گزارش یك مورد لیومیوم خلف صفاق و نظری به نشریات موجود درباره تومرهای خلف صفاق

مجلهٔ نظام پزشکی
سال ششم ، شمارهٔ ۲ ، صفحه ۱۰۶ ، ۲۵۳۶

دکتر محمد رحیم اکبر * دکتر آندرانیك میناسکان *

مقدمه :

معمولاً تومورهای مربوط به کلیه، حالب، غدد آدرنال، لوزالمعده (پانکراس)، روده وتومورهای متاستاتیك غددلنفاوی خلف صفاق را ازتومورهای ناحیه خلف صفاق جدا محسوب میدارند وبااین حساب تومرهای خلف صفاق بسیار نادرهستندوغالباً بیش از ۸۰٪ موارد بدخیم میباشند. ذیلاً یك موردلیومیوم خلف صفاق گزارش میشود.

شرح حال بیمار:

خانم ر-ر، پنجاه ساله، شغل خانه‌دار، اهل وساکن خراسگان از توابع اصفهان، بعلت درد زیرشکم و کمر به‌درمانگاه بیماریهای زنان مراجعه می کند.

تاریخچه بیمار:

طبق اظهاربیمار دردهای موجود ازحدود یکسال قبل شروع شده است. محل درد بیشتر در پهلـوی چپ و بصورت کولیك بوده که هنگام خوابیدن برشدت آنها افزوده میشده است.
دردها بتدریج زیادترشده وبااحساس فشاروسنگینی درقسمت پائین شکم همراه بوده‌است. پنج‌بار حامله شده و وضع حمل کرده‌است. سقط نداشته سه دختر و دو پسرسالم دارد. آخرین قاعدگی خود را حدود ده سال قبل ذکر میکند. نخستین قاعدگی در چهـارده سالگی منظم وهر بیست و هشت روز یکبار به مدت هفت روزبوده است. نکته قابل ذکر دیگری درسابقه بیمار نیست.

آزمایش فیزیکی- درلمس‌شکم توده‌ای باقوام سخت نامنظم وکمی متحرك باندازه ۲۴ × ۲۰ سانتیمتر ازحدود ناف به‌پائین شکم، نشانه مثبت دیگری‌موجود نبود. توده تاحدودی بطرف‌چپ متمایل بود. قلب وریه سالم‌بود. کبد، کیسه صفرا، طحال‌وکلیه‌هاقابل‌لمس نبود. حساسیت در ناحیه پهلوها وجود نداشت.

معاینه دستگاه تناسلی:

انـدك اتروفی فرج همـراه باواژینیت سنیل موجود بود ، بعلت اکتروپیون، دهانه رحم تمایل به‌خونریزی درتماس‌داشت. ضمناً ضایعات‌زخمی‌درحدودساعت۵و۷دیده میشد که وجودعفونت مزمن را تأیید میکرد . توده‌ای حدود ۲۴ هفته حاملگی با قوام سخت وغیرمتحرك درلگن‌حس می‌شد. تومور دردناك نبود وبنظرمیرسید مربوط به رحم باشد ورحم جدا ازآن حس نمیشد. اندازه حفره رحم با هیسترومتر حدود ۸ سانتیمتر بود. آنکس‌ها قابل لمس و یا دردناك نبودند . بیمار با تشخیص تـومور لگن با احتمال در درجه اول میوم رحم و در درجه دوم تومور تخمدان ، در بخش زنان بیمارستان ثریا بستری شد.

آزمایش‌های انجام شده : فرمول وشمارش گلبول ، قند و اوره خون و آزمـایش کامل ادرار طبیعی‌بود. آزمون حاملگی بطریقه گراواینداکس منفی‌بود. عکس قفسه صدری احتمال وجود مختصر ارتشاح را درقسمت تحتانی ریه‌ها نشان داد. الکتروکاردیوگرافی مختصری تغییـرات غیراختصاصی و تاکیکاردی سینوسی را نشان

* دانشکده پزشکی ـ دانشگاه اصفهان .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

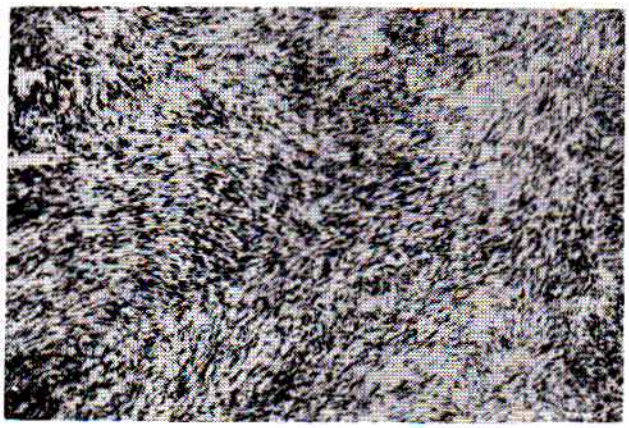
میداد. درپیلوگرافی در عکس ساده شکم کدورت در پهلوی چپ همراه باکالسیفیکاسیون‌های پراکنده دربعضی از نقاط آن وسنگی نیز درکیسه صفرا دیده میشد. درضمن نشانه‌های عارضه آرتروز در L4 و L5 موجود بود. پس از تزریق ماده حاجب عکس‌های مختلف نشان میدادند که دستگاه ادراری طرف راست طبیعی است ولی درطرف چپ کلیه کمی بالاتر وقسمت تحتانی آن فشرده شده‌است. تغییر شکل لگنچه وحالب چپ که شدیداً به جلو رانده شده بود، دیده میشد. با توجه باین نشانه‌ها گزارش رادیولژیست وجود یك تومورخلف صفاق طرف چپ‌را با احتمال خوش‌خیمی گزارش کرد.



شکل ۱

شرح عمل:

درمعاینه احشاء داخل‌شکم ولگن‌معلوم‌شد که‌تومور درخلف صفاق است وارتباطی بادستگاه تناسلی ندارد. دستگاه تناسلی کاملاسالم وجدا از تومور بود. معده، طحال، کبد، کلیه‌ها و روده‌ها سالم بودند. درکیسه صفرا یك سنگ موجود بود وحالب چپ ازسطح قدامی تومور متمایل به‌خط وسط درست از روی تومورمیگذشت. تومور دارای قوام سخت غیرمتحرك و باندازه ۱۰ × ۱۰ × ۱۵ سانتیمتر بود. برش تا زیرزائده خنجری ادامه داده شد وباکمك یکی از همکاران گروه جراحی تومور یکپارچه جدا و خارج گردید (شکل شماره یك).

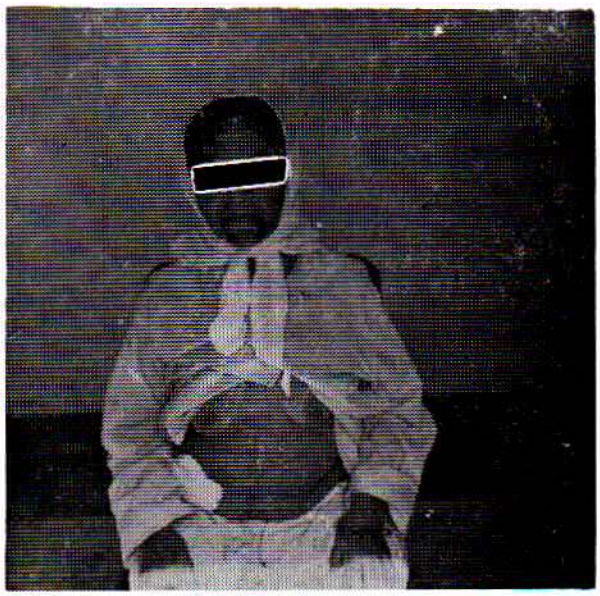


شکل ۲

بیمار عمل جراحی وبیهوشی را بخوبی تحمل کرد.

آزمایش میکروسکپی: هیپرتروفی بافت عضلانی‌همراه بااستحاله و واکنش سلولهای آماسی را نشان میداد و تشخیص قطعی میوم همراه بادژنرسانس بود (شکل شماره ۲).

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



شکل ۳

بحث:

تومورهای کلیه، حالبها، غدد سورنال، لوزالمعده، روده وهمچنین تومورهای‌متاستاتیك غددلنفاوی‌خلف صفاق را از گروه‌تومورهای خلف صفاق جدا محسوب میدارند وبااین حساب تومورهای‌خلف صفاق دسته نادری از نئوپلاسم‌های بدن را تشکیل‌میدهند.

شایعترین تومورهای خلف صفاق اولیه لنفومها، مخصوصاً لنفو - سارکوم، بیماری هوچکین و سارکوم باسلولهای رتیکولر سپس لیپوسارکوم‌میباشند. طبق گزارش Mon و Braasch فیبروسارکوم ازهمه‌شایع‌تراست. برطبق گزارش Tabah و Pack بطور کلی ۸۰٪ تومورهای خلف صفاق بدخیم‌اند وبنابراین تومورهای خوش‌خیم خلف صفاق بسیار نادروفقط ۲۰٪ تومورهای خلف صفاق میباشند.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

در گزارش‌های علمی خیلی کم بآنها اشاره شده‌است ومعمولا پس‌از برداشتن تمایل بعود دارند.

بموجب گزارش (Arthur Stout) دربخش آسیب شناسی دانشگاه کلمبیا ، نیویورك بین سالهای ۱۹۰۵ تا۱۹۴۵ یعنی درفاصله ۴۶ سال مجموعاً ۷۵ تومور نیك 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 ـ تومورهای با منشاء مزودرمی :

اول ـ بافت چربی

۱ـ نیك خیم مثل لیپوم

۲ـ بدخیم مثل لیپوسارکوم

دوم ـ بافت عضلانی صاف

۱ـ نیك‌خیم مثل لیومیوم

۲ـ بدخیم مثل لیومیوسارکوم

سوم ـ تومورهای بامبداء بافت پوششی

۱ـ نیك خیم مثلا فیبروم

۲ـ بدخیم مثل فیبروسارکوم

چهارم ـ تومورهای عضلات مخطط

۱ـ نیك‌خیم مثل را بدومیوم

۲ـ بدخیم مثل را بدومیوسارکوم

پنجم ـ تومورهای عروق لنفاوی وغدد لنفاوی

۱ـ نیك‌خیم مثل لنفانژیوم ـ لنفوم

۲ـ بدخیم مثل لنفانژیوسارکوم ـ لنفوسارکوم ـ بیماری هوچکین وسارکوم باسلولهای رتیکولر

ششم ـ تومورهای عروق خونی

۱ـ خوشخیم مثل همانژیوم

۲ـ بدخیم مثل آنژیوسارکوم

هفتم ـ تومورهای بامنشاء مزانشیمی جوان

۱ـ خوشخیم مثل میکسوما

۲ـ بدخیم مثل میکسوسارکوما

ب ـ تومورهای بافت عصبی

اول ـ بامنشاء رشته‌های عصبی

۱ـ خوشخیم مثل‌نورنیوم

۲ـ بدخیم مثل شوانم

دوم ـ تومورهای بامنشاء بافت سمپاتیك

۱ـ خوشخیم مثل گانگلیونوروم

۲ـ بدخیم مثل سمپاتیکوبلاستوم ـ نوروبلاستوم .

سوم ـ تومورهای با منشاء قشر آدرنال با سلولهای کرومافین

۱ـ خوشخیم مثل فئوکروموسیتوم خوشخیم ـ پاراگانگلیوم

۲ـ بدخیم مثل فئوکروموسیتوم بدخیم ـ کارسینوم قشر آدرنال

پ ـ تومورهای بقایای بلاستوم (بافت جوان) کلیه.

ت ـ تومورهای بافت جنینی

۱ـ نیك خیم مثل تراتومهای خوشخیم

۲ـ بدخیم مثل تراتومهای بدخیم وکورودما

ث ـ تومورهای متاستاتیك .

نشانه‌های بالینی :

بعلت قابل اتساع بودن ناحیه خلف صفاق این تومورها ممکن است قبل ازایجاد نشانه‌ها خیلی بزرگ شوند. نخستین شکایت در ۵۰٪ موارد درداست و دریك سوم بیماران بزرگ‌شدن واحساس یك توده در شکم میباشد.

نشانه‌های دستگاه گوارش، کمر درد، درد و خیز پاها ، نشانه‌های ادراری و تب نیز هرکدام بندرت میتوانند از نشانه‌های اولیه بیماری باشند. در آزمایش‌های بالینی‌احساس یك تومور ثابت یا متحرك که معمولا دردناك نیست و یا خیز و واریس در پاها یا واریکوسل، نشانه‌های‌عصبی‌وجابجائی کبدوماتیته دردق‌ناحیه‌پهلوو کمر، ممکن‌است همراه باتومورموجودباشد. دربین‌آزمایش‌های پیرابالینی مهمتر از همه پرتونگاری مخصوصاً پیلوگرافی همراه باعکس‌های‌روبرو و نیم‌رخ است . درکلیشه‌های بیمار فوق‌الذکر انحراف حالب وجابجائی کلیه ورابطه تومور بادستگاه‌ادراری را میتوان مشاهده کرد. ازرادیوگرافی‌دستگاه گوارش‌باماده حاجب و تزریق‌اکسیژن درخلف‌صفاق‌نیزمیتوان برای‌نشان دادن محتویات فضای‌خلف‌صفاق استفاده کرد. ضمناً‌ازآئورتوگرافی و ونوگرافی نیزمیتوان برای‌این‌منظوراستفاده‌برد . هنگام جراحی‌دیده میشود که اغلب این تومورها به اعضای حیاتی دست‌اندازی کرده و عروق خونی بسیار زیادی را دربرگرفته اند . فقط در حدود ۲۰٪ بیماران باعمل جراحی قابل علاج هستند و در ۱۰٪ تا۲۵٪ نیز مرگ ومیر هنگام عمل جراحی وجود دارد . گاهی برای نجات جان بیمار باید یك‌کلیه 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 وبیش به‌اشعه حساس‌هستند ، باید پرتو درمانی‌بعداز عمل انجام داد و یا درصورت لزوم شیمی درمانی کرد.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

خلاصه:

بیماری ۵۰ ساله، بعلت درد زیرشکم و کمر به بیمارستان مراجعه و باتشخیص تومور لگن بستری گردید . در آزمایش‌های مختلف احتمال وجود یك تومور خلف صفاق خوشخیم و سنگ کیسهٔ 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 یك 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 آسیب‌شنای میسر است. بنابراین با امکانات تشخیص فعلی هر تومور خلف صفاق را باید بدخیم محسوب کرد تاخلاف آن ثابت شود. برای تشخیص تومورمیتوان از تزریق گازاکسیژن درخلف صفاق وپیلوگرافی ورادیوگرافی با ماده حاجب از دستگاه گوارش و تنفیه باریم و آئورتوگرافی استفاده کرد. از اولتراسون نیزمی‌توان برای تشخیص این نوع تومورها استفاده کرد.

درمان عبارت از برداشتن کامل تومور و درصورت لزوم پرتو- درمانی وشیمی درمانی پس ازعمل میباشد.

درپایان از دکترغلامرضا بهشتی برای کمك مؤثردرعمل جراحی وازگروه بیهوشی وآزمایشگاه و رادیولژی و همچنین از دکتر پرویزدبیری بخاطر مطالعات آسیب‌شناسی تشکر می کنیم.

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, Fascices 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.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]