

## METASTAZĂ SCAPULARĂ A CARCINOMULUI HEPATOCELULAR – PREZENTARE DE CAZ

N. Vlad<sup>1</sup>, R. Moldovanu<sup>1</sup>, C. Lupașcu<sup>1</sup>, G. Răileanu<sup>1</sup>,  
M. Borcea<sup>2</sup>, D. Ferariu<sup>3</sup>, Liliana Vlad<sup>4</sup>

1 Clinica I Chirurgie „I. Tănăsescu-Vl. Buțureanu” Spitalul „Sf. Spiridon” Iași

2 Clinica ATI Spitalul „Sf. Spiridon” Iași

Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași

3 Laboratorul de Anatomie Patologică, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași

4 Secția Boli Infecțioase, Spitalul Orășenesc Hârlău

### *A SCAPULAR METASTASIS OF THE HEPATOCELLULAR CARCINOMA – CASE REPORT*

**(Abstract):** Hepatocellular carcinoma (HCC) is a primary liver cancer frequently related with liver cirrhosis; the common way for metastasis spread is the blood stream. The bone metastasis from a HCC is uncommon. We present an unusual scapular metastasis from a HCC as a first sign of the liver tumor. A 76 year old man has been referred to our surgical unit presenting a solid painful tumor located in the scapular region. The clinical and ultrasound examination established the diagnosis of a soft tissue tumor. Intraoperative exploration revealed a brown sponge mass, extremely soft and bleeding. The resection of the tumor has been performed. The pathologic exam revealed the diagnosis of a metastasis from a well differentiated HCC. The postoperative abdominal ultrasound exam was performed and revealed two tumors situated in V-th and VII-th segments. The patient refuse other imagistic exams and surgical procedures.

KEY WORDS: HEPATOCELLULAR CARCINOMA, BONE METASTASIS

Correspondență: Dr. Nuțu Vlad, Clinica I Chirurgie, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași, Bd. Independenței, nr. 1, 700111; e-mail: nutu.vlad@gmail.com\*

### INTRODUCERE

Carcinomul hepatocelular reprezintă 80% dintre maligne hepatice primare [1]. Are o incidență în creștere – cca 1000000 cazuri noi anual [1]. Este mai frecvent la bărbați, iar incidența crește cu vârsta. Diseminarea la distanță se realizează preferențial pe cale hematogenă, iar în momentul diagnosticului aproximativ 50% din cazuri prezintă deja metastaze la distanță [1]. Metastazele osoase de la HCC sunt relativ rare, incidența lor variind între 3-20%, deși studiile necropsice consideră că reprezintă a treia localizare ca frecvență, după plămân și glanda suprarenală [2].

### PREZENTAREA CAZULUI

Pacientul S.M. în vârstă de 76 ani, din mediul rural, a fost spitalizat în Clinica I Chirurgie în perioada 25.03.-10.04.2008. La momentul internării pacientul acuza prezența unei formațiuni tumorale la nivelul regiunii scapulare drepte și dureri moderate la acest nivel. Din istoricul bolii menționăm debutul insidios al afecțiunii, formațiunea tumorală fiind remarcată de pacient în urmă cu aproximativ un an, ulterior tumora crește treptat în dimesiuni, iar de trei luni devine dureroasă. Din antecedentele personale

---

\* received date: 20.10.2008

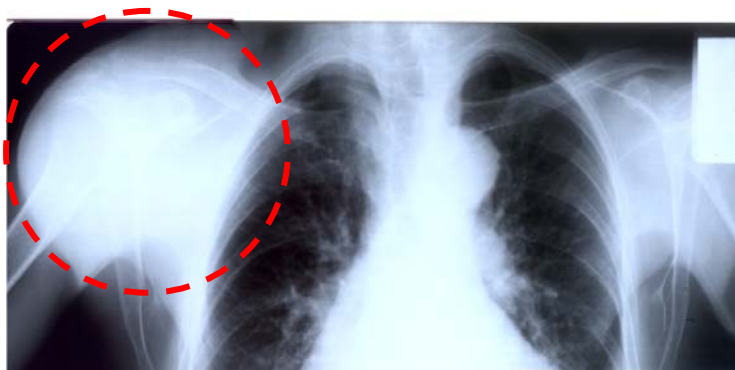
accepted date: 15.12.2008

patologice reținem o patologie cardiacă complexă: hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică dureroasă, fibrilație atrială, insuficiență cardiacă clasa II NYHA.

La examenul local s-a constatat prezența unei formațiuni tumorale de 20x22 cm. situată la nivelul regiunii scapulare drepte, bine delimitată, fermă, cu zone elastice, dureroasă, fixă față de planurile profunde și superficiale. Examenul clinic general în limite normale.

Analizele de laborator au evidențiat o anemie moderată (Hb=11,3 mg/dL; Ht=34,9%) și transaminazele ușor crescute (TGP=45 UI/L, TGO=53 UI/L).

Radiografia toracică a constatat scleroemfizem pulmonar, pachete bronșectatice 1/3 inferioară, cord mărit de volum cu arc pulmonar voluminos și o opacitate de părți moi de cca 150 mm diametru, la nivelul regiunii scapulare drepte (Fig. 1).



**Fig. 1 Radiografia toracică**  
opacitate de părți moi localizată la nivelul regiunii scapulare drepte



**Fig. 2 Examenul ecografic**  
Formațiune solidă, neomogenă, intens vascularizată.

Examenul ecografic a evidențiat o formațiune solidă, neomogenă, de 160x140 mm, intens vascularizată. Nu s-a efectuat o examinare ecografică abdominală.

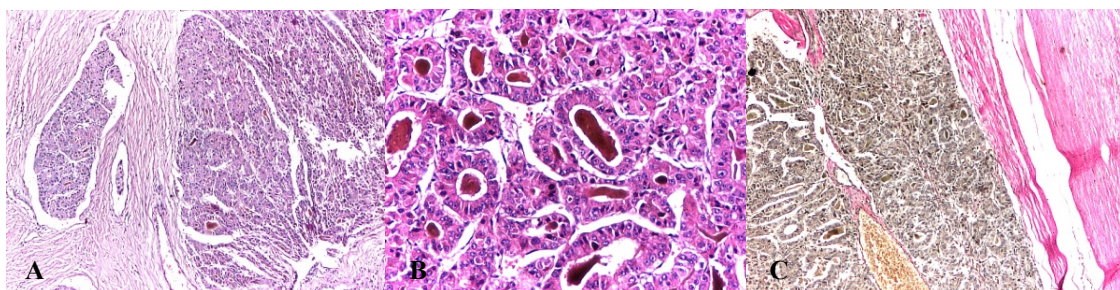
După o pregătire preoperatorie simplă se intervine chirurgical; având în vedere dimensiunile formațiunii și tarele pacientului se optează pentru anestezie generală cu intubație oro-traheală. Intraoperator se constată o formațiune tumorală de 140x120 mm, parțial încapsulată, de culoare maroniu-verzuie, foarte friabilă și care sângeră ușor la atingere. După ce se reușește disecția formațiunii față de țesuturile moi adiacente se constată că posterior tumora invadează scapula. Se rezecă tumora cu dificultate și cu prețul unei hemoragii importante, predominant de la nivelul țesutului osos scapular. La

examenul lojei tumorale se constată o lipsă de masă osoasă la nivelul spinei scapulei și un defect circumferențial neregulat la nivelul corpului scapular de aproximativ 40 mm diametru, care sângeră activ, tentativele de coagulare nefiind eficiente. Hemostaza este în final obținută prin meșaj.

Evoluția postoperatorie a fost lent favorabilă, pacientul necesitând o reechilibrare volemică în secția ATI. Hemoglobina și hematocritul postoperator au scăzut semnificativ (Hb=5,8 mg/dL; Ht=16%), ceea ce a necesitat transfuzie de sânge.

În a 5-a zi postoperator s-a reintervenit chirurgical sub anestezie locală și s-au suprimat meșele. Ulterior evoluția postoperatorie a fost simplă. Pacientul fiind externat după 10 zile.

Examenul histopatologic (Fig. 3) a arătat că tumora prezintă aspect de carcinom hepatocelular, diferențiat, cu arhitectură pseudoglandulară (acinară), cu secreție de pigment biliar; au fost de asemenea prezente arii de necroză, numeroase embolii în vase și infiltrarea parțială a structurilor musculo-aponevrotice ce formează pseudocapsula nodulului tumoral.



**Fig. 3 Examen histopatologic**

A hematoxinilă-eozină, ob.x4, embolii de carcinom hepatocelular în vase; B hematoxinilă-eozină, ob.x4, arhitectură acinară, secreție biliară; C colorație van Gieson, ob.x4, fascia musculară în dreapta, tumora în stânga

Ecografia abdominală efectuată ulterior a evidențiat în segmentul V hepatic o formațiune hipoecogenă, neomogenă de 28x24 mm, cu necroză centrală de 14 mm, iar în segmentul VII, o altă formațiune de 18 mm diametru. Pacientul refuză alte investigații (explorare computer tomografică, recoltarea unor markeri biologici – alfa feto-proteina) precum și intervenția chirurgicală (hepatectomie).

Controlul efectuat la o lună postoperator a evidențiat absența recidivei scapulare și aspectul staționar al tumorilor hepatice.

## DISCUȚII

Carcinomul hepatocelular (CHC) are o răspândire geografică neuniformă, fiind mai frecvent în țările din Asia de sud-est și Africa de Sud [2-4]. În Europa incidența este de 6 cazuri/100000 de locuitori [4]. Incidența CHC crește progresiv cu vârsta și este mai mare la bărbați decât la femei, raportul fiind de 3/1 [1,5].

Etiopatogenia CHC este strâns legată de ciroza hepatică. Între 60-90% din cazuri CHC este greșit pe o formă de ciroză hepatică [2-4]. Un rol important în apariția CHC îl au și alți factori: virusul hepatitei B și mai ales C, consumul cronic de alcool, aflotoxinele alimentare, diverse boli metabolice, nitrosaminele și alte substanțe toxice [1,4,5].

În ceea ce privește anatomia patologică, CHC este o tumoră de consistență moale, de culoare maronie, intens vascularizată. Frecvent tumora este încapsulată având un prognostic mai favorabil [3,5]. Microscopic tumorile sunt alcătuite din celule cu aspect asemănător hepatocitelor [7]. Manifestările clinice la debut sunt nespecifice, iar în fazele avansate poate să apară masă palpabilă în hipocondrul drept, ascită și icter [5].

Explorările imagistice utile pentru diagnostic și stadializare sunt: ecografia, tomografia computerizată, rezonanța magnetică nucleară, angiografia selectivă; în unele cazuri se poate recurge la laparoscopia diagnostică. Diagnosticul histopatologic preoperator poate fi precizat pe materialul biopsic recoltat laparoscopic sau prin puncție-biopsie transparietohepatică [6]. Un rol important în stabilirea diagnosticului și urmărirea evoluției îl are dozarea alfa-feto-proteinei [1].

Diseminarea metastatică a CHC se face pe cale limfatică sau, mai frecvent, pe cale hematogenă, prin circulația portală sau sistemică. Localizările metastatice cele mai frecvente sunt: plămânul (35-70%), ganglionii limfatici (16-45%), glande suprarenale (15%), oase (1-20%), creier (1-5%) [1,2]. Sunt raportate și metastaze excepționale subcutanate [8]. De asemenea, metastazele se pot localiza la nivelul intestinului subțire putând determina complicații ocluzive [9].

Localizările osoase citate în literatură sunt: vertebrele, oasele bazinului, mandibula, maxilarul, oasele craniene, sternul, coastele [10-14]. Localizarea scapulară a metastazelor de CHC a fost raportată doar într-un singur caz - Zeller JL și Ireland ML în 1986 [15].

Metastazele osoase sunt osteolitice, iar rezecția lor este asociată cu hemoragii importante, ca și în cazul prezentat [10-16]; în unele cazuri hemoragia poate apare spontan, în cursul evoluției tumorii [produc osteoliză și hemoragie în țesuturile sau cavitățile adiacente [4,12,13,16]. Aproximativ 5-7% din cazurile de CHC, la momentul diagnosticului, au deja metastaze osoase [4,17]. Metastazele osoase de CHC pot fi prima manifestare a bolii, iar diagnosticul este o surpriză anatomopatologică, ca și cazul prezentat [4,11-15].

Diagnosticul metastazelor osoase poate fi precizat prin explorări imagistice – computer tomografie, rezonanță magnetică nucleară, scintigrafie osoasă cu tehniciu 99.

Tratamentul metastazelor osoase de CHC este paliativ și include: chimioterapia sistemică, alcoolizarea directă, radioterapia sau rezecția chirurgicală [2,4,11]. Atunci când metastazele de hepatocarcinom sunt confundate cu tumori ale țesuturilor moi, iar primul gest terapeutic este ablația tumorii, frecvent apare hemoragie intraoperatorie importantă și hemostază dificilă. Rezecția chirurgicală a metastazei nu prelungește supraviețuirea, stadiul tumorii primare fiind factor predictiv al supraviețuirii [14,18].

## CONCLUZII

Metastazele osoase având ca origine un CHC sunt rare. Pot fi prima manifestare clinică a bolii, iar starea generală a pacientului poate fi bună, deși neoplazia este într-un stadiu avansat. Datorită caracteristicilor morfopatologice ale tumorii, rezecția acestora se poate asocia cu o hemoragie importantă și dificultăți de hemostază.

## BIBLIOGRAFIE

1. Târcoveanu E. *Patologie chirurgicală hepatică: Tumori hepatice*, 2007, Iași, p.107-118
2. Attili VS, Babu KG, Lokanatha D, Bapsy PP, Ramachandra C, Rajshekar H. Bone metastasis in hepatocellular carcinoma: need for reappraisal of treatment. *J Cancer Res Ther.* 2008; 4(2): 93-94.
3. Vlad L. *Chirurgie hepatică*. Cluj-Napoca: Editura Dacia; 1993. p. 127-135.

4. Miquel M, Masnou H, Domènech E, Montoliu S, Planas R, Gassull M., Atypical presentation of distant metastases from hepatocarcinoma. *Gastroenterol Hepatol.* 2005; 28(10): 626-628.
5. Funariu G. *Chirurgie abdominală.* Cluj-Napoca: Editura Dacia; 2002. p. 141-144.
6. Popescu I., Ciurea S. Tumorile maligne primare ale ficatului. In: Popescu I, editor, *Chirurgia ficatului*, vol. I. București: Editura Medicală; 2004. p. 385-410.
7. Popescu I. Tumorile hepatice benigne și maligne. In: Angelescu N, editor, *Tratat de patologie chirurgicală*, vol. II. București: Editura Medicală; 2001. p. 1848-1869.
8. Masannat YA, Achuthan R, Munot K, Merchant W, Meaney J, McMahon MJ, Horgan KJ., Solitary subcutaneous metastatic deposit from hepatocellular carcinoma. *N Z Med J.* 2007; 120(1266): U2837.
9. Kim HS, Shin JW, Kim GY, Kim YM, Cha HJ, Jeong YK, Jeong ID, Bang SJ, Kim do H, Park NH. Metastasis of hepatocellular carcinoma to the small bowel manifested by intussusception, *World J Gastroenterol.* 2006; 12(12): 1969-1971.
10. Maccauro G, Muratori E, Sgambato A, Liuzza F, Esposito M, Grieco A, Gosheger G., Bone metastasis in hepatocellular carcinoma. A report of five cases and a review of the literature. *Chir Organi Mov.* 2005; 90(3): 297-302.
11. Hedri H, Mhibik S, Abderrahim E, Goucha R, Ben Taarit C, Kheder A, Ben Moussa F, Zermani R, Ben Jilani S, Ben Maïz H. Sternal metastasis revealing hepatocarcinoma. *Rev Med Interne.* 2004; 25(3): 238-241.
12. Van Migem D, Marion C, François D, Libotte B. Sternal metastasis from hepatocellular carcinoma. *J Belge Radiol.* 1993; 76(6): 414
13. Teshigawara K, Kakizaki S, Sohara N, Hashida T, Tomizawa Y, Sato K, Takagi H, Mori M, Hoshino K, Mogi K. Solitary mandibular metastasis as an initial manifestation of hepatocellular carcinoma. *Acta Med Okayama.* 2006; 60(4): 243-247.
14. Shim YS, Ahn JY, Cho JH, Lee KS. Solitary skull metastasis as initial manifestation of hepatocellular carcinoma. *World J Surg Oncol.* 2008; 6: 66.
15. Zeller JL, Ireland ML. Hepatocellular carcinoma presenting as a solitary metastasis to the scapula. Case report and review of the literature. *Orthopedics.* 1986; 9(7): 983-986.
16. Chen SC, Lian SL, Chuang WL, Hsieh MY, Wang LY, Chang WY, Ho YH., Radiotherapy in the treatment of hepatocellular carcinoma and its metastases. *Cancer Chemother Pharmacol.* 1992; 31 Suppl: S103-105.
17. Lucarini S, Fortier M, Leaker M, Chhem R. Hepatocellular carcinoma bone metastasis in an 11-year-old boy. *Pediatr Radiol.* 2008; 38(1): 111-114.
18. Imamura I. Prognostic efficacy of treatment for extrahepatic metastasis after surgical treatment of hepatocellular carcinoma. *Kurume Med J.* 2003; 50(1-2): 41-48.