Уушгины артерийн бүлэнт бөглөрөл хэлбэрээр илэрсэн уушги болон элэгний үсэрхийлэлтэй жирэмсний бус хорионы карцинома эмнэлзүйн ховор тохиолдол

С.Энхсайхан[1], Б.Дэмбэрэлмаа[1], О.Мөнхбат[1], Н.Бямбадорж[1], Б.Амгаландарь[2], Д.Жавзан-Орлом[2]

[1]УГТЭ, Эрчимт эмчилгээний нэгдсэн тасаг
[2]УГТЭ, Уушги судлалын тасаг
Цахим шуудан: Enkh.samdan@gmail.com, Утас: 99072844

Түлхүүр үг:

Хорион карцинома
Уушгины артерийн бүлэнт бөглөрөл

Товч утга:

Удиртгал: Хорионы карцинома нь трофобласт гаралтай, хурдан явцтай, эрт үеэс цусаар үсэрхийлэх хандлагатай хорт хавдрын нэг бөгөөд жирэмслэлттэй холбоотой болон жирэмсний бус хэлбэрээр тохиолддог Жирэмсний бус хорионы карцинома нь маш ховор тохиолддог бөгөөд ихэвчлэн залуу эмэгтэйчүүдэд илэрдэг. Энэ хавдар уушги, элэг, тархи зэрэг эрхтэнд эрт үсэрхийлэх хандлагатай байдаг. **Тохиолдолын танилцуулга:** 21 настай, эмэгтэй, амьсгаадах, цустай цэр гарах зовиуртай, уушгины хатгалгаа оношлогдон эмчлүүлж байгаад уушги болон элэгний үсэрхийлэлтэй жирэмсний бус хорионы карцинома тохиолдлыг танилцуулж байна. **Оношилгоо:** Уушгины тодосгогчтой КТГ–аар уушгины артерийн бүлэнт бөглөрөл оношлогдсон боловч гистологи шинжилгээгээр батлагдсан. **Дүгнэлт:** Манай тохиолдлын онцлог нь өвчин уушгины артерийн бүлэнт бөглөрөлтэй төстэй эмнэлзүйн болон дүрс оношилгооны шинжээр илэрсэн явдал юм.

Удиртгал: Хорионы карцинома нь цитотрофобласт болон синцитиотрофобласт эсүүдээс бүрдэх, хорионы ворсгүй, маш судасжилт ихтэй инвазив хорт хавдар юм. Энэхүү хавдар нь судасны хананд эрт нэвтрэх, цусаар хурдан үсэрхийлэх онцлогтой бөгөөд маш түргэн явцтай хорт хавдарт тооцогддог.[1]

Хорионы карцинома нь гестационы болон жирэмсний бус гаралтай байж болно. Ихэнх тохиолдол нь жирэмслэлттэй холбоотой буюу гестационы хорионы карцинома(GCC) байдаг бол жирэмсний бус хорионы карцинома(NGCC) маш ховор тохиолддог бөгөөд нийт хорт үр хөврөлийн эсийн хавдрын ойролцоогоор 0.6%-ийг эзэлдэг.[2] Өндгөвчний жирэмсний бус хорионы карцинома нь ихэвчлэн үр хөврөлийн хөгжлийн явцад анхдагч герм эсүүдийн шилжилт алдагдсанаас үүсэх боломжтой гэж үздэг. Мөн зарим тохиолдолд суурь соматик хавдрын эсүүдийн хэвийн бус ялгаралтаас үүсч болохыг судалгаанд дурдсан байдаг.[3]

Гестационы болон жирэмсний бус хорионы карциномыг ялган оношлох нь эмчилгээний тактикийг зөв сонгоход чухал ач холбогдолтой. Гестационы хорионы карцинома нь ихэвчлэн хими эмчилгээнд өндөр мэдрэг бөгөөд харьцангуй сайн прогнозтой байдаг. Харин жирэмсний бус хорионы карцинома нь олон эмийн хими эмчилгээ хэрэглэсэн ч эмчилгээний үр дүн харьцангуй муу бөгөөд өвчтөнүүдийн ихэнх нь эмчилгээний явцад нас барах эрсдэл өндөр байдаг.[4] Мөн эдгээр хоёр хэлбэрийн үе шатлал болон хяналтын хугацаа ялгаатай байдаг.

Хорионы карциномын үед төв мэдрэлийн тогтолцоо, зүрх-уушги болон хоол боловсруулах замын эрхтнүүдэд үсэрхийлэл илэрч болно[5]. Хүний хорионик гонадотропин(hCG) дааврын их хэмжээгээр ялгаралт нь сарын тэмдгийн алдагдал, өсвөр насны хүүхдүүдэд бэлгийн бойжилтын өөрчлөлт, мөн нөхөн үржихүйн насны эмэгтэйчүүдэд өндгөвчний хэт идэвхжил зэрэг эмнэлзүйн шинж тэмдэг үүсгэж болдог. Шинж тэмдгүүдийн өвөрмөц бус байдал нь өвчнийг эрт оношлоход хүндрэл учруулж, эмчилгээ хойшлох шалтгаан болдог.[2,6]

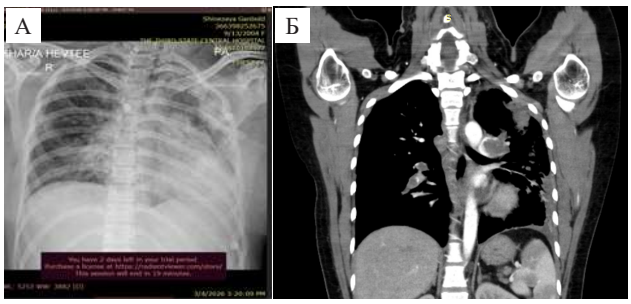
Энэхүү өгүүлэлд бид уушги болон элгэнд үсэрхийлэлтэй, уушгины артерийн бүлэнт бөглөрөлтэй төстэй эмнэлзүйн илрэлээр илэрсэн жирэмсний бус хорионы карциномын ховор тохиолдлыг танилцуулж байна.

Эмнэлзүйн тохиолдлын танилцуулга: 21 настай, эмэгтэй 2025 оны 12 дугаар сараас эхлэн зүүн талын цээжээр хатгуулж өвдөх, амьсгаадах, цустай цэр гарах зовуурь илэрсэн байна. Өвдөлт зүүн хүзүү, мөр, далруу

дамжих шинжтэй байсан бөгөөд бага зэрэг хөдөлгөөнд амьсгаадах, ядрах, зүрх дэлсэх зэрэг зовуурь нэмэгдсэн. Анх дүүргийн эмнэлэгт үзүүлэхэд мэдрэлийн гаралтай өвдөлт гэж оношлогдон өвчин намдаах эмчилгээ хийлгэсэн боловч зовуурь намдаагүй тул 2026 оны 2 дугаар сард амьсгал давчдах, цээжээр өвдөх зовуурь нэмэгдэн дахин эмнэлэгт хандсан. Өвчтөн 2025 оны 3 дугаар сард хоёр дахь хүүхдээ хэвийн төрүүлсэн бөгөөд төрсний дараагаас жирэмслэлтээс хамгаалах тариа болон жирэмслэлтээс хамгаалах эм хэрэглэж байсан өгүүлэмжтэй.

Бодит үзлэг: Эмчлүүлэгчийн биеийн байдал хүнд, бага зэргийн хөдөлгөөнд амьсгаадсан, хүчилтөрөгчийн дэмжлэг шаардлагатай, амьсгалын дутагдал гүнзгий байсан. Амьсгалын тоо минутанд 24, хүчилтөрөгчийн ханалт 95% (нүүрний маскаар 8 л/мин O_2), артерийн даралт 98/47 мм.муб, пульс 114/мин байв. Уушги чагналтаар баруун доод хэсгээр шаржигнуур сонсогдож, зүүн талд амьсгал сулавтар байв.

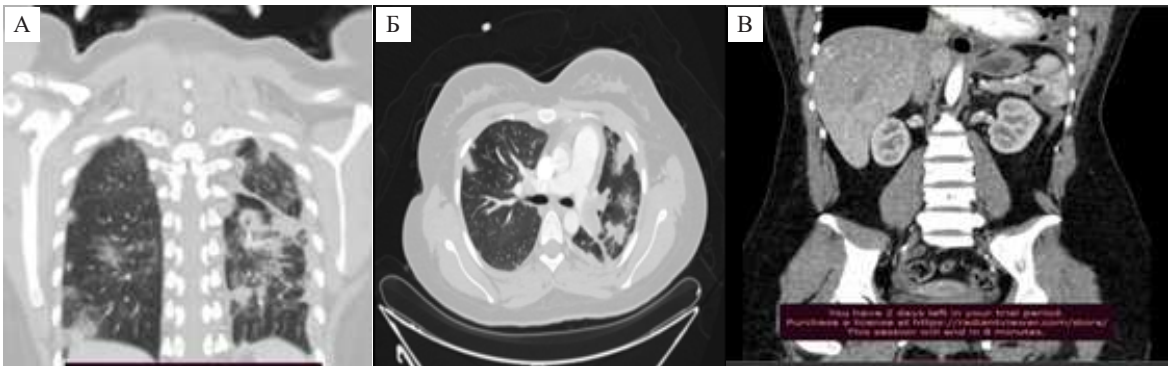
Оношилгоо: Жирэмсний тестээр эерэг, β-hCG-1500-28094-80,000 IU/L хүрч үнэмлэхүй 2 хоногийн зайтай нэмэгдсэн. Хэт авиа болон КТГ шинжилгээнд умайн хөндийд масс тодорхойлогдоогүй. Өвчтөний PESI үнэлгээ 141 буюу IV ангилалд (өндөр эрсдэл) хамаарч байв. Лабораторийн шинжилгээнд D-dimer 1557.69 ng/mL, С-реактив уураг 60.5 mg/L илэрч, бага зэргийн лейкоцитоз ажиглагдсан. Уушгины артерийн бүлэнт бөглөрлийг сэжиглэн тодосгогчтой цээжний компьютер томографийн шинжилгээ хийхэд хоёр талын уушгины артерийн гол болон салаа судсанд тархмал дүүргэлтийн дефект бүхий бүлэнт бөглөрөл илэрсэн (Зураг 1).



Зураг 1. Уушгины зүүн дэлбэнгийн хатгалгаа
А. Эгц байрлалын рентген. Б. Уушгины тодосгогчтой КТГ. Уушгины артерийн бүлэнт бөглөрөл.

Мөнхоёрталынуушгиныдэлбэнгүүдэдтархмал янз бүрийн хэмжээтэй олон тооны микрозангилаан tree-in-bud шинж илэрсэн өөрчлөлтүүдтэй 2 талын уушгины дэлбэнгүүдэд тархмал илүүтэй зүүн талын уушгины дэлбэнг хамарсан, зах ирмэг жигд бус, агаарт гуурсан хоолойн зураглалтай нягтрал ихэссэн нэвчдэст голомтот өөрчлөлтүүдтэй ба эргэн тойрон шугаман хэлбэрийн зузаарлуудтай харагдана.

Элэгний эдэд SVIII сегментэд 2.4х2.2см орчим хэмжээтэй, зах ирмэг тод бус пре фазад гиподенс нягтралтай тодосгогч бодисын тодролтой голомтот өөрчлөлттэй. Хоёр талын бөөрөнд шаант хэлбэрийн, цөөн тооны, гиподенс зонуудтай (Зураг 2). Клиник нөхцөлд β-hCG түвшин их хэмжээгээр нэмэгдсэнтэй хавсарч үзэхэд эдгээр дүрс оношилгооны өөрчлөлтүүд нь гестационы трофобласт неоплазийн үсэрхийлэл болон хавдрын эмболизм байх өндөр сэжигтэй байв.



Зураг 2. Уушги болон хэвлийн тодосгогчтой КТГ.
А. Б. Хоёр талын уушгины tree-in-bud шинж илэрсэн өөрчлөлтүүд. В. Элэг ба бөөрний гиподенс зонууд

Эмнэлзүйн онош: УУшги болон элэгний үсэрхийлэлтэй жирэмсний бус хорионы карцинома уушгины артерийн бүлэнт бөглөрөл. Амьсгалын дутагдал гэж үзсэн. ХСҮТ шилжүүлэн оношбатлагдан хими эмчилгээ хийлгэн биеийн байдал сайжирсан.

Хэлцэмж: Жирэмсний бус хорионы карцинома нь трофобласт гаралтай ховор хорт хавдар бөгөөд β-human chorionic gonadotropin буюу β-hCG дааврыг их хэмжээгээр ялгаруулж, цусаар эрт үсэрхийлэх хандлагатай байдаг.[1,2,12] Уушги нь хамгийн түгээмэл үсэрхийлэх эрхтэн бөгөөд нийт тохиолдлын 70–80%-д уушгины үсэрхийлэл илэрдэг.[1,3,6] Харин элэг болон тархины үсэрхийлэл харьцангуй ховор боловч өвчний хүнд явц, тавилан муутай холбоотой байдаг.[1,4,5] Манай тохиолдолд залуу эмэгтэйд амьсгаадах, цээжээр өвдөх, цустай цэр гарах зэрэг амьсгалын замын шинж тэмдгүүд илэрсэн. Дүрс оношилгоонд уушгины артерийн бөглөрөл, уушгинд олон голомтот өөрчлөлт, мөн элэгний голомтот өөрчлөлт илэрсэн нь хавдрын гаралтай үсэрхийлэл болон хавдрын эмболизмыг сэжиглэх үндэслэл болсон.[7,8,11] Мөн онцлог нь өвчин уушгины артерийн бүлэнт бөглөрөлтэй төстэй эмнэлзүйн болон дүрс оношилгооны шинжээр илэрсэн явдал юм. Хавдрын эсүүд судасны дотор тархаж tumor embolism буюу хавдрын эмболизм үүсгэх нь ховор боловч эмнэлзүйн практикт бүртгэгдсэн байдаг.[7,8,11] Ийм тохиолдолд уушгины артерийн бөглөрлийг зөвхөн

тромбозын гаралтай эмгэгээр хязгаарлахгүйгээр хавдрын гаралтай эмболизм болон үсэрхийлэлтэй хавдыг ялган оношлох шаардлагатай.[7–11] β-hCG түвшин 80,000 IU/L хүрсэн нь гестационы трофобласт неоплази болон хорионы карциномыг сэжиглэх чухал лабораторийн үзүүлэлт болсон.[1,2,12] Иймд тодорхой шалтгаангүй уушгины артерийн бүлэнт бөглөрөл илэрсэн залуу эмэгтэйд хорионы карциномыг ялган оношлох нь чухал ач холбогдолтой юм.[1,3,5,10]

Дүгнэлт: Залуу эмэгтэйд илэрсэн уушгины артерийн бүлэнт бөглөрөл нь зарим тохиолдолд хавдрын гаралтай эмболизм болон үсэрхийлэлтэй хавдартай холбоотой байж болохыг анхаарах шаардлагатай. Манай тохиолдол нь уушги болон элэгний үсэрхийлэлтэй жирэмсний бус хорионы карцинома уушгины артерийн бүлэнт бөглөрөл хэлбэрээр илэрч болохыг харуулж байна.мИйм нөхцөлд хавдрын гаралтай шалтгааныг эрт илрүүлэх нь оношлогоо болон эмчилгээний тактикийг зөв тодорхойлох нь тавиланд чухал ач холбогдолтой юм.

Ном зүй:

1. *Seckl mj, sebire nj, berkowitz rs. Gestational trophoblastic disease. Lancet. 2010;376(9742):717–729.*
2. *Berkowitz RS, Goldstein DP. Clinical practice. Molar pregnancy. New England Journal of Medicine. 2009;360(16):1639–1645.*
3. *Lurain JR. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2010;203(6):531–539.*
4. *Lurain JR. Gestational trophoblastic disease II: classification and management of gestational trophoblastic neoplasia. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2011;204(1):11–18.*
5. *Soper JT. Gestational trophoblastic disease: current evaluation and management. Obstetrics & Gynecology. 2021;137(2):355–370.*
6. *Goldstein DP, Berkowitz RS. Current management of gestational trophoblastic neoplasia. Hematology/Oncology Clinics of North America. 2012;26(1):111–131.*
7. *Roberts KE, Hamele-Bena D, Saqi A, Stein CA, Cole RP. Pulmonary tumor embolism: a review of the literature. American Journal of Medicine. 2003;115(3):228–232.*
8. *Gan HL, Zhang JQ, Huang XY, Yu W. Pulmonary tumor embolism: a review of the literature. Oncology Letters. 2013;5(3):829–832.*
9. *Tapson VF. Acute pulmonary embolism. New England Journal of Medicine. 2008;358:1037–1052.*
10. *Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. European Heart Journal. 2019;41(4):543–603.*
11. *Weiner RS, Feldman F. Pulmonary tumor embolism: an underdiagnosed cause of pulmonary hypertension. Chest. 1993;103(3):857–861.*
12. *Cole LA. Human chorionic gonadotropin and gestational trophoblastic disease. Clinical Chemistry. 1997;43(12):2233–2243.*

A Rare Case of Nongestational Choriocarcinoma with Pulmonary and Hepatic Metastases Presenting as Pulmonary Artery Thromboembolism

Enkhsaikhan S[1], Demberelmaa B[1], Munkhbat O[1], Byambadorj N[1], Amgalandari B[2], Javzan-Orlom D[2]

[1]Department of General Intensive Care, Third State Central Hospital
[2]Department of Pulmonology, Third State Central Hospital
E-mail: Enkh.samdan@gmail.com, Tel: +976-99072844

Abstract:

Background: Choriocarcinoma is an aggressive trophoblastic malignancy characterized by rapid progression and a strong tendency for early hematogenous metastasis. It may occur in gestational or nongestational forms. Nongestational choriocarcinoma is extremely rare and is most commonly reported in young women. The tumor frequently metastasizes early to organs such as the lungs, liver, and brain.

Case presentation: We report the case of a 21-year-old woman who presented with dyspnea and hemoptysis and was initially treated for pneumonia. Further evaluation revealed nongestational choriocarcinoma with pulmonary and hepatic metastases.

Diagnosis: Contrast-enhanced computed tomography of the chest initially suggested pulmonary artery thromboembolism; however, the diagnosis was ultimately confirmed by histopathological examination.

Conclusion: The distinctive feature of this case is that the disease presented with clinical and radiological findings mimicking pulmonary artery thromboembolism. This case highlights the importance of considering metastatic choriocarcinoma in young women presenting with unexplained respiratory symptoms, hemoptysis, and atypical pulmonary vascular findings.

Keywords: Choriocarcinoma, Nongestational choriocarcinoma, Pulmonary artery thromboembolism, Pulmonary metastasis, Hepatic metastasis.