته نشده و فقط پیگیری بیمار با فواصل معین انجام گرفت.

بحث

تومور نوراندوکترین به طور شایع در دستگاه گوارش و درخت برونشی و به طور نادرتر در تخمدان، پستان و گره های لنفاوی ناحیه اینگوینال بروز می کند (۸). البته در ۱۳٪ موارد، محل اولیه تومور قابل شناسایی نمی باشد (۹). برای بررسی یک بیمار مبتلا به تومور نوراندوکترین اطلاعاتی مانند سابقه خانوادگی، تظاهرات بالینی و مطالعات آزمایشگاهی، تصویر برداری و ایمونوهیستوشیمی استفاده می گردد (۲). تومور مارکر های اصلی برای تشخیص نوراندوکترین تومور ها شامل کروموجرانین A، CD56 و سیناپتوفیزین می باشند (۱۰). این تومور ها به ندرت ممکن است در گره های لنفاوی ناحیه کشاله ران ایجاد شوند. با این حال بروز تومور در چنین مکانی ممکن است دلایل مختلفی مانند گسترش متاستاتیک از یک کارسینوم اولیه داشته باشد (۱۱). برای شناسایی منشأ اولیه تومور در بیمار، مطالعات آزمایشگاهی و تصویر برداری انجام گرفت، اما نتیجه ای حاصل نشد. دلیل دیگر می تواند تظاهرات پوستی تومور بد خیم نوراندوکترین پای راست با گسترش متاستاتیک سلول های نوراندوکترین در یک گره لنفاوی باشد (۱۲). در این مورد نیز علی رغم بررسی های انجام گرفته، هیچ نشانه ای از تومور ناحیه پایین شکم و یا آنورکتال مشاهده نشد. همچنین تومور های نوراندوکترین می توانند از سلول های نوراندوکترین لایه بازال اپیدرم منشأ بگیرند، که به آن کارسینوم سلول مرکل گویند که نوعی سرطان پوست نادر، اما تهاجمی است (۱۲). این تومور اغلب به گره های لنفاوی منطقه

شده است، در مقابل آنالوگ های گیرنده سوماتواستاتین که اینم تر هستند و معمولاً برای درمان علائمی که به خاطر افزایش ترشح هورمون به وجود می آید، به کار می روند، اثرات آنتی پروليفراتیو محدود تری دارند (۷). مطالعه حاضر به معرفی یک بیمار با تومور نوراندوکترین که به صورت اولیه در گره لنفاوی ناحیه اینگوینال ایجاد شده، می پردازد.

گزارش مورد

بیمار خانم ۴۲ ساله که برای اولین بار در مرداد ماه ۹۷ به علت وجود توده ای در کشاله ران پای راست به جراح عمومی مراجعه و تحت عمل جراحی خارج سازی گره لنفاوی قرار گرفت. پس از نمونه گیری از توده و انجام آزمایش ها، جهت بررسی بیشتر به متخصص انکولوژی ارجاع داده شد. قبل از جراحی، توده بدون تحرک و حساسیت در لمس و رنگ پوست اطراف آن، طبیعی گزارش شد. بررسی نمونه پاتولوژی اولیه در قسمت ماکروسکوپی، سه تکه از بافت چربی نامنظم در مقطع گره لنفی به ابعاد $1.5 \times 1.5 \times 0.5$ سانتی متر و به رنگ زرد کرمی نشان داد. در بررسی میکروسکوپی و در رنگ آمیزی هماتوکسیلین و ائوزین، گره لنفاوی با متاستاز ضایعه تومورال غدد کوچک، لانه سولی با ظاهر مشبک و سلول ها، دارای هسته های بزرگ و سیتوپلاسم ائوزینوفیلیک رنگ پریده بودند. بر این اساس، کارسینومای متاستاتیک با منشأ نامعین، تشخیص داده شد. در آزمایش ایمونوهیستوشیمی انجام گرفته، تومور نوراندوکترین به شاخص $Ki\ 67 = 1\%$ گزارش شد. بنابراین اسکن اوکتروئاید برای بیمار انجام و نتیجه آن منفی بود. به علاوه مقادیر $GATA3, PAX8, WTI, CK20, CDX2, P16, P63, CK5,6$ منفی، $Chromogranin$ منفی، $CK7$ و $Synaptophysin$ مثبت و $TTFI$ به صورت متمرکز مثبت گزارش شد. ماموگرافی و CT اسکن ریه، شکم و لگن نیز کاملاً نرمال بود. در سونوگرافی به عمل آمده نیز، تصویر کیست ساده به دیامتر 5×3 سانتی متر و در موقعیت ساعت هشت پستان چپ و در فاصله چهار سانتی متری از نیپل رویت شد. تومور مارکر هایی مانند $Ca15.3, Ca125, CA19.9, CEA$ و همچنین تست

نتیجه‌گیری

به طور کلی در این مورد، با توجه به وضعیت پایدار بیمار بعد از عمل جراحی و عدم وجود علائم نشان دهنده درگیری سایر اندام‌ها، درمان خاصی برای بیمار انجام نگرفت و فقط به پیگیری‌های منظم و کوتاه مدت به وسیله معاینه و روش‌های تصویربرداری بسنده شد. همچنین علاوه بر روش‌های استاندارد برای پیگیری می‌توان از سونوگرافی، توموگرافی انتشار پوزیترون و اندازه‌گیری سطح پلاسمایی مارکرهای مختلف بیماری، استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

نوسندگان بر خود لازم می‌دانند از بیمار مورد نظر و خانواده ایشان بابت همکاری در جمع‌آوری و دسترسی به اطلاعات لازم، تشکر نمایند. همچنین از مسئولین و کارمندان مرکز طب تسکینی و شیمی‌درمانی بیمارستان نهم‌دی به جهت همکاری تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

درگیر و اندام‌های دورتر مانند کبد و استخوان گسترش می‌یابد. انجام معاینات پوستی، بروز این مورد را نیز رد کرد. برای وقوع این بیماری، می‌توان دو علت را مد نظر قرار داد: یکی از این علل، بیماری گره‌ها به صورت اولیه و با ماهیت مجزاست که رفتار تهاجمی کمتری در مقایسه با نوع متاستاتیک آن دارد، فرضیه دیگری که می‌توان در نظر گرفت این است که بدخیمی از قبل در لانه اپی‌تلیال داخل گره‌ای وجود داشته است.

این تومورها زمانی که علائم و نشانه‌های ترشح اضافه هورمون را نشان دهند، فعال محسوب می‌شوند که در صورت بروز این حالت، درمان بیماری، ضروری است (۷). از آنجایی که بسیاری از بیماران قابلیت درمان جراحی را ندارند، اغلب درمان‌های پزشکی فقط برای جلوگیری از پیشرفت بیماری به کار می‌رود (۱۴). از جمله این اقدامات می‌توان به شیمی‌درمانی، هورمون‌درمانی، رادیوتراپی و دارو درمانی اشاره کرد. داروهایی که در درمان این بیماری به کار می‌روند شامل سیس‌پلاتین، اتوپوزید، کاربوپلاتین و اوکروتاید می‌باشند (۱۶).

References

1. Cives M, Strosberg JR. Gastroenteropancreatic Neuroendocrine Tumors. *CA Cancer J Clin* 2018; 68(6):471–87.
2. Bisht N, Singh S, Sarin A, Madakshira MG, Mulajker D. Neuroendocrine tumor of the inguinal node: A very rare presentation. *J Oncol Sci* 2017; 3(3):137–9.
3. Sedighi S, Jahanzad I, Ghadirian L, Rafat J, Vaziri S, Vahedi S. Assessing the Prevalence and Characteristics of Neuroendocrine Tumors in Patients Attending Tehran Imam Khomeiny Referral Hospital, 2004-2010. *J Mazand Univ Med Sci* 2013; 22(97):231–6.
4. Blonski WC, Reddy KR, Shaked A, Siegelman E, Metz DC. Liver transplantation for metastatic neuroendocrine tumor: A case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2005; 11(48):7676.
5. Yoon SN, Yu CS, Shin US, Kim CW, Lim S-B, Kim JC. Clinicopathological characteristics of rectal carcinoids. *Int J Colorectal Dis* 2010; 25(9):1087–92.
6. Klöppel G, Perren A, Heitz PU. The gastroenteropancreatic neuroendocrine cell system and its tumors: The WHO classification. *Ann N Y Acad Sci* 2004; 1014(1):13–27.
7. Caplin ME, Pavel M, Ćwikła JB, Phan AT, Raderer M, Sedláčková E et al. Lanreotide in metastatic enteropancreatic neuroendocrine tumors. *New Engl J Med* 2014; 371(3):224–33.
8. Broaddus RR, Herzog CE, Hicks MJ. Neuroendocrine tumors (carcinoid and neuroendocrine carcinoma) presenting at extra-appendiceal sites in childhood and adolescence. *Arch Pathol Lab Med* 2003; 127(9):1200.
9. Yao JC, Hassan M, Phan A, Dagohoy C, Leary C, Mares JE et al. One hundred years after "carcinoid": Epidemiology of and prognostic factors for neuroendocrine tumors in 35,825 cases in the United States. *Am J Clin Oncol* 2008; 26(18):3063.
10. Solcia E, Arnold R, Capella C, Klimstra DS, Klöppel G, Komminoth P et al. Neuroendocrine neoplasms of the stomach. WHO classification of tumors of the digestive system. Lyon: IARC Press 2010:64–8.
11. Pavlidis N, Briasoulis E, Hainsworth J, Greco FA. Diagnostic and therapeutic management of cancer of an unknown primary. *Eur J Cancer* 2003; 39(14):1990.
12. Lawenda BD, Thiringer JK, Foss RD, Johnstone PA. Merkel cell carcinoma arising in the head and neck: Optimizing therapy. *Am J Clin Oncol* 2001; 24(1):35.
13. Plaza JA, Suster S. The Toker tumor: spectrum of morphologic features in primary neuroendocrine carcinomas of the skin (Merkel cell carcinoma). *Annals of diagnostic pathology*. 2006;10(6):376-85.
14. Van der Zwan JM, Trama A, Otter R, Larrañaga N, Tavilla A, Marcos-Gragera R et al. Rare neuroendocrine tumours: Results of the surveillance of rare cancers in Europe project. *Eur J Cancer* 2013; 49(11):2565–78.
15. Kunz PL, Reidy-Lagunes D, Anthony LB, Bertino EM, Brendtro K, Chan JA et al. Consensus guidelines for the management and treatment of neuroendocrine tumors. *Pancreas* 2013; 42(4):557.

A Very Rare Case Report of Neuroendocrine Tumor of the Inguinal Node

Parvaneh Dehghan^{1,3}, Maliheh Eshaghzadeh^{2,3*}, Mohammad Amin Khezri⁴

1. Radiotherapist and Oncologist, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran,
2. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran,
3. Health Sciences Research Center, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran.
4. Student Research Committee, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran

Corresponding author: m.eshaghzadeh93@gmail.com

Abstract

Background & Aim: Endocrine tumors are amongst the neoplasms with low prevalence that are found most often in the gastrointestinal tract, breast, and infrequently in the lymph nodes of the inguinal region.

Case report: In this report a 42-years woman who referred to a doctor with a chief complaint about the presence of a mass in the right thigh. The mass was removed by surgery and after being sampled and tested, referred to an oncologist. Pathological examinations indicated a metastasis of carcinoma with unknown origin. According to results of immunohistochemical staining, Neuroendocrine Grade 1 tumor was detected with Ki 67 index = 1%. Except for ultrasound that was indicating the presence of a non-cancerous cyst in the left breast, the rest of the blood tests and imaging did not mention a particular problem. Since this tumor was reported without the involvement of other organs and initially in the lymph node of the inguinal region and after the removal of the mass, patient status was reported to be stable, no specific treatment was performed and only follow up was done for the patient.

Conclusion: Regarding the low prevalence of neuroendocrine tumors and the clinical similarity to other cases, accurate clinical examinations, in particular, specific staining, can be useful for precise diagnosis of neuroendocrine tumors.

Keywords:

neuroendocrine tumor,
lymph nodes,
immunohistochemistry
staining

©2018 Torbat Heydariyeh
University of Medical
Sciences. All rights reserved.

How to Cite this Article: Dehghan P, Eshaghzadeh M, Khezri MA. A Very Rare Case Report of Neuroendocrine Tumor of the Inguinal Node. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2019;7(1):73-77.