

## گزارش موردی

# آقای مسن با شکایت تهوع، استفراغ، کاهش وزن و توده مدیاستن

زهرا عطایی<sup>۱</sup>، زهره گرامی<sup>۲\*</sup>

<sup>۱</sup> استادیار، گروه آموزشی بیماری‌های داخلی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

<sup>۲</sup> رزیدنت تخصص بیماری‌های داخلی، دانشکده پزشکی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۰۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۲۱

## چکیده

**مقدمه:** شیوع توده‌های مدیاستن، متغیر می‌باشد. این توده‌ها می‌توانند به صورت یافته اتفاقی در سی تی اسکن یا رادیوگرافی قفسه سینه تشخیص داده شود و از علل خوش خیم تا علل بدخیم متفاوت می‌باشند.

**معرفی بیمار:** بیمار آقای ۷۴ ساله بدون سابقه بیماری قبلی که با شکایت تهوع و استفراغ به اورژانس بیمارستان قائم مشهد مراجعه کرده بود. بیمار سابقه کاهش وزن را نیز از مدتها قبل ذکر می‌کرد که به دنبال اقدامات تشخیصی که برای بیمار انجام شد، در گرافی قفسه سینه پهن شدگی مدیاستن مشاهده گردید و در ادامه سی‌تی‌اسکن قفسه سینه برای بیمار درخواست شد. در نهایت برای بیمار با تشخیص لنفوم درمان‌های لازم شروع گردید.

**نتیجه‌گیری:** توده‌های مدیاستن می‌توانند به صورت یافته اتفاقی در افرادی که به علل دیگر تحت ارزیابی‌های تصویربرداری مانند CT اسکن یا رادیوگرافی قفسه سینه قرار می‌گیرند، تشخیص داده شود و می‌تواند از علل خوش خیم مثل تیروئید ساب استرنال تا علل بدخیم مثل لنفوم، سرطان تیموس و توده‌های ژرم سل باشد. با شرح حال و معاینه فیزیکی مناسب و بررسی علائم و نشانه‌های مرتبط با توده می‌توان به تشخیص صحیح برای بیمار دست یافت.

**کلمات کلیدی:** توده مدیاستن، لنفوم، سی تی اسکن

## مقدمه

یکی از ارزیابی‌ها شامل گرافی قفسه سینه می‌باشد که برای ارزیابی ضایعات پارانشیم ریه‌ها و بررسی مدیاستن تا حدودی کمک‌کننده است و در صورت وجود موارد مشکوک نیاز به انجام سی تی اسکن قفسه سینه خواهد بود. در سی تی اسکن قفسه سینه ارزیابی مدیاستن به صورت دقیق‌تر

بیماری که با شکایت کاهش وزن بیشتر از ۵٪ وزن بدن در عرض ۶-۱۲ ماه اخیر مراجعه می‌کند نیاز به اخذ شرح حال دقیق - معاینه فیزیکی کامل و در نهایت ارزیابی‌های پاراکلینیک و تصویر برداری‌های تکمیلی دارد تا به تشخیص صحیح برای بیمار دست پیدا کنیم (۱-۲).

امکان پذیر می‌باشد.

مدیاستن به فضای بین ریه‌ها گفته می‌شود که از بالا توسط ورودی توراسیک، از پایین توسط دیافراگم، از جلو توسط استرنوم و از خلف توسط نخاع و از اطراف توسط فضاهای پلور محدود می‌شود و به سه قسمت قدامی، میانی و خلفی تقسیم می‌شود (۳). توده‌های مدیاستن می‌توانند به صورت یافته اتفاقی در افرادی که به علل دیگر تحت ارزیابی‌های تصویربرداری مانند CT اسکن یا رادیوگرافی قفسه سینه قرار می‌گیرند تشخیص داده شود و از علل خوش‌خیم مثل تیروئید ساب استرنال تا علل بدخیم مثل لنفوم، سرطان تیموس و توده‌های ژرم سل متفاوت می‌باشد (۴).

یافته‌های رادیوگرافی قفسه سینه از تغییرات نامحسوس و مبهم تا توده‌های بزرگ و پهن شدن مدیاستن متفاوت است.

با شرح حال و معاینه فیزیکی مناسب و بررسی علائم و نشانه‌های مرتبط با توده می‌توان به تشخیص نزدیک‌تر شد. سن و جنس بیمار و زمان پیشرفت علائم نیز به تشخیص کمک می‌کند؛ به طور مثال تیموما رشد آهسته و لنفوم رشد سریع دارد (۵). گاهی توده‌های مدیاستن با اختلال در سایر قسمت‌های بدن نیز همراه است؛ مثلاً تومور ژرم سل با تومور بیضه ارتباط دارد. بنابراین معاینه فیزیکی کامل و بررسی سر و گردن، اندام‌های فوقانی، قفسه سینه، شکم و انتهاها و بررسی از نظر لنفادنوپاتی اهمیت بسزایی در تشخیص دارد (۶).

## شرح مورد

بیمار آقای ۷۴ ساله بدون سابقه بیماری خاص بود که با شکایت کاهش وزن از چندین ماه قبل - تهوع و استفراغ از حدود یک ماه قبل و عدم تحمل خوراکی که از حدود یک هفته قبل تشدید شده به اورژانس بیمارستان قائم مشهد مراجعه کرده بود.

استفراغ بیمار حاوی مواد خورده‌شده و عاری از خون بود. همچنین بیمار از درد مبهم شکم - بیشتر در ناحیه اپی گاستر - و احساس پری شکم، نفخ، یبوست و بی‌اشتهایی شکایت داشت. دختر بیمار ذکر کرد که وی از حدود چند ماه قبل تقریباً ۱۰ کیلوگرم کاهش وزن داشته است. بیمار تب، تعریق شبانه، درد قفسه سینه، اسهال، تنگی نفس، دیسفاژی و خونریزی گوارشی را ذکر نمی‌کرد. بیمار از چندین سال قبل سرفه و خلط گهگاهی نیز داشته است که تاکنون برای آن بررسی خاصی انجام نشده است. وی سابقه بیماری خاصی نداشته و داروی خاصی به جز پنتوپرازول مصرف نمی‌کرد. همچنین بیمار گهگاه سیگار می‌کشیده است.

در زمان مراجعه، بیمار هوشیاری زمانی، مکانی و شخصی داشت (GCS=15).

علائم حیاتی بیمار بدین شرح بود:

BP=110/70

PR=70

RR=12

T=37.2

SPO2=96%

در معاینات انجام شده ملتحمه رنگ پریده نداشت و اسکلرا ایکتریک نبود. آتروفی دو طرفه تمپورال مشاهده می‌شد. لنفادنوپاتی گردنی و آگزیلاری و اینگوینال نداشت. سایز و قوام تیروئید نرمال بود. JVP برجسته نبود. سمع قلب و ریه نرمال بود. در معاینه شکم، نرم و بدون درد بود. ارگانومگالی، ادم، سیانوز و کلایینگ نداشت.

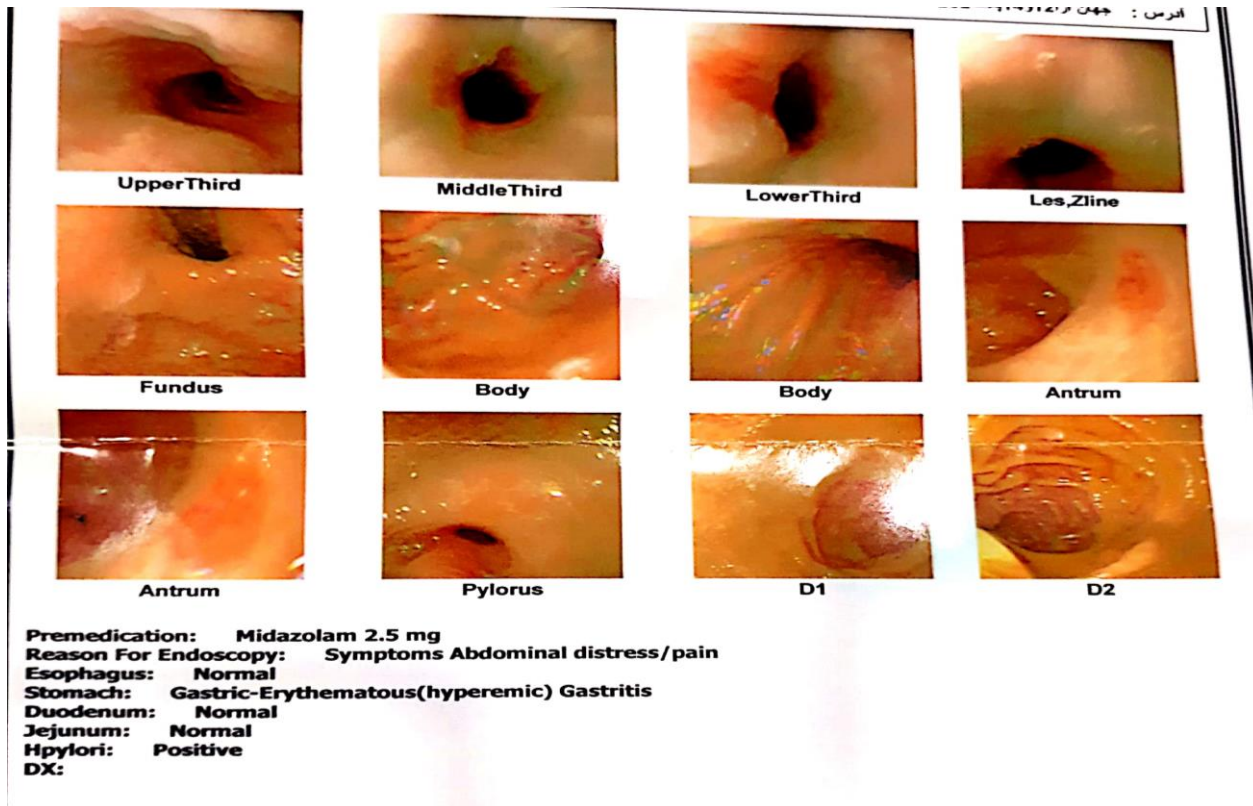
در طی یک هفته قبل از مراجعه به بیمارستان، جهت بررسی تهوع و استفراغ تحت ارزیابی‌های تشخیصی قرار گرفته بود، که آزمایشات در جدول شماره ۱ آورده شده است. (جدول ۱)

جدول ۱: تستهای آزمایشگاهی قبل از بستری بیمار

نتیجه	تست
۸۳	Urea
۳/۲	Cr
۷,۲ *1000 microliter	WBC
۹۴. M/ microliter	RBC
۱۳ gr/dl	Hb
۳۹,۵٪	Hct
۹۲۶ /mm <sup>3</sup> *1000	PLT
۳۳ IU/L	AST
۳۰ IU/L	ALT

بیمار به صورت سرپایی تحت آندوسکوپی فوقانی قرار گرفته بود که التهاب متوسط، گاستریت مزمن و متاپلازی فوکل گابلت سل به همراه H پیلوری مثبت گزارش شده بود (تصویر ۱).  
 در آزمایشات انجام شده در این مرکز، انمی خفیف در آزمایشات انجام شده در این مرکز، انمی خفیف (جدول ۲).

بیمار به صورت سرپایی تحت آندوسکوپی فوقانی قرار گرفته بود که التهاب متوسط، گاستریت مزمن و متاپلازی فوکل گابلت سل به همراه H پیلوری مثبت گزارش شده بود (تصویر ۱).  
 در آزمایشات انجام شده در این مرکز، انمی خفیف



تصویر ۱: آندوسکوپی بیمار

جدول ۲: تستهای آزمایشگاهی پس از بستری بیمار

نتیجه	تست
81	Urea
۲,۴	Cr
14.6	Uric Acid
8.4*1000 microliter	WBC
4.6 M/ microliter	RBC
12.9 gr/dl	Hb
38.9%	Hct
84 femtoliter	MCV
27 picogram	MCH
51.7%	Nut
36 %	Lymph
8.7%	Mono
2.4 %	Eosinophil
0.5 %	Basophil
268 *1000 /mm <sup>3</sup>	PLT
30 IU/L	AST
20 IU/L	ALT
186 IU/L	ALP
13.6	Ca
5.6	P
1704 IU/L	LDH
1.8 micu/ml	TSH (CL)
13 mm/hr	ESR
9 mg/L	CRP
1.4	PSA
1.8	CEA
6.1	CA 19.9
65.1	CA 125
11.7	HTLV1

منتشر در فیلد ریه‌ها، شواهد پهن شدن مدیاستن قدامی به صورت دو طرفه و توده های متعدد و حجیم با حدود لوبوله در هیل دو طرف و پاراتراکئال راست رویت شد (تصویر ۲).

با توجه به کاهش وزن بیشتر از ۵٪ وزن بدن در طی چند ماه اخیر و بررسی علل آن گرافی قفسه سینه برای بیمار انجام شد که در آن: تراشه در خط وسط، زوایای جنبی باز، کدورت



تصویر ۲: عکس ساده ریه که پهن شدن مدیاستن مشهود است

پریکارد تعبیه و ۲۰۰ سی سی مایع خونی خارج شد. نمونه مایع پریکارد از نظر سیتولوژی منفی بود. با توجه به در دسترس نبودن توده از طریق برونکوسکپی، بیوپسی از طریق پوست انجام گردید و تشخیص پاتولوژی توده لنفوم منتشر سلول T گذاشته شد. سپس بیمار به سرویس هماتولوژی-انکولوژی جهت بررسی های تکمیلی منتقل شد. CT اسکن شکم و لگن با کنتراست خوراکی و وریدی جهت مرحله بندی کانسر انجام شد. هیپاتیت های ویرال منفی بود. سطح سرمی HTLV1 چک شد که بالا بود (HTLV1=11.7).

بعد از ده روز، درن پریکارد بیمار خارج و مایع پریکارد به طور کامل تخلیه شد و اکوکاردیوگرافی سریال نرمال بود. بیمار تحت درمان با پالس دگزامتازون و آلوپورینول و مایع درمانی قرار گرفت و به تدریج حال عمومی وی بهتر شد، تهوع و استفراغ قطع گردید، کراتینین بیمار نرمال شد و با حال عمومی مناسب و شرایط پایدار جهت ادامه درمان کموتراپی به بخش انکولوژی ارجاع گردید.

با توجه به موارد فوق در گرافی قفسه سینه و ارزیابی بهتر مدیاستن، CT اسکن قفسه سینه انجام گردید که توده حجیم در مدیاستن قدامی با ابعاد ۶۷\*۸۵\*۱۶۰ مشاهده شد که در درجه اول مطرح کننده لنفوم بود. پلورال افیوژن لوکوله در قسمت فوقانی همی توراکس چپ، پریکاردیال افیوژن با حجم متوسط و لنفادنوپاتی مدیاستینال و هیلار و قسمت فوقانی شکم با حداکثر قطر ۱۰ میلی متر مشاهده شد (تصویر ۳)

در سونوگرافی انجام شده جهت بررسی ارگانومگالی کبد، طحال، کیسه صفرا و پانکراس با سایز و اکوی نرمال، کلیه راست به دیامتر ۹۵ میلی متر و کلیه چپ به دیامتر ۹۸ میلی متر و اکوی مختصر افزایش یافته فاقد هیدرونفروز رویت شد.

با توجه به مشاهده پریکاردیال افیوژن متوسط در CT اسکن قفسه سینه، به صورت اورژانسی اکوکاردیوگرافی انجام شد که EF=55% بود و پریکاردیال افیوژن متوسط بدون شواهد تامپوناد قلبی مشاهده گردید. پالس پارادوکس منفی بود. بلافاصله انفوزیون سرم نرمال سالین شروع، درن



تصویر ۳: سی تی اسکن ریه که توده حجیم در مدیاستن قدامی، پلورال افیوژن لکوله در قسمت فوقانی همی توراکس چپ، پریکاردیال افیوژن با حجم متوسط و لنفادنوپاتی مدیاستینال و هیلار و قسمت فوقانی شکم مشاهده شد.



## بحث

کاهش وزن به صورت کم شدن وزن بدن به میزان ۵٪ یا بیشتر در عرض ۶-۱۲ ماه تعریف می‌شود. در بیماری که جز تعریف کاهش وزن قرار می‌گیرد چندین بررسی مورد نیاز می‌باشد مشتمل بر ارزیابی اختلالات خوردن- علائم همراهی مانند اختلالات روانپزشکی و بدخیمی‌ها (۷)- داروهای مصرفی بیمار و عملکرد بیمار که این موارد به همراه یک معاینه فیزیکی دقیق می‌تواند تشخیص افتراقی- های محتمل برای کاهش وزن بیمار را مطرح نماید. در صورتیکه به کمک این موارد به تشخیص نرسیدیم می‌توان از اقدامات آزمایشگاهی و پاراکلینیک کمک گرفت، مانند: شمارش کامل خون، ارزیابی قند خون، الکترولیت‌ها، بررسی عملکرد کبد و کلیه و تیروئید، بررسی فاکتورهای التهابی، بررسی خون مخفی مدفوع و هپاتیت C و HIV و گرافی ساده ریه و بررسی تومور مارکرها با توجه به سن بیمار (۱۰-۸، ۲، ۱).

در بیمار ما بررسی‌ها به صورت ناقص انجام شده بود و در ادامه ارزیابی‌ها که گرافی سینه انجام شد شواهد پهن شدن مدیاستن قدامی به صورت دوطرفه و توده‌های متعدد و حجیم با حدود لوبوله در هیل دوطرف و پاراتراکئال راست رویت شد و جهت ارزیابی بیشتر سی تی اسکن قفسه سینه انجام شد که توده حجیم در مدیاستن قدامی با ابعاد ۶۷\*۸۵\*۱۶۰ مشاهده گردید.

با توجه به اینکه توده‌های مدیاستن از علل خوش‌خیم مثل تیروئید ساب استرنال تا علل بدخیم مانند لنفوم، سرطان تیموس و توده‌های ژرم سل متفاوت می‌باشد (۴). برای بیمار نمونه برداری از توده انجام شد که با توجه به ماهیت بدخیم آن ادامه درمان با مشورت هماتولوژی- انکولوژی برقرار شد.

علایم ناشی از توده‌های مدیاستن یا ناشی از اثرات مستقیم روی ساختارهای نرمال قفسه سینه است مانند سرفه،

تنگی نفس، درد، گرفتگی صدا، خلط خونی، دیسفاژی، تورم صورت و اندام فوقانی ناشی از فشار روی ورید اجوف فوقانی، هایپوتانسیون به علت تامپوناد قلبی یا فشار روی قلب و سندرم هورنر به علت درگیری سمپاتیک یا ناشی از اثرات سیستمیک بیماری می‌باشد مانند تب، تعریق شبانه و کاهش وزن که بیشتر در لنفوم مشاهده می‌شود (۳-۱۱).

شایع ترین نوع لنفوم در مدیاستن، لنفوم هوچکین و لنفوم اولیه سلول B می‌باشد و تشخیص قطعی آن با بیوپسی باز و فلوسیتومتری است.

بررسی آزمایشگاهی در توده های مدیاستن به صورت روتین لازم نمی باشد ولی در برخی موارد کمک کننده است. به طور مثال در موارد تیموما آنتی بادی ضد رسپتور استیل کولین، در ژرم سل تومورها آلفافیتوپروتئین و BHCG در لنفوم LDH افزایش پیدا می‌کند (۱۲).

## نتیجه‌گیری

مدالیته‌های تصویربرداری کمک‌کننده، رادیوگرافی ساده، سونوگرافی، CT اسکن با کنتراست ویدی و خوراکی، MRI و غیره می‌باشد که اختلالات مدیاستن محل و سائز توده و ارتباط با سایر ساختارها و ویژگی‌های بافتی آن (وجود چربی، مایع و کلسیفیکاستیون داخل توده) را نشان می‌دهد. بیوپسی و ارزیابی سیتوژنتیک برای تشخیص و درمان قطعی لازم می‌باشد که می‌تواند به صورت پرکوتانوس، اندوبرونکیال، اندوسکوپیک یا جراحی بر حسب محل توده انجام شود (۱۳).

در بیمار مورد مطالعه نیز که با شکایت کاهش وزن، تهوع و استفراغ مراجعه کرده بود، بعد از بررسی های انجام شده توده مدیاستن قدامی با پاتولوژی لنفوم منتشر سلول T تشخیص داده شد و پس از تخلیه مایع پریکارد، مایع‌درمانی مناسب، نرمال شدن کراتینین و تکمیل بررسی‌های تشخیصی، جهت ادامه درمان کموتراپی به بخش انکولوژی ارجاع گردید.

## تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح می نمایند که هیچ گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

## تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکارانی که ما را در جهت انجام پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می شود.

## References

1. Alibhai SM, Greenwood C, Payette H. An approach to the management of unintentional weight loss in elderly people. *CMAJ* 2005; 172:773.
2. Bouras EP, Lange SM, Scolapio JS. Rational approach to patients with unintentional weight loss. *Mayo Clin Proc* 2001; 76:923.
3. Lardinois D, Weder W. Diagnostic strategies in mediastinal mass. In: *Pearson's Thoracic & Esophageal Surgery*, 3rd ed, Patterson GA, Pearson FG, Cooper JD, et al (Eds), Churchill Livingstone, Elsevier, Philadelphia 2008. Vol 1, p.1506.
4. Shields TW. Overview of primary mediastinal tumors and cysts. In: *General Thoracic Surgery*, 6th ed, Shields TW, LoCicero III J, Ponn RB, Rusch VW (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2005. Vol 2, p.2489.
5. Kitami A, Sano F, Ohashi S, et al. The Usefulness of Positron-Emission Tomography Findings in the Management of Anterior Mediastinal Tumors. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2017; 23:26.
6. Kawahara K, Miyawaki M, Anami K, et al. A patient with mediastinal mature teratoma presenting with paraneoplastic limbic encephalitis. *J Thorac Oncol* 2012; 7:258.
7. Vierboom YC, Preston SH, Stokes A. Patterns of weight change associated with disease diagnosis in a national sample. *PLoS One* 2018; 13:e0207795
8. Vanderschueren S, Geens E, Knockaert D, Bobbaers H. The diagnostic spectrum of unintentional weight loss. *Eur J Intern Med* 2005; 16:160
9. Marton KI, Sox HC Jr, Krupp JR. Involuntary weight loss: diagnostic and prognostic significance. *Ann Intern Med* 1981; 95:568.
10. Metalidis C, Knockaert DC, Bobbaers H, Vanderschueren S. Involuntary weight loss. Does a negative baseline evaluation provide adequate reassurance? *Eur J Intern Med* 2008; 19:345
11. Su S, Colson YL. Overview of benign and malignant mediastinal diseases. In: *Adult Chest Surgery*, 2nd ed, Sugarbaker DJ, Bueno R, Colson YL, et al (Eds), McGraw-Hill Education, New York 2015. p.1234.
12. Puc HS, Heelan R, Mazumdar M, et al. Management of residual mass in advanced seminoma: results and recommendations from the Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. *J Clin Oncol* 1996; 14:454.
13. Bruno P, Ricci A, Esposito MC, et al. Efficacy and cost effectiveness of rapid on site examination (ROSE) in management of patients with mediastinal lymphadenopathies. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2013; 17:1517.



Case Report

# Mediastinal mass in the elderly with complaints of weight loss, nausea and vomiting

Zahra Atae<sup>1</sup>, Zohre Gerami<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> Assistant, Department of internal medicine, Assistant Professor of Internal medicine, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

<sup>2</sup> Residence of Internal Medicine, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

**Received:** 12 December 2021

**Accepted:** 28 February 2022

---

---

## Abstract

**Introduction:** The prevalence of mediastinal masses is variable. These lumps can be diagnosed accidentally on a CT scan or chest x-ray and can range from benign to malignant.

**Case Report:** The patient was a 74-year-old man without a history of previous illness who had referred to the emergency department of Ghaem Hospital in Mashhad with a complaint of nausea and vomiting. Chest flattening of the mediastinum was observed and then a CT scan of the chest was requested for the patient. Finally, the necessary treatments were started for the patient with a diagnosis of lymphoma.

**Conclusion:** Mediastinal masses can be diagnosed accidentally in people who undergo imaging evaluations for other reasons such as CT scan or chest radiograph and can be a good cause. → Malignant such as substernal thyroid to malignant causes such as lymphoma, thymus cancer and germ cell masses. With proper history and physical examination and evaluation of signs and symptoms related to the mass, the correct diagnosis can be achieved for the patient.

**Keywords:** Mediastinal mass, Lymphoma, CT Scan

---

---