

بررسی رادیولوژیک تومور کاردیا

مطالعه ۵۲ مورد

مجله علمی نظام پزشکی

سال سوم، شماره ۱، صفحه ۶۳، ۱۳۵۱

دکتر حسن مقصودی *

شهیق عمیق مری در محل عبور از دیافراگم مسدود میشود و بالعکس موقع زفیر آزاد شده و محتوی آن بداخل معده سرانیز میشود (شکل ۱)، و این محل را از نظر انجام عمل کاردیا دانستند (Fleishner).

بطور کلی از مطالب فوق معلوم میشود که تشخیص محل کاردیا لاقلاً با استفاده از رادیولوژی هنوز مشکل میباشد. بهر حال میتوان چنین نتیجه گرفت که هر وقت از تومور کاردیا نام برده میشود ممکنست در حقیقت آن تومور مربوط به قسمت تحتانی مری و یا بخشی از قوندوس معده باشد، بنابراین بکار بردن اصطلاح تومورهای (Eso-cardio - tuberositaire) یک واحد فیزیولوژی و رادیولوژی (Chérigü) صحیح تر بنظر میرسد و این عبارت که شامل منطقه آنا تومیک وسیع تر است توجه رادیولوژیست را ضمن آزمایش محل کاردیا بقسمتهای مجاور آن نیز معطوف میدارد.

معرفی بیماران: در انستیتوتاج پهلوی، در طی سه سال اخیر ضمن توجه به تومور کاردیا ۵۲ مورد با پرونده رادیولوژی و بیوپسی مثبت گردآوری شد، از این عده ۱۲ نفر زن و بقیه مرد بودند. سن از ۳۵-۷۴ سال با فراوانی در سن ۵۰ سال مشاهده گردید. از نظر آسیب شناسی ۱۷ مورد آدنوکارسینوما و ۳۰ مورد سرطان اسپینوسلولرو ۵ مورد آن سارکوم بوده است. بررسی رادیولوژی بر طبق روشی که بعداً شرح داده میشود بعمل آمده و در صورت وجود تومور بزرگ و انسداد نسبی انتهای مری انسوفلاسیون ایجاد می شود بر حسب آنچه که «تاوریه» توصیه میکند انجام شده است. باضافه نزد این گروه بیماران مبتلا به تومور کاردیا چنانچه عکس سینه تهیه نشده بود یک رادیوگرافی بعمل آمد و در مطالعه مجدد روی

مقدمه: دیر زمانی است که برای تعیین محل کاردیا کوشش میشود لکن تا بحال این امکان بخوبی دست نداده است. در تعریف کاردیا اختلاف نظر وجود ندارد و عبارتست از محل اتصال آنا تومیک مری با معده (۱-۲-۵-۹-۱۱).

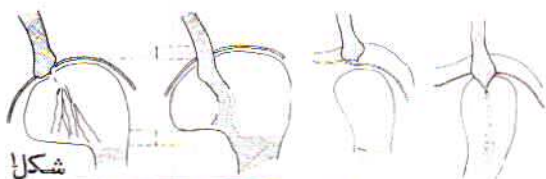
با وجود تعریف ساده، تعیین محل دقیق آن از نظر پرتوشناسی و آناتومی مشکل میباشد. هنوز برای وجود مری شکمی توافق کامل بین مصنفین وجود ندارد. بعضی مری شکمی را قسمتی از وستیبول معده میدانند که بیلا کشیده شده است و برخی محل اتصال مخاط مری و معده را کاردیا میخوانند. لکن بعقیده پالمر (Palmer) این حد اتصال مخاطی محل ثابت و مشخصی نیست و میتوان روی قسمت عضلانی خود لغزیده و تغییر مکان پیدا کند. نامبرده این مطلب را بدین نحو اثبات نمود که ضمن ازوفا گوسکپی یک نخ فلزی باین محل دوخت و در پرتو بینی حرکت و تغییر مکان این جسم حاجب به اشعه ایکس را تحت نظر قرار داد و ملاحظه کرد بخیه فلزی مذکور که معرف سرحد مخاطی مری و معده است میتواند بیلا و پائین دیافراگم تغییر مکان پیدا کند.

بعضی از محققین در آزمایش رادیولوژی محل اتصال ۳ یا ۴ چین موازی انتهای مری به چینهای خمیده غیر موازی قوندوس معده را کاردیا میدانند، لکن بایستی اذعان نمود که این محل اتصال چینهای مخاطی، بدرت ممکن است در رادیولوژی شناخته شود (۷). از نظر عده ای دیگر محل اسفنکتر تحتانی مری که مانع برگشت محتوی معده میشود کاردیا میباشد و از طرفی برخی وجود یک اسفنکتر واقعی را منکر میشوند و بالاخره برای مدت زیادی توجه محققین روی مکانیسم اثر فشار دیافراگم چپ بر محل مری که از آن رد میشود (Pinch - Cock 3-5) معطوف شد. در موقع

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

که بیمار را به کاینیک می آورد و طبیب نیز با اطلاع از آن به ضایعه مسدود کننده مری متوجه میگردد، ممکنست در تومور کاردیا منفی باشد (۱). چنانکه از ۸ بیمار که معرفی شد و تومور کاردیای آنها در روی عکس سینه و اتفاقی کشف شده بود، فقط یک نفر از اشکال بلع شکایت داشت و بقیه در سؤال از اشکال بلع پاسخ منفی دادند. بررسی تومور کاردیا از نظر مشکلات همیشه مورد بحث بوده و مینویسند کمتر رادیولوژیستی است که در دوران کار خود بخاطر پاسخ منفی که در روی عکس معده ای داده است پس از توجه به تومور کاردیا که در جراحی مشخص شده خجل نشده باشد و این امر دلیل بر اشکال در افشا کردن تومور این ناحیه است نه دال بر عدم اطلاع از علائم رادیولوژی تومور کاردیا، بنابراین بکار بردن یک آزمایش دقیق اهمیت زیادی در تشخیص این تومور بالنسبه شایع و قابل عمل جراحی را دارد.

در سال ۱۸۹۶ Hemmeter برای اولین بار روش خاصی را با خوردن کیسه محتوی براده سرب به بیمار پیشنهاد نمود. دیری نگذشت مصرف باریم در آزمایش دستگاه هاضمه متداول شد. در مطالعه رادیولوژیکی کاردیا آزمایش رادیوسکپی اهمیت زیادی دارد و اساس تشخیص رادیولوژی است و بایستی با توجه بنکات زیر و بدست رادیولوژیست انجام گیرد. باریم در مری ضمن شهیق عمیق بر طبق مکانیسم پنس دیافراگمی که اشاره شد در مجاور سایه دیافراگم چپ متوقف میشود و موقع زفیر براحتی داخل معده سر از بر شده و در امتداد قسمت عمودی دیواره انحنای کوچک معده پائین میرود (شکل ۱). چنانچه باریم بغیر از وضع مذکور داخل معده شد یعنی در فضای فوندوس معده پرش نشان داد (۲-۴-۶) (Jet) یا بایستی یک ناهنجاری تشریحی Malposition cardio-tuberositaire وجود داشته باشد (شکل ۲)، که در این موقع مری شکمی کوتاه و زاویه هیس (L'angle de Hiss) بازتر از عادیست و یا اینکه بعضی تغییرات ناشی از فشار خارجی بر مری وجود دارد مثل بزرگی دهلیز چپ (شکل ۳).



صرفنظر از این دو حالت، در تومور کاردیا نیز ضمن رادیوسکپی باریم در فوندوس پرش نشان میدهد (شکل ۴) و در بعضی مواقع

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 هوایی معده بخوبی قابل رؤیت است و منظره تومور مذکور که در سایه هوایی معده دیده میشود با آنچه که روی فیلمهای تهیه شده با مصرف باریم است، قابل تطبیق میباشد. اندازه تومور در این ۳۲ تن متغیر و بین ۳ تا ۸ سانتیمتر و حدود آن اکثراً لبوله و منظره پولیپوئید داشت (شکل ۹-۱۰) و بندرت کناره آن صاف و هموار بود.

ضمن این مطالعه و توجه به سایه فضای هوایی معده، در نگاه به رادیوگرافی سینه این امکان دست داد، که نزد ۸ بیمار که عکس ریهشان تغییر شکل مشکوک در سمت راست فضای هوایی معده نشان داده بود در آزمایش رادیولوژی از دستگاه هاضمه بر طبق روش تاورنیه موفق به پیدا کردن تصویر تومور کاردیا شدیم، که بعداً با انجام بیوپسی محرز گردید. از این ۸ بیمار، نزد ۶ تن آنها عکس سینه برای مطالعه یک ضایعه ریوی غیر نئوپلازیک تهیه شده بود و تومور کاردیا یک یافته اتفاقی بود که ضایعه ریوی را تحت الشعاع قرار داد. (شکل ۱۱)

در نزد ۲ بیمار دیگر که سابقه سرطان داشته اند (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 بود که از این نظر منفی بود لکن تصویر تومور در فضای هوایی معده در محل کاردیا دیده شد (شکل ۱۲). نزد این ۸ بیمار بجز یک تن که سابقه تومور در ثلث میانی مری داشت، بقیه از بدی بلع شکایتی نداشتند.

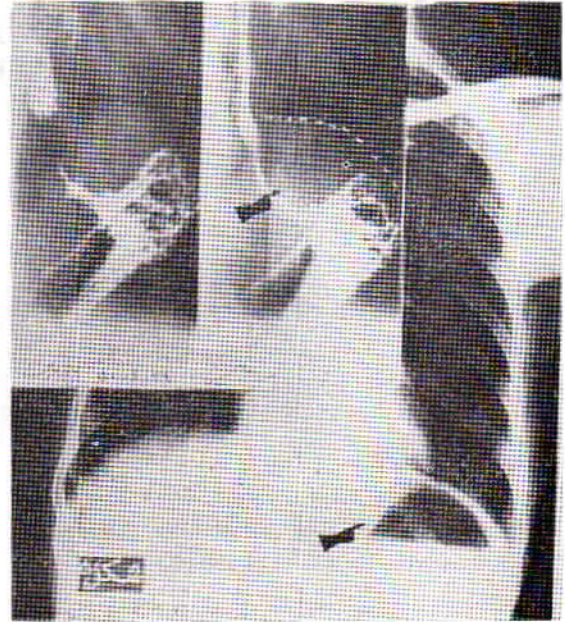
بحث - Kirklin در یک گروه ۶۸ نفری مبتلا به تومور کاردیا در مطالعه عکس سینه آنها ملاحظه کرد که ۵۰٪ موارد تصویر تومور در فضای هوایی معده قابل رؤیت میباشد (۱۰).

در صورتیکه در اینجا ما بیش از ۷۵٪ موارد توانسته ایم سایه تومور را در قسمت هوادار معده ملاحظه کنیم و علت این اختلاف شاید اینست که نزد ۱۰ نفر از این ۵۲ بیمار که فوندوس معده آنها فاقد هوا بود، پس از خوردن مایع کربناته مجدداً عکس ریه تهیه نمودیم و ایندفعه که فوندوس محتوی هوا گردید، حدود تومور آشکار شد (شکل ۷-۸). اگر از این عده صرفنظر شود باز بیش از ۵۰٪ موارد خود بخود تومور کاردیا قابل رؤیت نخواهد بود.

مطالعه رادیولوژیک ضایعات مری و همچنین معده امروز با وسایل جدید آسان میباشد، لکن بررسی رادیولوژیکی ناحیه کاردیا مشکلات بالنسبه زیاد در مقایسه با آزمایش مری و معده دارد. از نظر بالینی نیز بایستی اضافه نمود اشکال بلع، علامت ارزنده و در عین حال در تمام تومورهای مری ثابت میباشد و تنها مشکلی است

در آزمایش پرتو بینی و پرتو نگاری 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 و در وضعیت خوابیده به پشت بیش از حد آنرا پر مینماید و چون دنده‌ها در مجاور آن قرار دارند مانع بکار بردن فشار (کمپرسین) خواهند شد، ناچار بایستی بیمار بحال نیمه درازکش روی پشت باشد و پهلو چپ او را اندکی از تخت بالاتر قرار داد تا مخاط قسمت فوندوس به باریم آغشته شود. (شکل ۵) عکسبرداری در این وضعیت تغییر شکل مخاطی و حدود تومور را مشخص می‌سازد. تاورنیه (Tavernier) پیشنهاد می‌کند برای مطالعه دقیقتر قسمت تحتانی مری و کاردیا و فوندوس، انسوفلاسیون فیزیولوژیک انجام شود بدین نحو که بیمار برای خوردن باریم سعی کند چانه‌اش به استرنوم نزدیک شده یا بچسبد و باریم را مثل سوپ داغ بخورد. در این موقع امکان داخل شدن هوا همراه با باریم بیشتر خواهد شد (Aérophagie provoquée) و ناحیه تحتانی مری و تمام فوندوس متسع شده یک دابل کنتر است بوجود می‌آید (۱-۲) که باعث نشان دادن حدود تومور خواهد شد (شکل ۶).

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



شکل ۵ - درست راست فضای هوایی معده تصویر توموری باکناره صاف دیده میشود. در فیلم تهیه شده از ناحیه ازو کاردیو تو پروزیتتر تصویر تومور مدوری نمایان شده که اولسره میباشد.



شکل ۷ و ۸- تصویر توموری باکناره محدب و بالنسبه صاف در محل فضای هوایی معده که بعد از انسوفلاسیون هوا تهیه شده دیده میشود (ضمن خوردن مایع گر بناته).

شکل ۱۰ و ۹- تصویر تومور بزرگ باکناره لبوله و منظره پولیبوئید در فضای هوایی معده دیده میشود. در شکل ۹ قسمت بزرگی از فوندوس توسط تومور اشغال شده است و تصویر حفره در داخل حفره دیده میشود.



شکل ۶- در محل زیر دیافراگم چپ، سایه فضای هوایی معده کوچک شده و فاصله آن تا قاعده ریه بیش از عادی است. کناره راست فوندوس معده نامنظم شده است. در فیلم تهیه شده از ناحیه ازو کاردیو تو پروزیتتر، ضمن انسوفلاسیون منظره تومور این ناحیه بطور لبوله بهتر نمایان شده است. ناحیه کاردیا و انتهای تحتانی مری نیز دچار میباشد.

مطالعه کامل از فضای هوایی معده ضمن وارد کردن هوا میتوان قدرت اتساع و نرمش جدار را نیز با تهیه فیلمهای سینمایی بوضع دقیقتری مطالعه نمود (۲-۸۰).

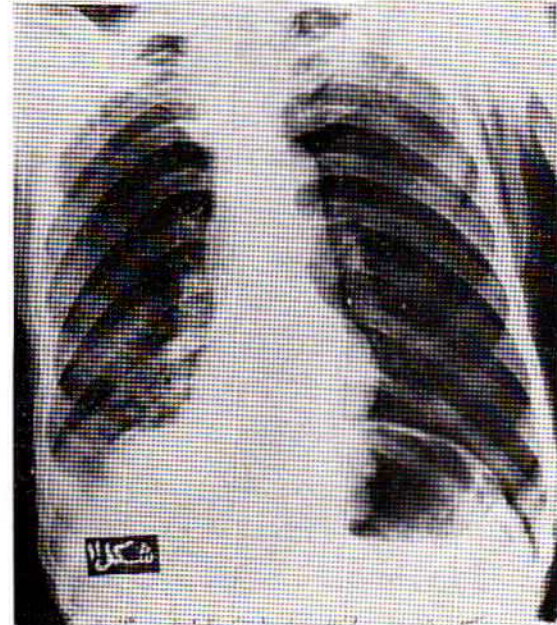


شکل ۱۳-۱۴- لنفوم ناحیه کاردیو تو برزیتتر- عریض شدن مخاط این ناحیه جلب نظر میکند قابل توجه، افزایش فاصله فضای هوایی معده و قاعده ریه چپ که نشانه انقباضیون جدار این قسمت از معده خواهد بود.

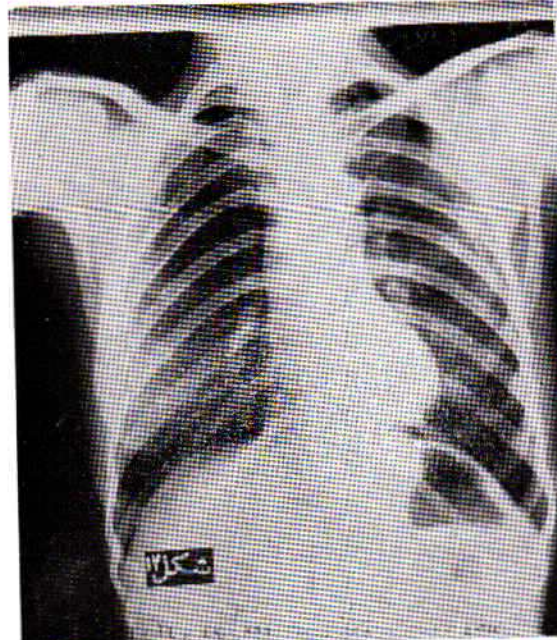
در رادیوسکپی، توجه بفاصله هوایی معده و دیافراگم لازمست. در صورت ضخیم بودن این ناحیه امکان انقباضیون جدار فونندوس را نمیتوان در نظر گرفت (شکل ۶-۱۳-۱۴). دقت در شکل فونندوس و فضای هوایی معده حتی در روی فیلم سینه گاه باعث تشخیص تومور این ناحیه میشود.

نتیجه: علاوه بر روشی که جهت مطالعه کاردیو فونندوس معده یاد آوری شد، با توجه باینکه تومور کاردیا ممکنست در نصف موارد در فضای هوایی معده روی عکس سینه قابل رؤیت باشد، در ملاحظه رادیوگرافی سینه توجه بسایه فونندوس و کاردیا ضرور بنظر میرسد. چنانچه ناصافی و یاسختی جدار در کناره قسمت هوایی معده دیده شد یا تصویر توده لبوله در قسمت راست این فضا مشاهده گردید بایستی به تومور کاردیا مشکوک شد و به آزمایش رادیولوژی از قسمت انتهائی مری و کاردیا و فونندوس مبادرت نمود. با توجه باینکه نزد ۷۵ بیمار ما، که کانسر کاردیا بطور اتفاقی دیده شد اشکال بلع وجود نداشته است. در اینصورت این علامت ارزنده بالینی تومورهای مری بنظر میرسد ارزش کمتری در تومور ناحیه کاردیا داشته باشد. چنانچه در ملاحظه فضای هوایی معده آثار مشکوک به تومور کاردیا دیده شد، منفی بودن بدی بلع نبایستی مانع از بررسی بیشتر ناحیه کاردیو تو برزیتتر با پاریم گردد.

این انسوفلاسیون فیزیولوژیک مزیت زیادی بر مصرف داروها و نوشابههای کربناته دارد و هیچگاه باعث اتساع شدید معده و ناراحتیهای ناشی از آن نمیشود و بمحض اینکه هوا بیش از اندازه داخل معده شد بیمار از بلع بیشتر خودداری خواهد کرد. برای



شکل ۱۱- بیمار مرد ۸۰ ساله ایست که برای عفونت پلوروپولمونر قاعده سمت راست مراجعه کرده است. منظره تومور بالنسبه بزرگ با حدود لبوله است. درست راست سایه هوایی معده دیده میشود.



شکل ۱۲- بیمار خانم ۳۵ ساله ایست که بعلت سرطان پستان چپ ماستکتومی شده. سایه پستان چپ دیده نمیشود و در فضای هوایی معده تصویر توموری بناکاره بالنسبه ناصاف مشهود است.

REFERENECS:

- 1- Bockus gastroentology 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'electrol) 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 Schaufier, 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.