

---

---

## بررسی موارد بیماریها CASE REPORTS

---

---

### بررسی یک مورد پseudotumor التهابی کبد

دکتر نوشین بهبودی مقدم\*، دکتر سوفیا صبوری\* و دکتر سید محمدهادی خرازی\*  
\* استادیاران بخش رادیولوژی مرکز پزشکی شهدای تجریش

---

#### خلاصه

سابقه و هدف. pseudotumor التهابی کبد یک توده ناشی از ارتشاح (Infiltration) التهابی مزمن در زمینه استرومای فیروز می باشد. اهمیت تشخیص این ضایعه نادر اجتناب از جراحی غیرضروری است لذا باید در تشخیص افتراقی ضایعات فضاگیر کبدی وارد شود.

معرفی بیمار. زنی ۴۹ ساله با درد اپی گاستر و تشخیص احتمالی گاستریت یا کولیک صفراوی در بیمارستان شهدای تجریش بستری شد و بعد از انجام آزمایشهای پاراکلینیکی و سونوگرافی، دو ضایعه نسبتاً بزرگ در کبد مشاهده شد؛ به دنبال آن سی تی اسکن با تزریق دینامیک و تکه برداری از یکی از توده های یاد شده با سوزن ظریف تحت راهنمایی سی تی اسکن انجام شد و آسیب شناسی، وجود تومور کاذب التهابی کبد را تایید کرد. نتیجه. در بیمارانی که حال عمومی خوب و علائم بالینی آنان نسبتاً کم است، با دیدن یک یا چند توده نسبتاً بزرگ در کبد باید تومور کاذب التهابی کبد را نیز در تشخیص افتراقی در نظر گرفت و برای اجتناب از تشخیص نادرست، و جهت تأیید هیستولوژیک انجام تکه برداری با سوزن لازم می باشد.

## مقدمه

اپی گاستر- از ۲ تا ۳ هفته قبل از مراجعه شروع شده بود. درد به صورت مداوم با انتشار به پشت با ماهیت فشاری با غذا و تغییر موقعیت بیمار بی ارتباط بوده است. همراه با آن بیمار حالت تهوع، احساس پر بودن معده و کاهش اشتها را نیز ذکر می کند ولی سایر علائم مانند تب و کاهش وزن را به یاد نمی آورد.

در پیشینه بیمار بجز سابقه بیماری التهابی لگن (PID) که به این دلیل از شش ماه قبل تحت درمان قرار گرفته بود و آلرژی با علائم رینیت و عطسه نکته دیگری را ذکر نمی کند. در پیشینه خانوادگی بیمار نکته مثبتی یافت نشد.

هنگام انجام معاینات حساسیت خفیف در لمس عمقی ناحیه اپی گاستر وجود داشت. بیمار هنگام مراجعه تب نداشت و فشارخون  $130/80$  میلیمترجیوه بود. در معاینه دستگاه تناسلی یک پولیپ در دهانه رحم دیده شد که با عمل جراحی برداشته شد و نتیجه آن پولیپ اندوسرویکال گزارش شد.

## آزمایشهای پاراکلینیکی

در آزمایش خون هموگلوبین  $11/8$  درصد، تعداد گویچه های سرخ ۵ میلیون، گویچه های سفید  $15300$  در هر میلی لیتر که شامل ۶۵ درصد پلیمورفونوکلئور، ۲۵ درصد لنفوسیت، ۷ درصد ائوزینوفیل (احتمالاً به علت سابقه آلرژی) و ۳ درصد مونوسیت بوده است.

سدیمان بیمار در ساعت اول ۳۹ و در ساعت دوم ۶۷ گزارش شد. آزمایشهای کارکرد کبد شامل آلومین و PT، بیلی روبین و التهابی شامل SGPT، SGOT و آلکالین فسفاتاز انجام شد که در آلکالین فسفاتاز افزایش مختصری دیده شد.  $PT=16$  (تست کنترل=۱۴) و  $PTT=41$  (آزمون کنترل=۴۵) بود. نتیجه آندوسکوپی بیمار طبیعی گزارش شد.

پسودوتومور التهابی کبدیک توده فوکال از استرومای فیروز با سلولهای ارتشاحی و التهابی مزمن است که نشانه های بدخیمی ندارد. تشخیص این ضایعه نادر اهمیت بسیار دارد چرا که بیمار را از عمل جراحی غیر ضروری مصون می دارد. هدف این نوشتار آشنایی با این مورد نادر و گذاشتن آن در تشخیص افتراقی ضایعات فضاگیر کبدی، به ویژه در بیمارانی است که در تصویرنگاری آنان یک توده کبدی منفرد یا متعدد نسبتاً بزرگ (۵ سانتیمتر به بالا) مشاهده می شود. اولین مورد را پک و بیکر (Pack و Baker) در سال ۱۹۵۳ در سالنامه جراحی گزارش کردند (۱). از آن زمان تاکنون فقط ۴۰ مورد در مقالات انگلیسی زبان گزارش شده است (۱-۷). بیماران معمولاً با علائم بالینی و آزمایشگاهی یک فرآیند التهابی مراجعه می کنند ولی ممکن است نشانه های پرتوشناختی، سونوگرافیک و سی تی اسکن گمراه کننده باشد. در مورد بیشتر بیماران جراحی انجام گرفته، بعد از آن تشخیص بالا تأیید شد (۲، ۳، ۵ و ۷). در تعداد کمی از بیماران با انجام تکه برداری به اثبات تشخیص کمک شده است. از آنجا که مشی بیماران خوش خیم می باشد درمان آنان محتاطانه صورت می گیرد (۱).

با توجه به اهمیت تشخیص این ضایعه به معرفی یک مورد که با علائم ظاهری درد اپی گاستر مراجعه کرده بود، می پردازیم تا توجه همکاران محترم به این مورد نادر و گذاشتن آن در تشخیص افتراقی ضایعات فضاگیر کبدی جلب شود.

## معرفی بیمار

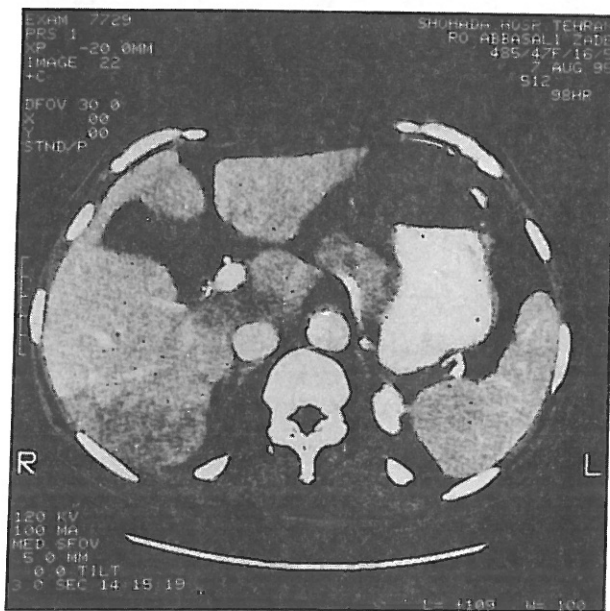
زن ۴۹ ساله ای در تاریخ ۱۴/۵/۷۴ به درمانگاه داخلی بیمارستان شهدای تجریش مراجعه می کند. ناراحتی بیمار به صورت درد شکم- بیشتر در ناحیه

## تصویرنگاری

در سونوگرافی کبد در قسمت خلفی - تحتانی قطعه راست یک توده اکوژن که در قسمت‌های مرکزی کاهش مختصر اکوژنیسته به ابعاد  $44 \times 56$  میلی‌متر نشان می‌دهد (شکل ۱). همراه با آن، یک توده دیگر در زائده پایی شکل لوب Caudate دیده شد (شکل ۲) و در تشخیص اولیه برای ارتشاح چربی کانونی مطرح شد. جهت بررسی بیشتر سی‌تی‌اسکن کبد انجام شد. در سایر قسمت‌های شکم و کیسه صفرا ضایعه‌ای دیده نشد. سی‌تی‌اسکن کبد بیمار در مراحل بدون تزریق،

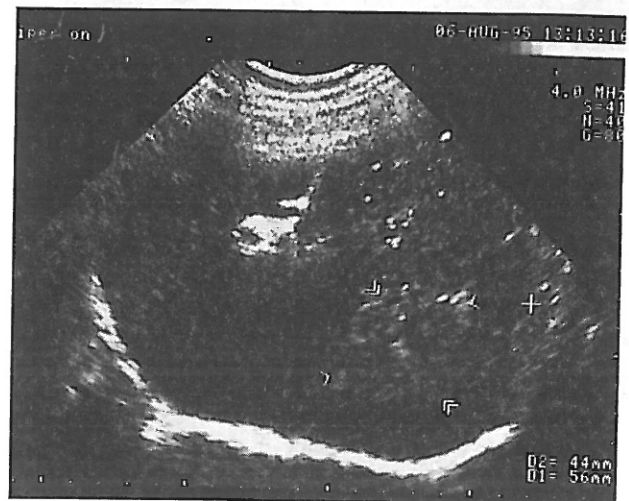
دینامیک تاخیری صورت گرفت. یافته‌های تصویرنگاری در اسکن دینامیک نشان دهنده دو ناحیه کم چگالی یکی در قسمت تحتانی - خلفی لوب راست و دیگری در زائده پایی شکل لوب Caudate بود که در اسکن‌های تاخیری نسبت به پارانشیم بافت کبد رنگ‌پذیری شدیدتری را نشان می‌داد. این رنگ‌پذیری در کپسول و ناحیه محیطی توده مزبور ارجحیت بیشتری داشت.

در اسکن بدون تزریق توده مختصراً " دارای کاهشی (Attenuation) کمتر از بافت طبیعی اطراف بود (شکل ۳ و ۴).

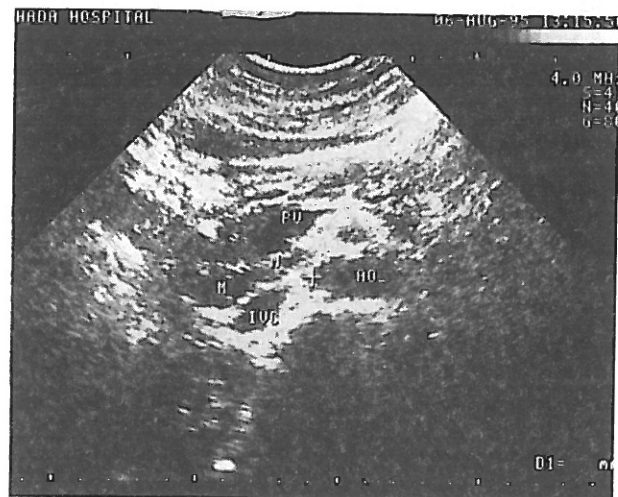


شکل ۳

جهت تأیید بیشتر و رد کرده سرطان هپاتوسلولار تکه‌برداری با سوزن ظریف تحت راهنمایی سی‌تی انجام و نتیجه آسیب‌شناسی به شرح زیر گزارش شد: در ریزینی از بافت کبدی طرح ترابکولی حفظ شده بود. سینوزوئیدها متسع و محتقن همراه با استازوی صفراوی (۶) در درون هپاتوسیت‌ها می‌باشد. فیروز و ارتشاح سلولهای آماسی مزمن به همراه تعدادی پلاسماسل و تکثیر عروق کوچک دیده شد. اثری از بدخیمی و انگل

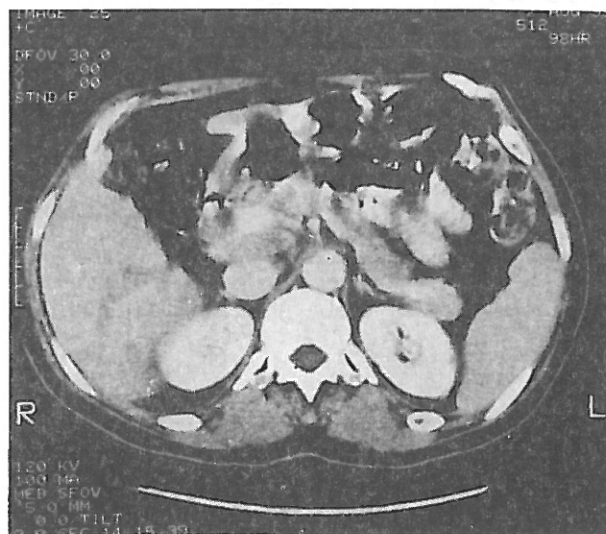


شکل ۱



شکل ۲

مشاهده نشد. کشت و سیتولوژی جهت بیماریهای عفونی و انگلی منفی بود.

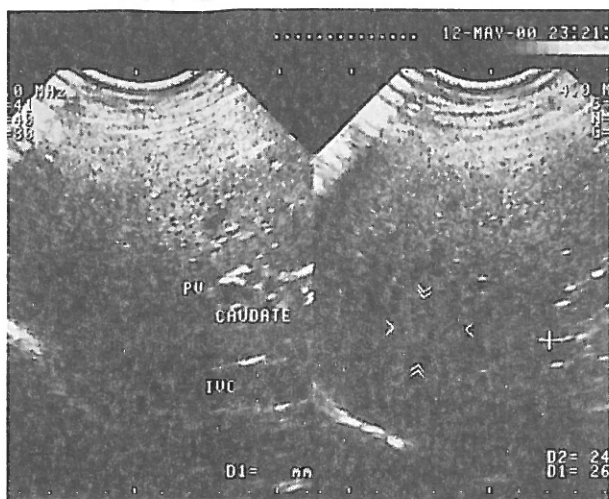


شکل ۴

بیمار با تشخیص تومور کاذب التهابی کبد مرخص و قرار گذاشته شد که ۴ ماه دیگر جهت کنترل مجدد آزمایشهای تصویرنگاری به بیمارستان مراجعه کند (۱). ۴ ماه بعد که بیمار مراجعه کرد مشاهده شد که اندازه تومور لوب راست به طور چشمگیری کاهش یافته، توده لوب Caudate کاملاً پاك شده بود (شکل ۵).

### بحث

علت بروز تومور کاذب التهابی کبد نامشخص می‌باشد، اگر چه عفونت انسداد صفراوی (۱ و ۲) به عنوان علل آن مطرح شده است. بعضی از پژوهندگان بر این باورند که این تومور یک بیماری نیست، بلکه در یک دسته از ضایعات فضاگیر قرار می‌گیرد که به طور کلی نمای یک تومور را متصور می‌سازد. در این مبحث تغییرات گرانولوماتو آبه کبدی نیز به عنوان علت مطرح شده است. بعضی از گزارشها حاکی از آن است که روند التهابی عفونی به تومور کاذب التهابی منجر می‌شود



شکل ۵

(۱ و ۲).

این تومور یک عارضه کاملاً نادر بدون علت شناخته شده می‌باشد که به ظاهر بدخیم است؛ در صورتی که ماهیت هیستولوژیک آن کاملاً خوش خیم می‌باشد.

بیمار مورد مطالعه زن ۴۹ ساله‌ای بود که با علائم درد اپی گاستر، تهوع، استفراغ و کاهش اشتها مراجعه کرد. در انواع غیر کبدی، به ویژه ریوی، تومور کاذب التهابی دارای علائم بالینی بارز می‌باشد؛ در صورتی که، در نوع کبدی آن علائم غیر اختصاصی و گاه همراه کننده است. در مواردی که ابعاد تومور کوچک باشد، بیمار بدون علامت است و توده کبدی در سونوگرافی به طور اتفاقی و یا کالبدگشایی کشف می‌شود (۱-۳). تب یکی دیگر از علائم بالینی است که در مورد بیمار ما وجود نداشت و این مسئله نشانگر غیر اختصاصی بودن علائم این بیماری است (۱).

در بیمار ما بالا بودن سدیمانتاسیون و لکوسیتوز همراه با طبیعی بودن سایر آزمونهای آزمایشگاهی و

۰/۰۱ درصد و عوارض آن ۰/۳۲-۰/۰۶ درصد گزارش شد. در یک سری مطالعات که شرلاک طی ۱۷ سال انجام داد از ۸۰۰۰ مورد تکه برداری تنها دو مورد مرگ گزارش شد. تکه برداری به دو روش بسته و باز صورت می‌گیرد. تکه برداری سوزنی را نیز به دو روش کور (Blind) و تحت کنترل سی‌تی‌اسکن، سونوگرافی و یا آنژیوگرافی می‌توان انجام داد. تکه برداری مستقیم سوزنی تحت کنترل- نسبت به روش کور- از درصد موفقیت بالاتری برخوردار است.

تحت کنترل سی‌تی‌اسکن تعیین دقیق محل ضایعه و مرکز آن جهت تکه برداری امکان‌پذیر است. درصد موفقیت کلی در موارد کور ۸۱ درصد می‌باشد؛ در حالی که، در موارد تحت کنترل به ۹۵ درصد افزایش می‌یابد. روش انجام تکه برداری بسته تحت کنترل سی‌تی با استفاده از سوزن تروکات و برای مکش (آسپیراسیون) سوزن ۲۰G به کار برده می‌شود. در مورد کبد ترجیح می‌دهند که از یک سوزن نسبتاً ضخیم استفاده شود تا از وارد شدن مکرر سوزن به درون بافت جلوگیری شود. در تجارب منعکس شده و مراجع نوع سوزن کاتینگ کم عارضه‌تر و در ۹۰ درصد موارد پاسخ قطعی داده می‌شود. در تمام موارد تومور کاذب التهابی گزارش شد (۷-۱) که تحت باز کردن شکم و تکه برداری باز قرار گرفتند. به دلیل قابل برداشت نبودن توده و یا متعدد بودن آن، هیچ اقدام جراحی صورت نگرفته است و تکه برداری سوزنی در تمام بیمارانی که گمان بر تومور کاذب التهابی می‌رود این روش ارجحیت دارد.

نتایج آسیب‌شناختی نشانگر سلول‌های التهابی مزمن به ویژه پلاسموسل در زمینه فیروز می‌باشد که با تومور کاذب التهابی کبد کاملاً مطابقت دارد (۱۱). در مطالعات هیستولوژیک سایر مقالات نمای میکروسکوپی آن، مورد به مورد، فرق می‌کند. اما دیدن پلازما (۷-۱) در زمینه فیروز (۳-۱) مشخصه آن می‌باشد و تایید

آنزیم‌های کبدی - که در مطالعات دیگران گزارش شده است- نیز شایعترین یافته آزمایشگاهی افزایش سدیمان‌تاسیون و لکوسیتوز بوده است (۱-۲) که این نتایج با فرآیند التهاب مطابقت دارد (۱).

کلید مهم تشخیص این بیماران تصویرنگاری است. در بررسی حاضر آزمون سونوگرافی و سی‌تی‌اسکن در مراحل بدون تزریق، دینامیک و تاخیری، انجام شد و چگونگی رنگ‌پذیری ماده حاجب روی توده کبدی مورد ارزیابی قرار گرفت. رنگ‌پذیری با تقویت (Enhancement) زودرس در سی‌تی‌اسکن با واسکولاریتی ضایعه ارتباط دارد؛ در صورتی که تقویت تاخیری با تزریق آهسته ماده حاجب به درون فضاهای خارج سلولی غیر طبیعی مرتبط می‌باشد. در سی‌تی‌اسکن انجام شده رنگ‌پذیری تاخیری در کپسول توده دیده شد که این‌ها در ضایعاتی مانند تومور کاذب التهابی کبد، متاستاز آبه دیده می‌شود (۱). تشخیص این ضایعات فقط بر پایه روشهای تصویرنگاری مشکل می‌باشد، چون بسیار گمراه کننده است. جهت تایید تشخیص تکه برداری با سوزن ظریف تحت راهنمایی سی‌تی انجام گرفت. تکه برداری کبد جهت تشخیص بیماریهای کبد روشی متداول است. از آنجا که ضایعات بدخیم و خوش‌خیم کبد شیوع دارد و هر دو نمای تومورهای بدخیم رابه تصویر می‌کشد جهت اقدامهای تشخیصی و درمانی تکه برداری کمک بسزایی می‌کند. تکه برداری سوزنی از کبد اولین بار در سال ۱۸۸۳ در بیماران دیابتیک برای بررسی مقدار گلیکوژن انجام شد. در سال ۱۸۹۵ در ایتالیا این روش برای تشخیص آبه کبدی صورت گرفت. اولین سری نتیجه مطالعات را شاپفر (Schupfer) در سال ۱۹۵۷ در فرانسه برای تشخیص سیروز تومور کبدی چاپ و منتشر کرد. در جنگ دوم جهانی برای تشخیص هپاتیت ویروسی بارها تکه برداری از کبد انجام شد که مرگ و میر

تشخیص برای تومور کاذب التهابی ۴ ماه بعد با سونوگرافی کنترل می‌شود که یکی از توده‌ها پاك شده و دیگری به وضوح کاهش یافته که در مقالات دیگر مولفان نیز این یافته مشترک می‌باشد.

### نتیجه‌گیری

به طور خلاصه می‌توان گفت در بیمارانی که در کبد تومور کاذب التهابی دارند علائم بالینی، تست‌های آزمایشگاهی، تعداد توده‌ها و محل آنها در کبد، هیچ کدام نمی‌تواند تعیین کننده باشد. آزمونهای

تصویرنگاری نظیر سی تی اسکن و سونوگرافی گاهی حتی گمراه کننده است و نمای توده‌های بدخیم را تقلید می‌کند. تنها در یک مقاله رنگ‌پذیری، ماده حاجب را روی توده کبدی ارزیابی کردند که تا حدی به تشخیص کمک کرد (۱). ولی در نهایت برای تشخیص قطعی تکه برداری با سوزن ظریف تحت راهنمایی CT باید انجام شود تا از جراحی غیر ضروری- در بیمارانی که با حال عمومی نسبتاً خوب مراجعه می‌کنند- جلوگیری شود و از اتلاف وقت، صرف هزینه، افزایش مرگ و میر و تکوین مرضی بعد از عمل ممانعت به عمل آید.

### مراجع

- 1) Tatsuro F, et al. Diagnosis of Inflammatory Pseudotumor of the liver. (Value of CT), AJR 1994; 163:1087-1091.
- 2) Horiuchi R, et al. Inflammatory Pseudotumor of the liver. Clinicopathological study and review of the literatur. Cancer 1990; 65:1583-1590.
- 3) Andreola S, Cattoretti, et al. Inflammatory Pseudotumor of the liver. Report of two cases. Tumori 1990; 76:517-523.
- 4) Tstoynien, et al. Inflammatory Pseudotumor of the liver with occlusive endophlebitis. Report of a case. Taiwan Usveh Hui TSA Chin 1990; 89:818-822.
- 5) Pokorny CS, et al. Inflammatory Pseudotumor of the liver causing biliary obstruction. J Clin Gastro Enterol 1991; 13:338-341.
- 6) Hata Y, et al. Inflammatory Pseudotumor of the liver in children. Report of two cases and review of literature. J Pediatr Surg 1993; 27:1549-1552.
- 7) Karatsis P, et al. Inflammatory Pseudotumor of the liver. Eur J Surg Oncol 1993; 19: 384-387.

## Inflammatory pseudotumor of the liver

Behboudi N, Sabouri S, Kharrazi M

Shaheed Beheshti University of Medical Sciences & Health Services

### SUMMARY

Inflammatory pseudotumor of the liver is a focal mass consisting proliferation of plasma cells and other inflammatory cells.

This rare disease should be included in differential diagnosis in patients with hepatic mass in imaging studies, which to avoid surgery.

**Case Report.** A 49 years old woman admitted in Shohada Hospital with epigastric pain the imaging studies was done (U.S.-C.T). Two S.O.L are detected

in right and caudate lobes of liver. For better, evaluation fine needle CT guide biopsy was performed.

**Result.** The histologic study is confirmed the inflammatory pseudotumor of the liver.

**Conclusion.** It must remind that percutaneous biopsy should be performed at obtain histological confirmation in a patient with no or a few symptoms and detection S.O.L in liver.