بررسی رادیولوژیك تومورکاردیا

مطالعه ۵۲ مورد

مجله علمی نظام پزشکی
سال سوم ، شماره ۱ ، صفحه۶۳، ۱۳۵۱

دکتر حسن مقصودی*

مقدمه : دیرزمانی‌است‌که برای تعیین محل کاردیا کوشش‌میشود لکن تابحال این امکان بخوبی دست نداده‌است. درتعریف‌کاردیا اختلاف‌نظر وجود ندارد وعبارتست‌ازمحل اتصال آناتومیك مری با معده (۱۱-۹-۵-۲-۱).

با وجود تعریف ساده ، تعیین محل دقیق آن ازنظر پرتوشناسی وآناتومی مشکل میباشد. هنوز برای وجود مری شکمی توافق کامل بین مصنفین وجود ندارد. بعضی مری شکمی را قسمتی از وستیبول معده میدانند که ببالا کشیده شده است و برخی محل اتصال مخاط مری ومعده را کاردیا میخوانند. لکن‌بعقیده پالمر (Palmer) این حد اتصال مخاطی محل ثابت ومشخصی نیست و میتواند روی قسمت عضلانی خود لغزیده وتغییرمکان پیدا کند.

نامبرده این‌مطلب‌را بدین‌نحو اثبات‌نمودکه ضمن‌ازوفاگوسکپی یك‌نخ فلزی باین‌محل دوخت ودر پرتوبینی حرکت وتغییرمکان این جسم حاجب به‌اشعه ایکس را تحت نظر قرار داد و ملاحظه کرد بخیه فلزی مذکور که معرف سرحد مخاطی مری و معده است میتواند ببالا وپائین دیافراگم تغییرمکان پیدا کند.

بعضی‌ازمحققین درآزمایش رادیولوژی محل اتصال ۳ یا ۴چین موازی انتهای مری به‌چینهای خمیده غیرموازی‌فوندوس معده‌را کاردیا میدانند ، لکن بایستی اذعان نمود که این محل اتصال چینهای‌مخاطی،ندرت ممکن‌است در رادیولوژی‌شناخته‌شود(۷).

ازنظر عده‌ای دیگرمحل اسفنکتر تحتانی -ری‌که مانع برگشت محتوی معده میشود کاردیا میباشد و از طرفی برخی وجود یك اسفنکتر واقعی را منکر میشوند و بالاخره برای مدت زیادی توجه محققین روی مکانیسم اثرفشار دیافراگم چپ برمحل‌مری که‌ازآن رد میشود (Pinch - Cock 3-5) معطوف شد.درموقع شهیق عمیق مری در محل عبور از دیافراگم مسدود میشود و بالعکس موقع زفیرآزاد شده ومحتوی آن بداخل معده سرازیر میشود(شکل۱)، واین محل‌را ازنظر انجام عمل کاردیا دانستند (Fleishner).

بطورکلی از مطالب فوق معلوم میشود که تشخیص محل کاردیا لااقل با استفاده از رادیولوژی هنوز مشکل میباشد . بهرحال میتوان چنین نتیجه گرفت که هروقت از تومورکاردیا نام برده میشود ممکنست درحقیقت‌آن تومور مربوط به‌قسمت تحتانی‌مری ویا بخشی از فوندوس معده باشد ، بنابراین بکار بردن اصطلاح تومورهای Œso-cardio - tuberositaire (۲) یك واحد فیزیولوژی و رادیولوژی (Chérigié) صحیح‌تر بنظر میرسد و این عبارت‌که شامل منطقه آناتومیك وسیع‌تریست توجه رادیولوژیست را ضمن آزمایش محل کاردیا بقسمتهای مجاور آن نیز معطوف میدارد .

معرفی بیماران: در انستیتوتاج پهلوی، درطی سه‌سال‌اخیرضمن توجه به‌تومورکاردیا ۵۲ مورد با پرونده رادیولوژی و بیوپسی مثبت گردآوری شد، ازاین‌عده ۱۲ نفر زن وبقیه مرد بودند . سن از ۳۵-۷۴ سال با فراوانی درسن ۵۰سال مشاهده گردید. ازنظرآسیب شناسی۱۷ مورد آدنوکارسینوما و۳۰ مورد سرطان اسپینوسلولر و ۵ مورد آن سارکم بوده‌است. بررسی رادیولوژی برطبق‌روشی‌که بعداً شرح داده میشود بعمل‌آمده ودرصورت‌وجود تومور بزرگ و انسداد نسبی انتهای مری انسوفلاسیون ایجادی برحسب آنچه‌که «تاورنیه» توصیه میکند انجام شده‌است. باضافه نزد این گروه بیماران مبتلا به‌تومورکاردیا چنانچه عکس سینه تهیه نشده بود یك رادیوگرافی بعمل‌آمد ودرمطالعه مجدد روی

* دانشکده پزشکی دانشگاه تهران ـ مرکز پزشکی پهلوی، بیمارستان تاج پهلوی .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

عکس سینه آنها و با مقایسه فیلمهای تهیه شده با باریم مشاهده گردید که روی عکس سینه ۳۲ نفر آنها تصویر تومور کاردیا در فضای هوائی معده بخوبی قابل رؤیت است و منظره تومور مذکور که درسایه هوائی معده دیده‌میشود باآنچه که‌روی‌فیلمهای تهیه شده بامصرف باریم است، قابل‌تطبیق میباشد. اندازه تومور دراین۳۲ تن متغیر و بین ۳ تا ۸ سانتیمتر و حدود آن اکثراً لبوله و منظره پولیپوئید داشت (شکل ۹ـ۱۰) و بندرت کناره آن صاف و هموار بود.

ضمن این مطالعه و توجه به سایه فضای هوائی معده، در نگاه به رادیوگرافی‌سینه‌این‌امکان دست داد، که نزد ۸ بیمار که عکس ریه‌شان تغییرشکل‌مشکوك درسمت راست فضای هوائی معده نشان داده بود در آزمایش رادیولوژی از دستگاه هاضمه برطبق روش تاورنیه موفق به پیداکردن تصویر تومورکاردیا شدیم، که بعداً با انجام بیوپسی محرز گردید. ازاین ۸ بیمار، نزد ۶ تن‌آنها عکس سینه برای مطالعه یك ضایعه ریوی غیرنئوپلازیك تهیه‌شده بود و تومورکاردیا یك یافته اتفاقی بود که ضایعه ریوی را تحت‌الشعاع قرار داد.(شکل ۱۱)

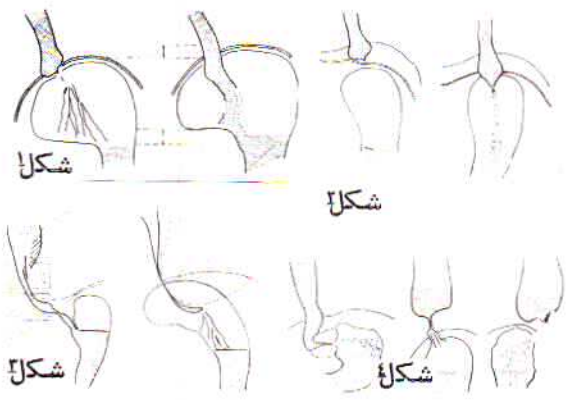
در نزد ۲ بیمار دیگر که سابقه سرطان داشته‌اند (یکی در ثلث میانی مری و دیگری بعلت سرطان پستان عمل شده بود) عکس سینه جهت اطمینان از عدم پیدایش متاستاز در ریه‌ها تهیه شده بودکه ازاین‌نظر منفی‌بود لکن تصویر تومور درفضای‌هوائی‌معده درمحل کاردیا دیده شد (شکل ۱۲). نزد این ۸ بیمار بجز یك تن که سابقه تومور درثلث میانی مری داشت، بقیه از بدی بلع شکایتی نداشتند .

بحث ـ Kirklin در یك گروه ۶۸ نفری مبتلا به تومورکاردیا درمطالعه عکس‌سینه‌آنها ملاحظه‌کرد که۵۰٪ موارد تصویر تومور درفضای هوائی معده قابل رؤیت میباشد(۱۰).

درصورتیکه دراینجا مابیش‌از۷۵٪ موارد توانسته‌ایم سایه تومور را درقسمت هوادار معده ملاحظه کنیم و علت این اختلاف شاید اینستکه نزد۱۰ نفر ازاین ۵۲ بیمارکه فوندوس معده‌آنها فاقد هوا بود، پس از خوراندن مایع کربناته مجدداً عکس ریه تهیه نمودیم و ایندفعه‌که فوندوس محتوی هوا گردید، حدود تومور آشکار شد (شکل ۷ـ۸). اگر ازاین عده صرفنظرشود باز بیش از۵۰٪ موارد خودبخود تومورکاردیا قابل رؤیت نخواهدبود.

مطالعه رادیولوژیك ضایعات مری وهمچنین‌معده امروز باوسایل جدید آسان میباشد ، لکن بررسی رادیولوژیکی ناحیه کاردیا مشکلات بالنسبه زیاد در مقایسه باآزمایش مری و معده دارد . ازنظربالینی‌نیز بایستی‌اضافه نمود اشکال‌بلع،علامت ارزنده ودر عین‌حال درتمام تومورهای مری ثابت میباشد و تنها مشکلی‌است که‌بیماررا به‌کلینیك می‌آورد وطبیب نیز بااطلاع ازآن به‌ضایعه مسدودکننده مری متوجه‌میگردد، ممکنست درتومورکاردیا منفی باشد(۱). چنانکه از ۸ بیماریکه معرفی شد وتومورکاردیای‌آنها در روی عکس سینه و اتفاقی کشف شده بود ، فقط یکنفر از اشکال‌بلع‌شکایت داشت وبقیه درسؤال‌ازاشکال بلع‌پاسخ منفی‌دادند. بررسی تومورکاردیا از نظر مشکلات همیشه مورد بحث بوده و مینویسندکمتر رادیولوژیستی است‌که در دوران کارخود بخاطر پاسخ منفی که در روی عکس معده‌ای داده است پس از توجه به‌تومورکاردیا که درجراحی مشخص شده خجل‌نشده باشد واین امر دلیل براشکال در افشا کردن تومور این ناحیه‌است نه دال برعدم اطلاع‌ازعلائم رادیولوژی تومورکاردیا، بنابراین‌بکاربردن یك آزمایش دقیق اهمیت زیادی در تشخیص این تومور بالنسبه شایع وقابل عمل جراحی را دارد .

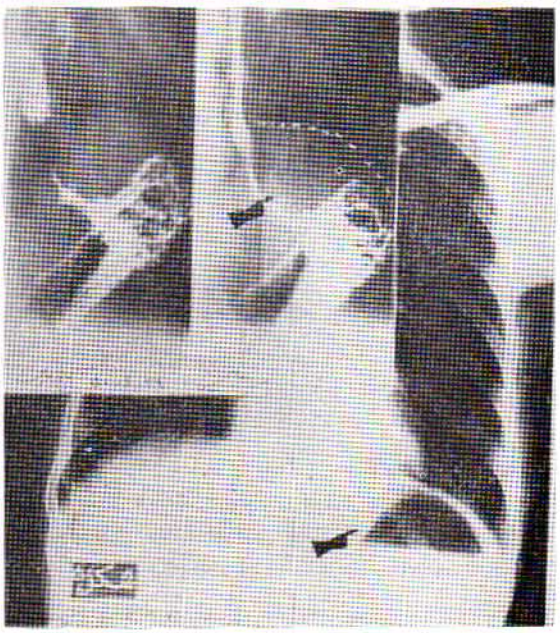
در سال ۱۸۹۶ Hemmeter برای اولین بار روش خاصی را با خوراندن کیسه محتوی براده سرب به‌بیمار پیشنهاد نمود . دیری‌نگذشت مصرف باریم درآزمایش‌دستگاه هاضمه متداول‌شد. درمطالعه رادیولوژیکی‌کاردیا آزمایش رادیوسکپی اهمیت‌زیادی دارد و اساس تشخیص رادیولوژی است و بایستی با توجه بنکات زیر وبدست رادیولوژیست انجام گیرد. باریم درمری ضمن‌شهیق عمیق‌برطبق مکانیسم پنس‌دیافراگمی‌که اشاره شد درمجاور سایه دیافراگم چپ متوقف میشود و موقع زفیر براحتی داخل معده سرازیرشده ودرامتداد قسمت عمودی دیواره‌انحنای‌کوچك معده بپائین میرود (شکل ۱) . چنانچه باریم بغیر از وضع مذکور داخل معده شد یعنی در فضای فوندوس معده پرش نشان داد (۲ـ۴ـ۶) (Jet) یابایستی‌یك‌ناهنجاری‌تشریحی Malposition cardio -tuberositaire وجودداشته‌باشد(شکل۲)، که‌دراینموقع مری شکمی کوتاه و زاویه هیس(L'angle de Hiss) بازتر از عادیست و یا اینکه بعضی تغییرات ناشی از فشارخارجی برمری وجود دارد مثل بزرگی دهلیزچپ (شکل۳).



صرفنظراز این دوحالت ، در تومورکاردیا نیز ضمن رادیوسکپی باریم در فوندوس پرش نشان میدهد (شکل۴) و در بعضی مواقع

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

دیگر باریم ممکنست از روی تومور عبور نماید و پس از طی نمودن کناره آن داخل معده شود. علامت اخیر معمولا در تومورهای زیر کاردیا دیده میشود.



شکل ۵ - درسمت راست فضای هوائی معده تصویر توموری باکناره صاف دیده میشود. درفیلم تهیه شده از ناحیه ازوکاردیوتوبروزیتر تصویر تومور مدوری نمایان شده که اولسره میباشد.



شکل ۶- درمحل زیردیافراگم چپ، سایه فضای هوائی معده کوچك شده و فاصله آن تاقاعده ریه بیش ازعادی است. کناره راست فوندوس معده نامنظم شده است. در فیلم تهیه شده از ناحیه ازوکاردیوتوبروزیتر، ضمن انسوفلاسیون منظره تومور این ناحیه بطور لبوله بهتر نمایان شده است. ناحیه کاردیا وانتهای تحتانی مری نیز دچار میباشد.

درآزمایش پرتوبینی وپرتونگاری کاردیا موانعی وجود دارد که عبارتند از فقدان امواج دودی کافی که مطالعه رادیوسکپی را ناقص میکند. دیگر اینکه باریم در وضعیت ایستاده فوندوس را بخوبی آغشته نمیکند ودر وضعیت خوابیده به‌پشت بیش‌ازحدآنرا پر مینماید و چون دنده‌ها در مجاور آن قرار دارند مانع بکار بردن‌فشار(کمپرسیون) خواهندشد، ناچار بایستی بیمار بحال نیمه درازکش روی پشت باشد وپهلوی چپ‌اورا اندکی ازتخت‌بالاتر قرار داد تا مخاط قسمت فوندوس به‌باریم آغشته شود.(شکل ۵) عکسبرداری دراین وضعیت تغییرشکل مخاطی وحدود تومور را مشخص میسازد. تاورنیه (Tavernier) پیشنهاد میکند برای مطالعه دقیقتر قسمت تحتانی‌مری وکاردیا وفوندوس، انسوفلاسیون فیزیولوژیك انجام شود بدین‌نحو که بیمار برای خوردن باریم سعی کند چانه‌اش به استرنوم نزدیك شده یا بچسبد و باریم را مثل سوپ داغ بخورد. دراین‌موقع امکان داخل شدن هوا همراه با باریم بیشترخواهد شد (Aérophagie provoquée) و ناحیه تحتانی‌مری وتمام فوندوس متسع شده یك دوبل کنتراست بوجود می‌آید (۲-۱) که باعث نشان دادن حدودتومور خواهد شد (شکل۶).

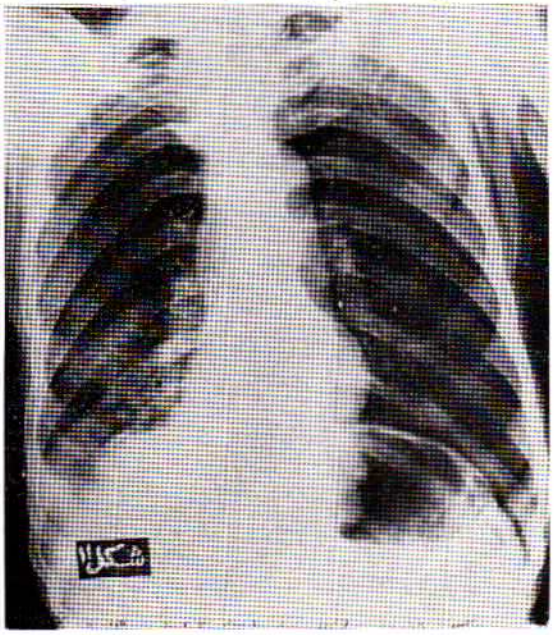


شکل ۷ و۸- تصویر توموری باکناره محدب و بالنسبه صاف در محل فضای هوائی معده که بعداز انسوفلاسیون‌هوا تهیه شده دیده میشود (ضمن‌خوراندن مایع‌کربناته).

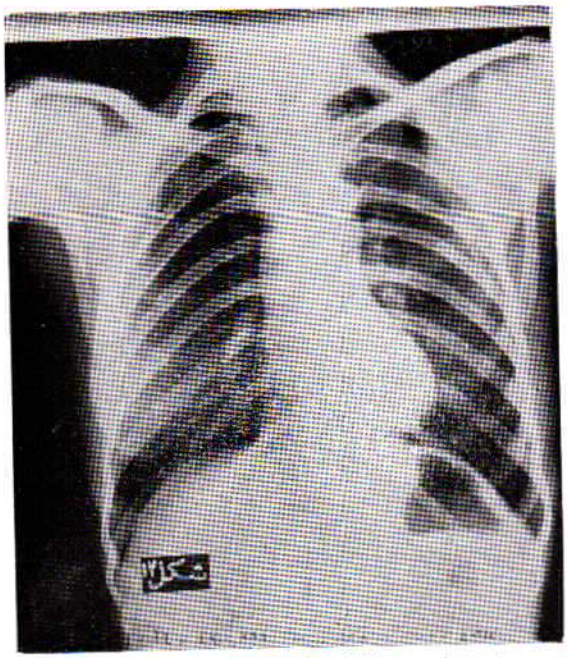
شکل ۹و۱۰- تصویر تومور بزرك باکناره لبوله‌ومنظره پولیپوئید درفضای هوائی معده دیده میشود. درشکل ۹ قسمت بزرگی ازفوندوس توسط تومور اشغال شده است وتصویر حفره در داخل حفره دیده میشود.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

این انسوفلاسیون فیزیولوژیك مزیت زیادی برمصرف داروها و نوشابه‌های کربناتـه دارد و هیچگاه باعث اتساع شدید معده و ناراحتیهای ناشی ازآن نمیشود وبمحض اینکه هوا بیش‌ازاندازه داخل معده شد بیمار از بلع بیشتر خودداری خواهدکرد. برای

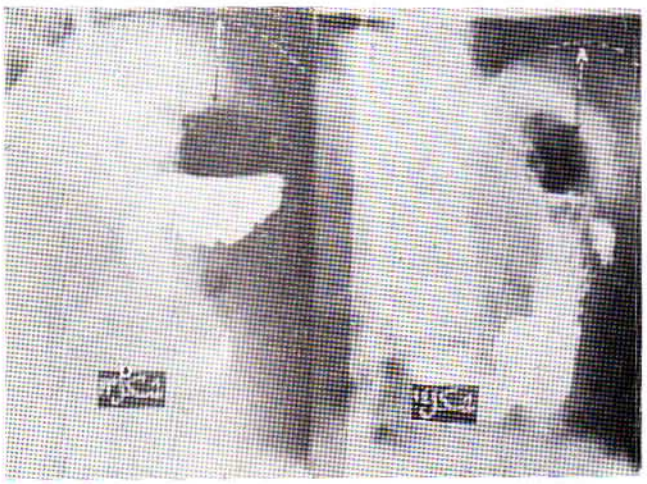


شکل ۱۱- بیمار مرد ۸۰ ساله‌ایست که برای عفونت پلوروپولمونر قاعده سمت راست مراجعه کرده است. منظره تومور بالنسبه بزرك باحدود لبوله است. درسمت راست سایه هوائی‌معده دیده میشود.



شکل ۱۲- بیمار خانم ۳۵ ساله‌ایست‌که بعلت سرطان‌پستان چپ ماستکتومی شده . سایه پستان چپ دیده نمیشود ودرفضای هوائی معده‌تصویر تومورى بناکاره بالنسبه ناصاف مشهود است .

مطالعه کامل از فضای هوائی معده ضمن وارد کردن هوا میتوان قدرت اتساع ونرمش جدار را نیز باتهیه فیلمهای سینمائی‌بوضع دقیقتری مطالعه نمود(۲-۸).



شکل ۱۳-۱۴- لنفوم ناحیه‌کاردیوتوبروزیتر-عریض شدن مخاط این ناحیه جلب نظر میکند قابل توجه ، افزایش فاصله فضای‌هوائی معده وقاعده ریه چپ که نشانه انفیلتراسیون جدار این قسمت ازمعده خواهد بود.

درراديوسكپى، توجه بفاصله هوائى معده وديافراگم‌لازمست. در صورت‌ضخیم بودن این ناحیه امکان انفیلتراسیون جدارفوندوس رامیتوان درنظر گرفت(شکل۶-۱۳-۱۴) .دقت درشکل‌فوندوس و فضای هوائی معده حتی در روی فیلم سینه‌گاه بـاعث تشخیص تومور این ناحیه میشود .

نتیجه : علاوه برروشی‌که جهت مطالعه کاردیاوفوندوس معده یاد آوری شد، باتوجه باینکه تومورکاردیا ممکنست در نصف موارد درفضای‌هوائی معده روی عکس سینه قابل رؤیت باشد،درملاحظه رادیوگرافی سینه توجه بسایه فوندوس و کاردیـا ضرور بنظر میرسد . چنانچه ناصافی ویاسختی جدار درکناره قسمت هوائی معده دیده شد یاتصویرتوده لبوله درقسمت راست این فضامشاهده گردیدبایستی به‌تومورکاردیا مشکوك شد وبه‌آزمایش‌رادیولوژی از قسمت انتهائی مری وکاردیا وفوندوس مبادرت نمود. باتوجه باینکه نزد۷ بیمارما،که کانسرکاردیا بطوراتفاقی دیده شداشکال بلع وجود نداشته‌است. در اینصورت این علامت ارزنده بـالینی تومورهای مری بنظرمیرسد ارزش‌کمتری درتومور ناحیه‌کاردیا داشته باشد . چنانچه درملاحظه فضای هوائی معده آثار مشکوك به‌تومورکاردیا دیده شد ، منفی بودن بدی بلع نبایستی مانع از بررسی بیشتر ناحیه‌کاردیوتوبروزیترباباریم گردد .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

REFERENECS:

1- Bockus gastroentrology vol. I second edition W.B. Saunders Company 763-764. 64.
2- Cherigie, E. Tavernier, C., Deporte, A. Doyon., Castel. A et Taieb, A., Radiologie clinique de la region oeso-cardio-tuberositaire J. de Radiol. d'Electrol. 48, 5/3-526. 1967.
3- Dornhost, A.C. Harison, K., Pierce J.W. Observation on normal esophagus and cardia Lancet 695. 1954.
4- Humphrey C, R, et al carcinoma of distal part of the esophagus and cardia of the stomach Surg. Gyn. obstet. 127: 737-743. Oct 1968.
5- Jutras (A). Levrier (P) et longtain (M) Etude radiologique de l'oesophage paradiaphragmatique et de cardia (J. radiol. et d'électrol) 39, 373-416. 1949.
6- Lortat Jacob (J.L.) et Robert (P.) Les malpotitions cardio-tuberositaire Arch. mal. app. digest. 42. 750; 1953.
7- Marion R. Lawler, Jr. M.D., Walter G. Gabbel, jr, M.D carcinoma of the esophagus. J. Thorax and cardio surg. 58. No. 4609-613. Oct. 69.
8- Moutier (F.) et Nemours-August. le cancer sus cardial et juxtaoesopagien de la gross tuberositer gastrique (Arch. mal. app. digest. 37. 137-164; 1948.
9- Paul and Juhl, The essentials of Roentgen interpretation Hober. 402-403. No. 1965.
10- Ritvo, M. and Schauffer, I.A gastro intestinal X-Ray diagnosis. Lea and Febiger. 218-224; 1952.
11- Sweet, R.H. Carcinoma of the esophagus and cardiac and of stomach J.A.M.A. 135, 485, 1947.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]