

گزارش يك مورد ليوميوم خلف صفاق و نظری به نشریات موجود درباره تومرهای خلف صفاق

مجله نظام پزشکی

سال ششم ، شماره ۲ ، صفحه ۱۰۶ ، ۲۵۳۶

دکتر محمد رحیم اکبر * دکتر آندرانیک میناسکان *

مقدمه :

معمولاً تومورهای مربوط به کلیه، حالب، غدد آدرنال، لوزالمعده (پانکراس)، روده و تومورهای متاستاتیک غدد لنفاوی خلف صفاق را از تومورهای ناحیه خلف صفاق جدا محسوب میدارند و باین حساب تومرهای خلف صفاق بسیار نادر هستند و غالباً بیش از ۸۰٪ موارد بدخیم میباشند. ذیلاً يك مورد لیومیوم خلف صفاق گزارش میشود.

شرح حال بیمار:

خانم ر.ر. پنجاه ساله، شغل خانه دار، اهل وساکن خراسکان از توابع اصفهان، بعلت درد زیر شکم و کمر به درمانگاه بیماریهایی زنان مراجعه می کند.

تاریخچه بیمار:

طبق اظهار بیمار دردهای موجود از حدود یکسال قبل شروع شده است. محل درد بیشتر در پهلوئی چپ و بصورت کولیک بوده که هنگام خوابیدن بر شدت آنها افزوده میشده است. دردها بتدریج زیادتر شده و با احساس فشار و سنگینی در قسمت پائین شکم همراه بوده است. پنج بار حامله شده و وضع حمل کرده است. سقط نداشته سه دختر و دو پسر سالم دارد. آخرین قاعدگی خود را حدود ده سال قبل ذکر میکند. نخستین قاعدگی در چهارده سالگی منظم و هر بیست و هشت روز یکبار به مدت هفت روز بوده است. نکته قابل ذکر دیگری در سابقه بیمار نیست.

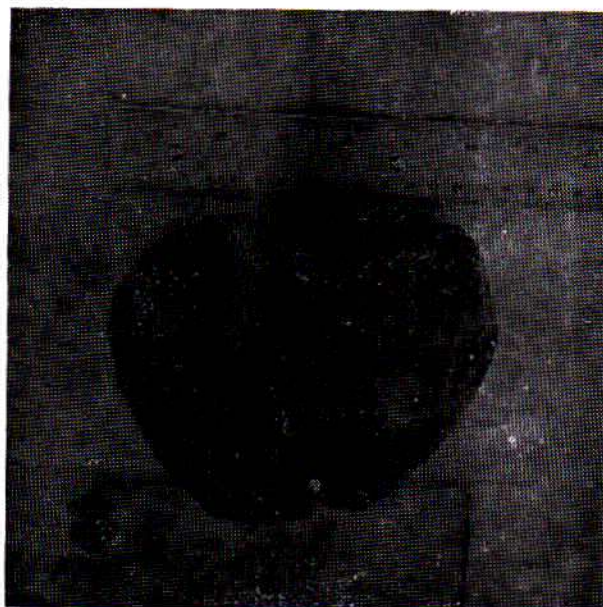
* دانشکده پزشکی - دانشگاه اصفهان .

آزمایش فیزیکی- در لمس شکم توده ای با قوام سخت نامنظم و کمی متحرك با اندازه ۲۴ X ۲۰ سانتیمتر از حدود ناف به پائین شکم، نشانه مثبت دیگری موجود نبود. توده تا حدودی بطرف چپ متمایل بود. قلب و ریه سالم بود. کبد، کیسه صفرا، طحال و کلیه ها قابل لمس نبود. حساسیت در ناحیه پهلوها وجود نداشت.

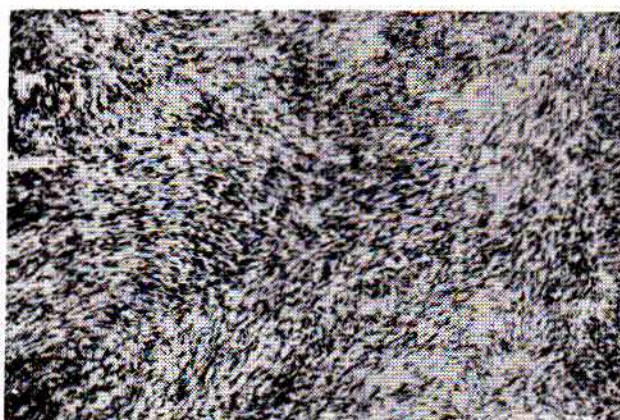
معاینه دستگاه تناسلی:

اندک اتروپی فرج همراه با واژینیت سنیل موجود بود ، بعلت اکتروپیون، دهانه رحم تمایل به خونریزی در تماس داشت. ضمناً ضایعات زخمی در حدود ساعت ۵ و ۷ دیده میشد که وجود عفونت مزمن را تأیید میکرد . توده ای حدود ۲۴ هفته حاملگی با قوام سخت و غیر متحرك در لگن حس می شد. تومور دردناك نبود و بنظر میرسید مربوط به رحم باشد و رحم جدا از آن حس نمیشد. اندازه حفره رحم با هیسترومتر حدود ۸ سانتیمتر بود. آنکسها قابل لمس و یا دردناك نبودند . بیمار با تشخیص تومور لگن با احتمال در درجه اول میوم رحم و در درجه دوم تومور تخمدان ، در بخش زنان بیمارستان ثریا بستری شد.

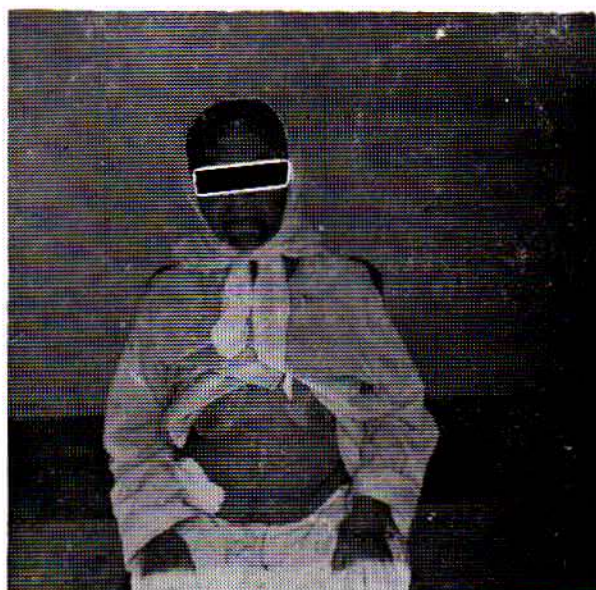
آزمایش های انجام شده : فرمول و شمارش گلبول ، قند و اوره خون و آزمایش کامل ادرار طبیعی بود. آزمون حاملگی بطریقه گراوایندکس منفی بود. عکس قفسه صدری احتمال وجود مختصر ارتشاح را در قسمت تحتانی ریه ها نشان داد. الکتروکاردیوگرافی مختصری تغییرات غیر اختصاصی و تاکیکاردی سینوسی را نشان



شکل ۱



شکل ۲



شکل ۳

میداد. درپیلوگرافی درعکس ساده شکم کدورت در پهلوی چپ همراه با کالسیفیکاسیون‌های پراکنده در بعضی از نقاط آن و سنگی نیز در کیسه صفرا دیده میشد. در ضمن نشانه‌های عارضه آرتروز در L4 و L5 موجود بود. پس از تزریق ماده حاجب عکس‌های مختلف نشان میدادند که دستگاه ادراری طرف راست طبیعی است ولی در طرف چپ کلیه کمی بالاتر و قسمت تحتانی آن فشرده شده است. تغییر شکل لگنچه و حالب چپ که شدیداً به جلو رانده شده بود، دیده میشد. با توجه باین نشانه‌ها گزارش رادیولوژیست وجود يك تومور خلف صفاق طرف چپ را با احتمال خوش‌خیمی گزارش کرد.

شرح عمل:

در معاینه احشاء داخل شکم ولیکن معلوم شد که تومور در خلف صفاق است و ارتباطی با دستگاه تناسلی ندارد. دستگاه تناسلی کاملاً سالم و جدا از تومور بود. معده، طحال، کبد، کلیه‌ها و روده‌ها سالم بودند. در کیسه صفرا يك سنگ موجود بود و حالب چپ از سطح قدامی تومور متمایل به خط وسط درست از روی تومور میگذاشت. تومور دارای قوام سخت غیر متحرک و باندازه $15 \times 10 \times 10$ سانتیمتر بود. برش تا زیر زائده خنجری ادامه داده شد و با کمک یکی از همکاران گروه جراحی تومور یکپارچه جدا و خارج گردید (شکل شماره يك).

بیمار عمل جراحی و بیهوشی را بخوبی تحمل کرد.

آزمایش میکروسکوپی: هیپرتروفی بافت عضلانی همراه با استحال و واکنش سلولهای آماسی را نشان میداد و تشخیص قطعی میوم همراه با دژنراسانس بود (شکل شماره ۲).

بیمار روز نهم بعد از عمل بدون عوارض با حال عمومی خوب مرخص گردید (شکل شماره ۳).

بحث:

تومورهای کلیه، حالبها، غدد سورنال، لوزالمعده، روده و همچنین تومورهای متاستاتیک غدد لنفاوی خلف صفاق را از گروه تومورهای خلف صفاق جدا محسوب میدارند و باین حساب تومورهای خلف صفاق دسته نادری از نئوپلاسم‌های بدن را تشکیل میدهند.

شایعترین تومورهای خلف صفاق اولیه لنفوما، مخصوصاً لنفو-سارکوم، بیماری هوچکین و سارکوم با سلولهای رتیکیلر سپس لیوسارکوم میباشند. طبق گزارش Mon و Braasch فیبروسارکوم از همه شایع تر است. بر طبق گزارش Pack و Tabah بطور کلی ۸۰٪ تومورهای خلف صفاق بدخیم اند و بنابراین تومورهای خوش‌خیم خلف صفاق بسیار نادر و فقط ۲۰٪ تومورهای خلف صفاق میباشند.

در گزارش های علمی خیلی کم بآنها اشاره شده است و معمولاً پس از برداشتن تمایل به عود دارند.

بموجب گزارش (Arthur Stout) در بخش آسیب شناسی دانشگاه کلمبیا، نیویورک بین سالهای ۱۹۰۵ تا ۱۹۴۵ یعنی در فاصله ۴۶ سال مجموعاً ۷۵ تومور نیک خیم خلف صفاق دیده شده که فقط شش مورد آن لیومیوم بوده است.

طبقه بندی تومورهای خلف صفاق طبق نظر Ackerman بشرح زیر است:

الف - تومورهای با منشاء مزودرمی :

اول - بافت چربی

۱- نیک خیم مثل لیوم

۲- بدخیم مثل لیوسارکوم

دوم - بافت عضلانی صاف

۱- نیک خیم مثل لیومیوم

۲- بدخیم مثل لیومیوسارکوم

سوم - تومورهای بامبداء بافت پوششی

۱- نیک خیم مثلاً فیبروم

۲- بدخیم مثل فیبروسارکوم

چهارم - تومورهای عضلات مختلط

۱- نیک خیم مثل را بدومیوم

۲- بدخیم مثل را بدومیوسارکوم

پنجم - تومورهای عروق لنفاوی و غدد لنفاوی

۱- نیک خیم مثل لنفانژیوم - لنفوم

۲- بدخیم مثل لنفانژیوسارکوم - لنفوسارکوم - بیماری

هوچکین و سارکوم باسلولهای رتیکولر

ششم - تومورهای عروق خونی

۱- خوشخیم مثل همانژیوم

۲- بدخیم مثل آنژیوسارکوم

هفتم - تومورهای بامنشاء مزانشیمی جوان

۱- خوشخیم مثل میکسوما

۲- بدخیم مثل میکسوسارکوما

ب - تومورهای بافت عصبی

اول - بامنشاء رشته های عصبی

۱- خوشخیم مثل نورنیوم

۲- بدخیم مثل شوانم

دوم - تومورهای بامنشاء بافت سمپاتیک

۱- خوشخیم مثل گانگلیو نوروم

۲- بدخیم مثل سمپاتیکو بلاستوم - نورو بلاستوم .

سوم - تومورهای با منشاء قشر آدرنال با سلولهای کرومافین

۱- خوشخیم مثل فتو کروموسیتوم خوشخیم - پاراگانگلیوم

۲- بدخیم مثل فتو کروموسیتوم بدخیم - کارسیتوم قشر آدرنال

پ - تومورهای بقایای بلاستوم (بافت جوان) کلیه.

ت - تومورهای بافت جنینی

۱- نیک خیم مثل تراتومهای خوشخیم

۲- بدخیم مثل تراتومهای بدخیم و کورودما

ث - تومورهای متاستاتیک .

نشانه های بالینی :

بعلمت قابل اتساع بودن ناحیه خلف صفاق این تومورها ممکن است قبل از ایجاد نشانه ها خیلی بزرگ شوند. نخستین شکایت در ۵۰٪ موارد درد است و دریک سوم بیماران بزرگ شدن واحساس يك توده در شکم میباشد.

نشانه های دستگاه گوارش، کمر درد، درد و خیز پاها، نشانه های ادراری و تب نیز هر کدام بندرت میتوانند از نشانه های اولیه بیماری باشند. در آزمایش های بالینی احساس يك تومور ثابت یا متحرك كه معمولاً دردناك نیست و یا خیز و واریس در پاها یا واریکوسل، نشانه های عصبی و جابجائی کبد و ما تیه درد ناحیه پهلو و کمر، ممکن است همراه با تومور موجود باشد. در بین آزمایش های پیرا بالینی مهمتر از همه پرتونگاری مخصوصاً پیلوگرافی همراه با عکس های روبرو و نیم رخ است. در کلیشه های بیمار فوق الذکر انحراف حالب و جابجائی کلیه و رابطه تومور بادستگاه ادراری را میتوان مشاهده کرد. از رادیوگرافی دستگاه گوارش باماده حاجب و تزریق اکسیژن در خلف صفاق نیز میتوان برای نشان دادن محتویات فضای خلف صفاق استفاده کرد. ضمناً از آتورتوگرافی و ونوگرافی نیز میتوان برای این منظور استفاده برد. هنگام جراحی دیده میشود كه اغلب این تومورها به اعضای حیاتی دست اندازی کرده و عروق خونی بسیار زیادی را دربر گرفته اند. فقط در حدود ۲۰٪ بیماران با عمل جراحی قابل علاج هستند و در ۱۰٪ تا ۲۵٪ نیز مرگ و میر هنگام عمل جراحی وجود دارد. گاهی برای نجات جان بیمار باید يك کلیه را بیرون آورد و یا ورید اجوف تحتانی را از زیر سیاهرگ کلیه قطع کرد. اگر تمام تومور را نتوان بیرون آورد چون در حدود سه چهارم موارد این تومورها کم و بیش به اشعه حساس هستند، باید پرتو درمانی بعد از عمل انجام داد و یا در صورت لزوم شیمی درمانی کرد.

خلاصه:

بیماری ۵۰ ساله، بعلت درد زیر شکم و کمر به بیمارستان مراجعه و با تشخیص تومور لگن بستری گردید. در آزمایش‌های مختلف احتمال وجود يك تومور خلف صفاق خوشخیم و سنگ کیسه صفرا داده شد. بیمار به اطاق عمل برده شد و پس از باز کردن شکم وجود سنگ کیسه صفرا و تومور خلف صفاق مسلم گردید. آزمایش‌های آسیب‌شناسی وجود يك لیومیوم استحاله یافته خوشخیم را ثابت کرد. این تومور بسیار نادر است و گزارش‌های زیادی از آن در دست نیست، نشانه‌های مخصوصی ندارد و تشخیص قطعی با باز کردن شکم و آزمایش‌های آسیب‌شناسی میسر است. بنابراین با امکانات تشخیص فعلی هر تومور خلف صفاق را باید بدخیم

محسوب کرد تا خلاف آن ثابت شود. برای تشخیص تومور می‌توان از تزریق گاز اکسیژن در خلف صفاق و پیلوگرافی و رادیوگرافی با ماده حاجب از دستگاه گوارش و تنفیج باریوم و آئورتوگرافی استفاده کرد. از اولتراسون نیز می‌توان برای تشخیص این نوع تومورها استفاده کرد.

درمان عبارت از برداشتن کامل تومور و در صورت لزوم پرتو-درمانی و شیمی‌درمانی پس از عمل می‌باشد.

در پایان از دکتر غلامرضا بهشتی برای کمک مؤثر در عمل جراحی و از گروه بیهوشی و آزمایشگاه و رادیولوژی و همچنین از دکتر پرویز دبیری بخاطر مطالعات آسیب‌شناسی تشکر می‌کنیم.

REFERENCES :

- 1- Ackerman, L.V.: Tumors of the Retroperitoneum, Mesentery and Peritoneum. Washington, D.C., Armed Forces Institute of Pathology Atlas of Tumor Pathology, Section VI, Fascicles 23 and 24, 1954.
- 2- Braasch. J. W., and Mon, A.B.: Primary retroperitoneal tumors. Surg. Clin. N. Amer, 47, 663, 1967.
- 3- Pack, G. T., and Tabah, E. J.: Primary retroperitoneal tumors. A. study of 120 cases. Int. Abstr. Surg. 99. 209, 313, 1945.