

بررسی کارسینومای آمپول واتر و گزارش یک مورد آن

محله نظام پژوهشی

سال پنجم، شماره ۳، صفحه ۲۱۳-۲۵۳، ۱۳۹۵

دکتر حلال سیدفرشی - دکتر سید جعفر لواسانی*

شایع است و احتمال انتشار متاستاز به اعضای مجاور مثل معده و دوازدهه و ورید باب و اجوف نیز وجود دارد (۶).

علام بالینی

از نظر علام بالینی کارسینومای آمپول واتر و کلدوك و دوازدهه شبیه به کارسینومای سپانکراس میباشد. دود، در کارسینومای آمپول بیشتر به شکل کولیک و پرقران اکثراً متناوب و شدت آن کم است (۶). ترد بیمار ماهیچوقت زردی بالینی دیده نشده است. لاغری و وجود خون در مدفوع از علام شایع است (۴) (ملنای اولیه بیمارما). لرزوت پت شایع و علام دیگر گوارشی مثل اسهال، پیوست، تهوع و استفراغ غیر ثابت می باشد (۶).

طرق بررسی آزمایشگاهی و تشخیص

همترین طرق بررسی آزمایشگاهی برای تشخیص کارسینومای Periampullary area و پانکراس، انجام آزمون های متداول برای یافتن علت زردی های انسدادی است. اهمیت زیادی بین نسبت بیلیر و بین مستقیم و غیر مستقیم حتی در پرقران های انسدادی پیشرفت وجود ندارد ولی الگان فسماتاز غالباً افزایش مباید و گاهی این افزایش قبل از شروع زردی مشاهده میگردد (۶). ترانس آمینازها غالباً از ۵۰۰ واحد پائین ترند و او رو بیلینوژن مدفوع نیز اگر در ۲۴ ساعت از ۵ میلی گرم کمتر باشد ارش تشخیصی دارد. علام رادیولوژیک غیر اختصاصی است و تشخیص قطعی با آنها غالباً غیر ممکن می باشد.

کارسینومای آمپول واتر که در ۱۵۹ بیمار از نظر نوبلاسم Periampullary area پانکراس طبق گزارش Jordan (۸) مورد مطالعه قرار گرفته اند ۱۰٪ و بنابرگ ارش Webster (۱)

(بنی یک صد بیمار با شرایط مشابه) حدود ۴٪ بوده است. کارسینومای آمپول واتر از تومورهای نادر دستگاه گوارش باس متوسط ۵۵ سال است (۱۰) و ابتلاء بیشتر در مردان میباشد (۶). از آنجاکه تشخیص کارسینومای آمپول واتر و سپانکراس و قسمت انتهای کلدوك از یکدیگر حتی درین عمل هم مشکل است لذا بیماران مبتلا به این عارضه فوق الذکر بطور جمعی مورد مطالعه دانشمندان فرار گرفته اند. بنابرگ ارش Krain مرگ و میر ناشی از این ضایعات در حال افزایش میباشد (۳) و احیراً مطالعه مورد کارسینوز بودن مواد صفراء نیز منتشر گردیده است (۲).

پالوژی

بلت پانکراتیت همراه با ضایعات نوبلازیک پانکراس و آمپول واتر تشخیص ضایعه اولیه بسیار دشوار است. بین از تومورهای آمپول واتر بقدرتی کوچک هستند که حتی درین عمل جراحی پاسانی دیده نمیشود (۱) (مشابه بیمار ما) و خصوصاً در موقعی که انسداد صفر اوی خبلی زود اتفاق افتاده باشد وزردی بیماران بلت دفع قسمتهای نکروزه هر کزی تومور متناوب با جلوه گرسود. بین از جراحان معتقدند که تناوب زردی بیشتر در تومورهای خوش خیم نظاهر می کند در صورتی که در تومورهای بد خیم زردی دائمی است (۴). متاستاز لنفاوی و کبدی و تهاجم با اطراف عصب

* بیمارستان این سينا، دانشکده پژوهشی رازی، دانشگاه تهران.

و Retroperitoneal gas insufflation، آنژیوگرافی سلیاک جز درموارد اختصاصی اطلاعات خیلی زیادی در اختیار نمیگذاشد (۶).

تشخیص

در بیماری که زردی ندارد با وجود امکانات رادیو لوژیک و آزمایشگاهی واقعاً تشخیص کارسینوما مشکل است و در صورت وجود زردی از نظر تشخیص افتراقی تمام بیماری‌های را که مولد یرقان میباشند باید مورد توجه قرارداد (۶).

درمان و پیش‌بینی

درمان کارسینومای پانکراتیکودئونال فقط عمل جراحی ورزکسیون مناسب میباشد (عمل Whipple یا پانکراتیکودئونکتومی). این عمل در سالهای اولیه مرگ و میر زیادی داشت (۵۰٪) ولی اخیراً با توجه به پیشرفت‌های همه جانبه جراحی این نسبت به کمتر از ۱۰٪ تقلیل یافته است (۶۷). بدین عقیده اکثر جراحان این عمل در صورت وجود شرایط مناسب و طولانی نبودن سابقه یرقان، عمل مقبولی خواهد بود (۱).

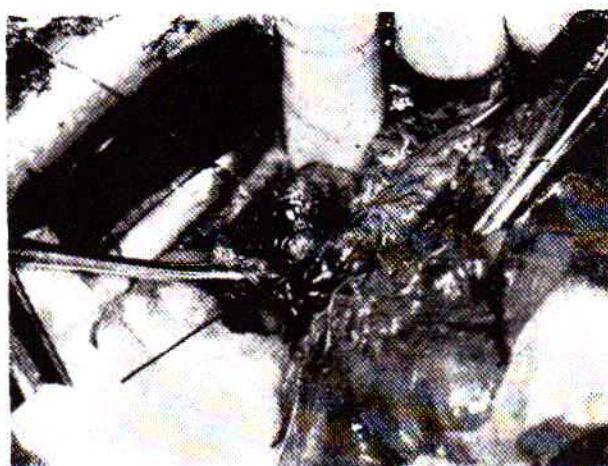
ماندگاری (Survival)، ۵ ساله بعداز برداشتن کارسینومای آمپول واتر در حدود ۳۶٪ گزارش شده است (۶). بسبب دیر تشخیص دادن این ضایعه، معمولاً نمیتوان از همه امکانات جراحی کارسینولوژیک (عمل پانکراتیکودئونکتومی) بهره‌مند شد ولذا اکثر اوقات به اعمال جراحی تسکینی متولّ می‌شویم و غالباً اینکه تیجه این اعمال گاهی فوق العاده چشمگیر است. کما اینکه بیمار مایش از یکسال است که از بهبود نسبی برخوردار میباشد.

Webster (۱) ۵۶ تن از یکصد بیمار خود را باروش جراحی تسکینی درمان ۱۳٪ زندگی بیش از یکسال در این عده گزارش کرده است. آمار جراحان دیگر نیز در این مورد فرق زیادی ندارد (۵).

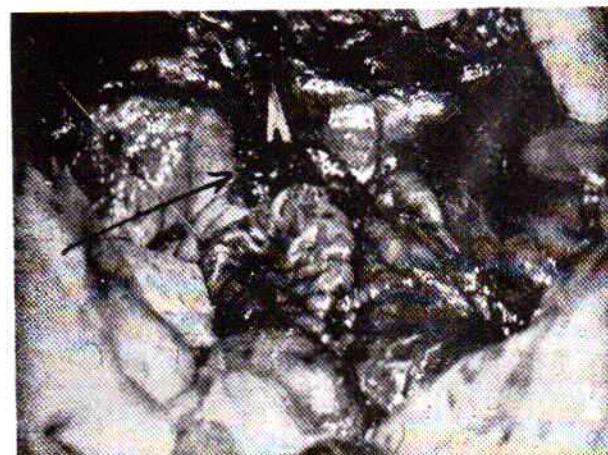
از آنجاکه عمل اساسی (رادیکال) متناسب مخاطرات فراوان است خصوماً نزد بیمارانی که بیلر و بین پیشتر از ۱۵ میلی گرم درصد وسن بالاتر از ۶۰ سال دارند، گمان میرود بیمارانی که مورد اعمال جراحی تسکینی قرار گرفته‌اند زندگی طولانی‌تری کرده و استفاده بیشتری از درمان برده باشند (۱).

شرح حال

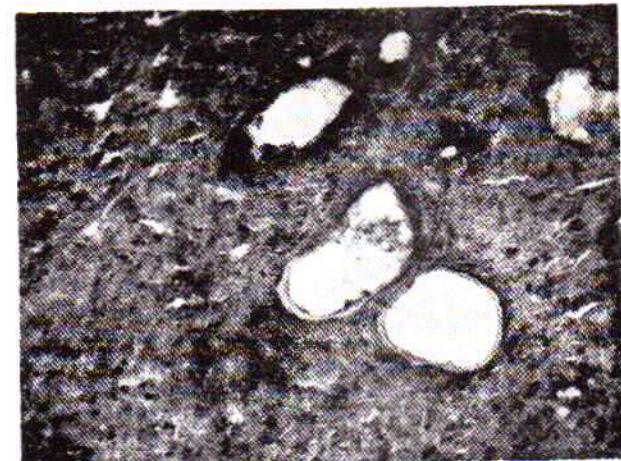
خانم فاطمه، س، ۴۵ ساله، در تاریخ ۵/۵/۵ بعلت درد شدید و مداوم اپی گاستر که به پشت و هردوشه تیر میکشید و با خوردن غذاهای چرب و ادویه شدیدتر میشد، به بیمارستان مراجعت کرد و ستری شد.



شکل ۱- عداز دلو بتوهی توهویر گل کلیه بابی بخوبی دیده میشود.
(بافش نشان داده شده است)



شکل ۲- با پنس با بکولک که باعلامت فلش نیز مشخص است توهوور بخوبی واضح است.



شکل ۳- نمای میکرو‌سکبی توهوور.

کلانژیوگرافی خوراکی و ساترینی مخصوصاً در موقعی که بیلر و بین متتجاوز از ۴ میلی گرم درصد باشد ارزش مختصری دارد و کلانژیوگرافی Trans hepatic و اسپلنتوبورتوگرافی

بیمار پس از ترمیم فتق و بهبود در ۵۲/۹/۲۲ مخصوص گردید. بیمار، بعد از این تاریخ در هر ماه ۲-۱ بار بدرمانگاه مراجعت نمود. گاهی رنگ مدفع اوسیاه می شد و گاهی دو ماہ قبل از مراجعه به بیمارستان احسان لاغری میکرد. بیمار دارای شوهر و فرزند مسلم است.

در میان راست، شکم بازشد. آناستوموز کیسه صفرا جدا و خود کیسه برداشته شد و از انتها مجرای سیستیک، کلدوکوگرافی بعمل آمد. مشاهده شد که کلدوکو متسع گشته است و تخلیه بسیار کندانجام میگیرد و پانکراس همان قوام و سفتی قبلی خود را دارد. با تشخیص وجود مانع در انتهای تحتانی کلدوک شروع به تغییر مسیر صفرا (دربو اسیون) به منظور کلدوکو دفعه نمود و بهمین دلیل بعداز دفعه نتومی سوندی از راه کلدوک وارد کردیم و ناحیه آمپول باشکنی شد. با کمال تعجب تومودرنم و گل کلمی و شکننده ای به اندازه يك نارنگی حس مشاهده شد و چون امکانات اطاق عمل وحال عمومی بیمار اجازه جراحی رادیکال را نمیداد لذا اقدام بدجرایی تسبیبی گردید و تومود بطور موضوعی برداشته و دوازدهه ترمیم شد. بعداز عمل بیمار دچار فلیتی های متعدد غفوی در طول ورید صافن داخلی پای راست گردید که همگی با انسزیون تخلیه شد و تحت درمان مناسب قرار گرفت. جواب آسید شناسی، تومود از نوع آدنو کارسینومای پاپیلر بود.

بیمار در تاریخ ۵۳/۹/۲۳ باحالات عمومی خوب مخصوص شد و پس از آن مرتباً پی گیری گردید.

در تاریخ ۵۴/۳/۲۵ دارای گرافی معده و انتی عذر بعمل آمد که نشانه ای از انسداد دیده نشد. در ۵۴/۴/۲۴ نیز دفعه نوسکوپی انجام شد که نشانه ای از تنگی محل عمل و یاعود بیماری مشاهده نگردید.

آزمایش خون، ۶ ماه بعد از آخرین عمل بدهین شرح میباشد. فسفاتاز آلکالن ۲/۲ U.B.L و کلسترول تام ۲۲۵ ویلیر و بین مستقیم ۴٪ و غیر مستقیم ۴٪ میلی گرم درصد. سرعت رسوب گلبولی ۱۲ میلی متر. همو گلوبین ۱۵ گرم و هماتوکریت ۴۵٪ و ۲۵ میلی متر. همو گلوبین ۱۵ گرم و هماتوکریت ۴۵٪ و ۲۴ S.G.P.T و ۱۶ S.G.O.T.

آزمایش ها طبیعی بود و خون پنهانی درمذکور دیده نشد. بدهین ترتیب با وجودی که بیماری پس از مدت مدبی از شروع آن تشخیص داده شده بود و عمل جراحی انجام شده نیز عمل تسبیبی به شمار می آمد، حال عمومی بیمار هنوز خوب است * و نشانه ای از عود بیماری حتی در آزمایش Scanning نزد او دیده نمیشود.

بطور خلاصه اهمیت موضوع در تشخیص بهنگام بیماری است و فقط با توجه به این عارضه در مواردی که عالم مشکوک وجود دارد

* تاریخ انتشار این شماره بیمار سالم بوده و شکایتی ندارد.

در طی ۴ سالی که دچار این ناراحتی بود گاهی استفراغ صفر اوی داشت و یکی دوبار نیز خون در استفراغ او دیده شده بود. گاهی رنگ مدفع اوسیاه می شد و یکی دو ماہ قبل از مراجعه به بیمارستان احسان لاغری میکرد. بیمار دارای شوهر و فرزند مسلم است.

در معاینه کمی رنگ پریده و کم خون بود و در اندام ها عارضه ای بجز یک فتق ناف نداشت. در آزمایش خون جز از دیاباد سرعت رسوب گلبولی (۱۲ میلی متر در ساعت اول و ۱۷ میلیمتر در ساعت دوم)، نکته مهمی دیده نشد.

بیمار در ۵۱/۵/۱۱ عمل و کیسه صفرا با فشار دست خالی شد و چون اولسرپتیک و ضایعه دیگری دیده نشد لذا به ترمیم فتق پرداختیم و پس از بهبود مخصوص گردید.

در تاریخ ۵۲/۳/۱۰ بعلت عود فتق ناف و شکایت از درد ناحیه اپی گاستروزیز کرد، مراجعت کرد و بستری شد. آزمایش خون این مرتبه نیز غیر از سرعت رسوب کمی گلبولی بالا (۳۰ و ۱۷ میلیمتر) نکته مهمی را نشان نداد. بیمار بازدیگر جهت ترمیم فتق و تجسس درون شکم مورد لایه اراداتومی قرار گرفت. کبد طبیعی بمنظور مسید و کیسه صفرا بزرگتر از اندازه عادی بود و مجاری صفر اوی اتساع داشت. لذا کلانزیو گرافی از راه کیسه صفرا بعمل آمد. کلدوک در تمام مسیر متسع ولی در انتهای کاملاً باریک بود و سایه سنگ مشاهده نشد. پانکراس در لمس مانند شمع سفت بود و بهمین دلیل یک تکه برای بیوپسی از آن برداشتم با احتمال سرطان پانکراس تصمیم به عمل پانکراتیکو دفعه نکوتومی گرفته شد؛ اما کمی بعداز شروع باین عمل بجهات تکبیکی و عوامل بیهوشی از آن صرف نظر و اقدام به کله سیستو گاستروستومی و گاسترو آترستومی کردیم. نتیجه بیوپسی پانکراتیت مزم من اعلام گردید. (بر اساس مقالات طبی متعددی که در این باره انتشار یافته است بسیاری از بیماران مبتلا به مضایعات بد خیم آمپول واتر و کلدوک که در بدو امر غیر از اتساع کلدوک ضایعه دیگری در آنان نیافتاند، جواب بیوپسی اولیه فقط پانکراتیت مزمن گزارش گردیده است).

بیمار ۱۶ روز بعد مخصوص شد.

بیمار برای بار سوم در تاریخ ۵۲/۸/۲۳ بعلت وجود فتق محل درن عمل قبلی (ناحیه زیر کبد) و شکایت از ترش کردن و احساس صفر از دردهان که ناشی از وجود آناستوموز کیسه صفرا بود، مراجعت کرد و بستری شد. این مرتبه غیر از سرعت رسوب گلبولی ۴۰ و ۲۰ میلیمتر و فسفاتاز آلکالن ۲/۹ U.B.L (Bassey-lowry) ویلیر و بین مستقیم ۹٪ میلی گرم و غیر مستقیم ۱٪ میلی گرم درصد و تیمول ۳ واحد Mac-Lagan U.M. به نکته جالبی برخوردم.

که شامل اتصال معده به زونوم (Gastroenterostomy) و تغییر مسیر صفراء میباشد و تایج نسبتاً خوبی نیز در بردارد، عاقلانه تر به نظر می رسد و ماندگاری «Survival» بیشتری به مراد دارد.

میتوان به تایج مطلوب رسید. انجام عمل پانکراتیکودنکتومی در زمانی که اندیکاسیون واقعی جراحی رادیکال موجود باشد، مقبول بوده است در غیر اینصورت استفاده از اعمال جراحی تسکینی

REFERENCES:

- 1- The British Journal of Surgery vol. 62 (1975) 130_134.
- 2- Wynder E. L., Mabuchi K., Maruchi N. and Forthner J. G. A case control study of cancer of pancreas. (1973). Cancer 31, 641_648.
- 3- Krain L.S. The rising incidence of carcinoma of the pancreas. An epidemiological appraisal, Am. J. Gastroenterol. (1970). 54, 500_507.
- 4- Text book of surgery, Cole and Zollinger (1970).
- 5- Gill W., Carter D. C. and Durie B. Retroperitoneal tumours. A review of 134 cases. J.R. Coll. Surg. Edinb (1970). 15, 213_221.
- 6- Principles of surgery, schwartz et al. (1974).
- 7- Text book of surgery, Davis_Christoffer (1972).
- 8- Jordan, G.L.Jr.: Benign and malignant tumors of the pancreas and the periampullary region, in J.M. Howarb and G.L. Jordan, Jr. (eds.), «surgical diseases of the pancreas», J. B. lippincott company, philadelphia, 1960.
- 9- Grieve D.C. Adenocarcinoma of the pancreas. A review of 100 cases J.R. Coll. Surg. Edinb. (1973). 18, 221_226.
- 10- Gastrointestinal pathology, basil C. Morson, I.M.P. Dawson, 1972.
- 11- Arlo S. Hermreck, M.D. PHD, kansas. Importance of pathologic staging in the surgical management of adenocarcinoma of the exocrine pancreas. The American Journal of Surgery (1974). 127, 653_657.