

تومورهای آپانندیس

مجله نظام پزشکی

سال هشتم، شماره ۲، صفحه ۱۱۰، ۱۳۶۰

دکتر مهدی حقیقی *

مقدمه:

برخلاف عفونت‌های آپانندیس که خیلی شایع است، تومورهای این عضو بسیار کمیاب می‌باشد و اغلب نیز بصورت تظاهرات بالینی آپانندیسیت خود نمائی میکند. نسبت وفور تومورهای آپانندیس به عفونت‌های این عضو در موارد مختلف متفاوت است. در مواردیکه بیمارستان کوئین آنجلس (Queen Angels) گزارش کرده است، از ۸۶۹۹ مورد آپانندکتومی، ۱۰۱ مورد تومور و ضایعات شبه توموری دیده شده است (۸). در مشاهدات ما در بیمارستان ابن سینا این نسبت کمتر است بطوریکه از ۱۸۴۷ مورد آپانندکتومی فقط سه مورد تومور مشاهده شده است. تومورهای آپانندیس بر حسب وفور، کارسینوئید، موکوسل، لنفوما، نوروما، لیومیوما، کارسینوما، ادنوما و پولیپ گزارش شده است. اکثر تومورهای آپانندیس خوش خیم هستند و انواع بدخیم نیز دارای پیش آگاهی بهتری می‌باشند (۶). از آنجا که تومورهای آپانندیس نادر است و بعلاوه بیشتر از نظر بالینی بصورت آپانندیسیت حاد تظاهر میکند، لذا در این گزارش سه مورد تومور آپانندیس که با نشانه‌های آپانندیسیت حاد به بیمارستان مراجعه کرده‌اند، بررسی میشود.

مواد و روش:

پرونده ۱۸۴۷ مورد آپانندکتومی که در مدت پنج سال بین سالهای ۱۳۴۹-۱۳۵۴ در بیمارستان ابن سینا عمل شده‌اند، بررسی

گردید و تومورهای واقعی آن جدا شد. در این مطالعه ضایعات شبه توموری و موکوسل که قطعاً دارای منشاء توموری نبوده است، در نظر گرفته شده‌اند. لذا در مجموع فقط سه مورد تومور آپانندیس مشاهده شده است که بطور مختصر شرح حال هر یک از آنها داده میشود.

شرح حال بیماران:

مورد اول: خانم ف.ص، ۲۰ ساله اهل تبریز با علائم آپانندیسیت حاد در تاریخ ۱۵/۲/۱۳۵۱ به بیمارستان مراجعه کرد و پس از اقدامات لازم بستری گردید. آزمایشهای بالینی و آزمایشگاهی علائم آپانندیسیت حاد را نشان داد و بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت. در هنگام عمل آپانندیس بسیار متورم و ملتهب بود. در حفره صفاق ترشح چرکی وجود داشت. آپانندیس بسیار نرم و شکننده بود و در موقع برداشتن پاره شد و دانه‌های سفید رنگی از آن خارج گردید. در ناحیه دیستال آپانندیس یک کانون توپر برنگ زرد مایل به سفید و ندول مانند مشاهده گردید. اندازه این تومور ۵/۰ × ۱ × ۲ سانتیمتر بوده است و برای آزمایش به آسیب شناسی ارسال گردید. بیمار دوران پس از عمل را بخوبی تحمل کرد و در تاریخ ۲۱/۳/۱۳۵۱ مرخص شد.

گزارش آسیب شناسی تشخیص آپانندیسیت حاد چرکی و تومور کارسینوئید بود.

* بیمارستان ابن سینا - دانشکده پزشکی دانشگاه تهران.

شرح حال بیمار دوم:

بیمار مردی ۵۰ ساله است که بعلمت درد ناحیه شکم بخصوص ناحیه تهیگاه راست به بیمارستان مراجعه کرد و علاوه بر درد، حالت استفراغ و تهوع و یبوست داشت که از دو روز قبل تشدید یافته بود. در سابقه خود اختلال‌های گوارشی را متذکر میشود. آزمایشهای بالینی نشانه‌های آپاندیسیت حاد را مطرح کرد و بیمار تحت عمل جراحی فوری قرار گرفت. در موقع عمل ترشح چرکی داخل صفاق وجود داشت. چادرینه اطراف آپاندیس را احاطه کرده بود.

در آزمایش ما کروسکپی آپاندیس ملتهب در لابای بافت چربی و آماسی احاطه شده بود و در دیواره آن کانونهای توده‌ای شکل برنگ سفیدخاکستری دیده شد. در آزمایش میکروسکپی تشخیص آپاندیسیت حاد و پری آپاندیسیت حاد چرکی داده شد. بعلاوه در جدار آپاندیس ندول مشخصی از لیومیوم مشاهده شده بود که بوسیله بافتهای همبندی اطراف محصور شده و فاقد خصوصیت بدخیمی بوده است. هشت روز پس از عمل جراحی بیمار با حالت خوب مرخص میشود.

شرح حال بیمار سوم:

خانم ف. ر. ۲۰ ساله، در تاریخ ۱۱/۳/۵۲ به علت تب، درد شکم، تهوع و استفراغ و سرگیجه به بیمارستان مراجعه کرد. در معاینه علائم التهاب آپاندیس مشاهده گردید. بیمار تحت عمل جراحی فوری قرار گرفت. در عمل علاوه بر التهاب آپاندیس توده تومورمانندی در قاعده آپاندیس دیده شد که به نسج اطراف چسبندگی داشت. تمام تومور برداشته شد و تشخیص آسیب شناسی علاوه بر وجود التهاب حاد چرکی آدنوکارسینوم آپاندیس بود. بیمار دوران پس از عمل را بخوبی تحمل کرد و پس از ده روز مرخص گردید.

بحث:

تومورهای آپاندیس کم‌باز و پولیپ‌های آپاندیس نیز بسیار نادر است و تاکنون تعداد کمی ادنوم و یلوز و یا پولیپ آپاندیس گزارش شده است (۷). تومور کارسینوئید شایع‌ترین تومور آپاندیس است و حداقل ده بار شایع‌تر از کارسینوما آپاندیس میباشد.

کارسینوئیدها بصورت پلی پوئید اولسراتیو یا موسینوزو گاهی توده اترامورال تظاهر میکنند و غالباً در نوك آپاندیس قرار میگیرد. ولی اگر در پایه آپاندیس قرار داشته باشد، سبب انسداد و ایجاد عفونت در آپاندیس میگردد. کارسینوما آپاندیس نادر است و شباهت به کارسینوما کولون دارد. گاهی میکزوما کاذب صفاق (Pseudomyxoma peritoni) و موکوسل با منشاء

Cystadeno - Papillary carcinoma نیز در آپاندیس دیده میشود. لیومیوما و سایر تومورهای نسج نرم و عصبی در آپاندیس گزارش شده است. ولی بطور کلی اینگونه تومورها کمیاب اند. تومور کارسینوئید یا آرژانتافینوما:

این تومور در آپاندیس از سلولهای ارژانتافین یا کولچیسکی (Kulschitzky) واقع در کرپت‌های لیبر کون (Lieberkuhn) بوجود میآید ولی در هر قسمتی از دستگاه گوارش و تنفس دیده میشود (۵).

اولین تعریف بافت شناسی تومور در سال ۱۸۰۸ منتشر شد و در سال ۱۹۰۷ عنوان کارسینوئید برای آن بکار برده شد. هر چند در سال ۱۹۱۱ از لحاظ بیولوژی بدخیمی آن شناخته شد ولی اخیراً این بدخیمی مورد قبول عمومی واقع شده است (۱۰).

Pearson و Fitzgerald تعداد زیادی از این تومورها را بررسی کردند و دریافتند که در ۳۸٪ موارد متاستاز موجود است و تأیید کردند که تمام تومورهای کارسینوئید را باید به عنوان بدخیم بحساب آورد.

باید دانست که در بعضی آمارها، تومور کارسینوئید را بعنوان تومور خوش‌خیم بحساب آورده اند.

Colin و Bourreille در مورد کارسینوئید روده باریک و در مورد خصوصیات بدخیمی این تومورها چنین اظهار نظر کرده اند که خصوصیات سلولی گاهی خیلی مبهم است. ناچوریهای سلولی (Les atypies) نادرند. اغلب خصائص گسترش سلولی کوچکترین شکلی را از نظر بدخیمی تومور بر نمی‌انگیزد. متاستازهای دور در ۶۰-۷۰٪ موارد وجود دارد که بخصوص کبد را مبتلا میکنند (۳).

در گزارش McDonald (۱۹۵۶) در ۶۰ مورد، جایگزینی کارسینوئید در آپاندیس بوده است. از لحاظ آسیب شناسی شبیه کارسینوئید روده باریک است. سلولهای غول‌پیکر (ژان) آناپلازی و میتوز موجود نیست، اما تومور بطور عمقی به طبقه عضلانی و سروز و گاهی خارج از آن نفوذ میکند. متاستاز آن خیلی نادر است.

این تومور در ۳۰۰-۴۰۰ مورد آپاندیس که مورد آزمایش آسیب شناسی قرار گرفت مشاهده شد. در آمارها سنین ابتلا بین ۱۶ و ۶۰ سالگی است و اکثر مبتلایان (۸۰٪) زن میباشند (۲). در بیشتر موارد بیمار به عنوان آپاندیسیت تحت حاد یا آپاندیسیت عود کننده مورد عمل جراحی قرار میگیرد. معمولاً تومور در نك انتهائی آپاندیس بوجود می‌آید، نسبتاً سخت است و در موقع شکاف دادن روی آپاندیس تومور را بین مخاط سالم و طبقه عضلانی و صفاق روی آن می‌توان مشاهده کرد و با دارا بودن رنگ روشن‌زرد که بعلمت مواد چربی در تومور است با تومورهای دیگر اشتباه نمیشود.

لنارت فورسگن (Lennart forsgen) (۹) و همکارانش در سال ۱۹۷۴ دوازده مورد آدنوکارسینوم آپاندیس شرح داده‌اند و بر طبق توصیه آنها لازم است در تمام مواردی که آپاندیس برداشته می‌شود، آزمایش آسیب‌شناسی بعمل آید و همچنین در صورت امکان در تمام موارد، با باز کردن تجسسی شکم (لاپاراتومی)، لازم است آپاندیس لمس و از وضع آن اطلاع حاصل شود. آدنوکارسینوم آپاندیس هرچند نادر می‌باشد ولی ممکن است بشکل آپاندیسیت تظاهر کند، چنانکه بیمار مورد بحث با تظاهر آپاندیسیت حاد مراجعه کرده است. حتی گاهی تصادفاً در حین لاپاراتومی مشخص می‌شود و یا ممکن است سبب تومورهای بدخیم شکم که ظاهراً منشأ آن نامعلوم بوده است، باشد. درمان عبارت از برداشتن نیمه راست کولون است.

در این گزارش (۱۲ مورد آدنوکارسینوم) بیماران مبتلا به کارسینومای نوع کولونی بوده‌اند. از این بیماران عده‌ای مبتلا به آبسه آپاندیس و عده‌ای مبتلا به متاستاز تومور بدخیم آپاندیس بوده‌اند که آسیب‌شناسی تومور بدخیم نشان داده است. موارد یافت شده بدین شرح بوده است: ۵ مورد در لاپاراتومی برای آپاندیسیت حاد و آبسه آپاندیس، دو مورد بطور اتفاقی در هنگام اعمال جراحی دیگر؛ دو مورد در متاستاز تخمدانی، یک مورد با نمای کارسینومای مثانه و دو مورد در کالبد شکافی مشخص شده است. نکته جالب آنکه چهار مورد در آپاندیسیت حاد و آبسه آپاندیس خودنمایی کرده است و در تمام این موارد از لحاظ ظاهری علائمی دال بر بدخیمی موجود نبوده است. از این جهت لازم است در تمام موارد از آپاندیس نمونه‌ای برداشته شود و آزمایش آسیب‌شناسی بعمل آید (۹۳).

Mauritzen در سال ۱۹۵۸ شانزده مورد آدنوکارسینومای اولیه گزارش کرده است.

در تحقیقاتی که بین سالهای ۱۹۴۳ - ۱۹۵۶ توسط Danish cancer registry و در سالهای ۱۹۱۰ - ۱۹۴۱ توسط Mayo Clinic انجام گرفته، ۱۴۴ مورد تومور بدخیم آپاندیس و ۱۲۷ مورد کارسینوئید گزارش شده است (۹) و بقیه تومورها عبارت از ۱۲ مورد کارسینومای سیستمیک یا موکوسل بدخیم و ۵ مورد کارسینومای نوع کولونی بوده است.

Hilsabeck و دیگران (۱۹۵۱) دوازده مورد کارسینومای نوع کولونی را در عرض ۱۰ سال شرح داده‌اند.

Collins (۱۹۶۳) در گزارش نهایی خود ۵۷ مورد کارسینومای اولیه آپاندیس را بین ۷۱۰۰۰ آپاندیس امتحان شده پیدا کرد. با این مطالعه ۸۷ مورد آدنوکارسینوما در ۱۰۰۰۰ مورد عمل جراحی آپاندیس دیده شده است.

در آزمایش ریزینی سلولهای اصلی بشکل کروی است و شامل گرانول‌هایست که با نمک نقره‌ای آمونیکال رنگه می‌پذیرد. در آپاندیس برخلاف کارسینوئیدها در دیگر قسمتهای دستگاه گوارش فقط در ۳-۴٪ موارد متاستاز میدهد و بطور استثنائی این متاستازها سبب ترشح سروتونین، تریپتوفان و مشتقات آن میشود که عامل ایجاد سندرم کارسینوئیدی است (۲).

بین سالهای ۱۹۴۹ و ۱۹۷۲ مطالعه‌ای در بیمارستان کوئین آنجلس (Queen angels) بعمل آمده است (۸)، در این مدت تعداد ۸۶۹۹ مورد آپاندکتومی انجام شده که در بین آنها ۱۰۱ مورد تومور وجود داشته است. کارسینومای اولیه آپاندیس نادر و فقط در ۲ مورد دیده شده است. دیگر تومورها عبارت از: ۴۳ مورد تومور کارسینوئید، ۳۰ مورد لنفوما، ۳۲ مورد موکوسل، ۵ مورد نوروما، ۲ مورد لیومیوما و دو مورد آدنومای ویلوز بوده است. نکته جالب اینکه در ۲۷ مورد که آپاندیس بطور اتفاقی در اعمال جراحی شکم و لگن برداشته شده تومور آپاندیس وجود داشته است. در ۱۵ مورد تشخیص قبل از عمل آپاندیسیت حاد بوده است و در ۱۲ مورد آسیب‌شناسی وجود آپاندیسیت همراه با تومور را تأیید کرده و در ۳ مورد آپاندیسیت در کار نبوده است. نسبت ابتلا به تومور کارسینوئید در هر دو جنس به یک اندازه است.

بعضی از مؤلفان (۸) تومور کارسینوئید را به عنوان تومور خوش خیم به حساب آورده‌اند و معتقدند که برداشتن ساده آپاندیس در مواردیکه تومور کارسینوئید کوچک بوده است (در آمار آنها هیچکدام از ۲ سانتیمتر بزرگتر نبوده است) کفایت می‌کند و برداشتن نیمه راست کولون (همی کولکتومی راست) را توصیه نمی‌کنند، در موارد موکوسل نکته جالب حتی بدون آپاندیسیت حاد علائمی ایجاد می‌کند که با برداشتن آپاندیس علائم برطرف میشود.

آدنوکارسینوم آپاندیس:

تا کنون کمتر از ۲۰۰ مورد گزارش شده است (۲) و اکثراً از نوع کولونی است و به علت وضع تشریحی که باعث توسعه تومور به ناحیه سر و ز و لنفاتیکها میشود و ایجاد متاستاز میکند بدخیم است (۱).

درمان شامل برداشتن نیمه راست کولون است. در صورتیکه در حین عمل جراحی برداشتن آپاندیس به ضایعه پی برده نشود، عمل برداشتن نیمه راست کولون در عمل جراحی بعدی باید انجام شود. بندرت ممکن است موکوسل بدخیم آپاندیس در کار باشد و برای درمان در صورتیکه قسمت انتهایی آپاندیس را فرا گرفته و محدود به زیر مخاط باشد، برداشتن ساده آپاندیس کفایت میکند.

لیومیوما :

تومور خوش خیم ماهیچه صاف است . گرچه شایع ترین محل ایجاد آن رحم است ولی دردستگاه گوارش نیز خیلی زیاد دیده میشود و در بعضی آمارها دومین محل شایع این تومور دستگاه گوارش ذکر شده است . در دستگاه گوارش آپاندیس کمترین محل شایع این تومور است . لیومیوما در آپاندیس بندرت بصورت تومور ۳ تا ۵ سانتیمتر قطر تظاهر میکند ولی غالباً اوقات بصورت برجستگی های کوچکی دیده میشود که منجر به انسداد مجرای آپاندیس شده و غالباً همراه با تظاهر آپاندیسیت حاد است . این تومورها دارای حدود مشخص اند . تشخیص این تومور با مطالعه میکروسکوپی میباشد و ممکن است با نورولیوما اشتباه گردد و حتی تفکیک آنها از هم مشکل است .

این تومورها خوش خیم اند ولی اشکال بدخیم بصورت لیومیوما - سارکوم نیز دیده میشود که در آپاندیس بسیار نادر است . درمان در اکثر موارد فقط به برداشتن آپاندیس همراه با تومور اکتفا میشود و احتیاج به عمل جراحی وسیع تر ندارد .

خلاصه :

در نسج آپاندیس مثل دیگر نسوج ممکن است تومور بوجود آید ولی شیوع آن نادر است . این تومورها شامل: تومور کارسینوئید، آدنو کارسینوم، موکوسل، نورما، لیومیوما و آدنومای ویلواست. از لحاظ شیوع نوع کارسینوئید بیشتر است .

از تعداد ۱۸۴۷ مورد آپاندیس آزمایش شده در بیمارستان ابن سینا

در عرض ۵ سال (بین سالهای ۱۳۴۹-۱۳۵۴) سه مورد تومور آپاندیس مشهور شده است (یک مورد تومور کارسینوئید ، یک مورد آدنو کارسینوم ، یک مورد لیومیوما) . این بیماران همانند اغلب گزارشها با تشخیص آپاندیسیت مورد عمل جراحی قرار گرفته اند و نمای ظاهری آپاندیس همیشه دلالت بر وجود تومور نمی کرده است .

در بعضی گزارشها ، در آپاندیس که بطور اتفاقی در عمل جراحی شکم ولگن برداشته شده ، آسیب شناسی تومور نشان داده است . از این جهت توصیه میشود که آپاندیس های برداشته شده مورد آزمایش آسیب شناسی قرار گیرد و همچنین در تمام اعمال جراحی شکم در صورت امکان آپاندیس لمس و از وضع آن اطلاع حاصل شود. در یک آمار از تعداد ۸۶۶۹ مورد آپاندیس برداشته شده ، دو مورد آدنو کارسینوم آپاندیس ، ۴۳ مورد تومور کارسینوئید و ۲ مورد لیومیوما بوده است .

تومور کارسینوئید هر چند در دردیف تومورهای بدخیم است (عده ای نیز خوش خیم میدانند) ولی بعلم آنکه بندرت متاستاز میدهد، درمان جراحی شامل برداشتن ساده آپاندیس است . تومور کارسینوئید در موارد متاستاز (بخصوص در دیگر قسمتهای گوارش) ممکن است سندرم - کارسینوئیدی را بوجود آورد (انسداد عروق، اسهال ، حملات آسم ، برافروختگی صورت و گردن) که مربوط به ترشح سروتونین و Kinins است ، در مورد آدنو کارسینوم آپاندیس که شیوع کمتری دارد ، درمان جراحی شامل برداشتن نیمه راست کولون است .

REFERENCES :

- 1- Anderson, W. A. D.: Pathology, Seventh Edition The C. V. Mosby Company pp 1310, 1977.
- 2- Baily, & Love's Short Practice of Surgery. H. K. Lewis & Company pp 1045, 1977.
- 3- Colin, R. et al: Les Tumeurs Carcinoid du Grele. Gazette Medical de France 36: 6635, 1972 .
- 4- De Graff, A. C. et al: Ann. Rev. Med. 22: 69-71, 1971.
- 5- Diagnosis of Malignant Carcinoid Syndrome. Brit. Med. J. Leading Articles 3: 122, 1975.
- 6- Evans' Histological Appearances of Tumours. Churchill Livingston Publisher pp 581, 1978.
- 7- Hameed, K.: Villous Adenoma of the vermiform Appendix. Am. Med. Arch. Pathol 81: 465.1966.
- 8- Kark Schmutzer, J. et al: Tumours of the Appendix. Dis. of the Colon and Rectum 18:324 1975.
- 9- Lennart Forsgen, L. et al: Adenocarcinoma of the Appendix. Acta. Chir. Scand. 140: 488, 1974.
- 10- Storer. E. H.: Principle of Surgery Seymour - Schwartz Mc Graw - Hill Book Company pp 1097, 1974.