

گزارش یک مورد لیو میوم خلف صفاق و نظری به نشایات موجود در باره تومرهاي خلف صفاق

مجله فلام پژوهشی

سال ششم ، شماره ۲ ، صفحه ۱۰۶ - ۲۵۳۶

* دکتر محمد رحیم اکبر * دکتر آندرانیک میناسکان *

آزمایش فیزیکی- در لمس شکم توده‌ای با قوام سخت نامنظم و کمو متحرک باندازه 24×20 سانتیمتر از حدود ناف بدپائین شکم، نشانه مثبت دیگری موجود نبود. توده تا حدودی بظرفچه متمایل بود. قلب و ریه سالم بود. کبد، کیسه صفراء، طحال و کلیه ها قابل لمس نبود. حساسیت در ناحیه پهلوها وجود نداشت.

معاینه دستگاه تنفسی:

اندک اترووفی فرج همراه با اوایزینیت سنبل موجود بود، بعلت اکتروپیون، دهانه رحم تمایل به خونریزی در تماس داشت. ضمناً ضایعات زخمی در حدود ساعت ۵ و ۷ دیده میشد که وجود عفونت مزمن را تأیید میکرد. توده‌ای حدود ۲۴ هفتۀ حاملگی با قوام سخت و غیرمتحرک در لگن حس می‌شد. تومور در دنک نبود و بنظر میرسید مر بوط به رحم باشد و رحم جدا از آن حس نمیشد. اندازه حفره رحم با هیسترومنتر حدود ۸ سانتیمتر بود. آنکه‌ها قابل لمس و یا در دنک نبودند. بیمار با تشخیص تومور لگن با احتمال در درجه اول میوم رحم و در درجه دوم تومور تخدمان، در بخش زنان بیمارستان ثریا بستری شد.

آزمایش‌های انجام شده: فرمول و شمارش گلبول، قند و اوره خون و آزمایش کامل ادرار طبیعی بود. آزمون حاملگی بطریقه گراوایندکس منفی بود. عکس قفسه صدری احتمال وجود مختصراً ارتشاخ را در قسمت تحتانی ریه‌ها نشان داد. الکتروکاردیوگرافی مختصراً تغییرات غیر اختصاصی و تاکیکاردي سینوسی را نشان

مقدمه:

عمولاً "تومورهای مر بوط به کلیه، حلب، غدد آدرنال، لوزالمعده (پانکراس)، روده و تومورهای متاستاتیک غدد لنفاوی خلف صفاق را از تومورهای ناحیه خلف صفاق جدا محسوب میدارند و با این حساب تومورهای خلف صفاق بسیار نادر هستند و غالباً بیش از ۸٪ موارد بدخیم میباشند. ذیلاً یک مورد لیومیوم خلف صفاق گزارش میشود.

شرح حال بیمار:

خانم در، پنجاه ساله، شغل خانه‌دار، اهل وساکن خراسان از توابع اصفهان، بعلت درد زیر شکم و کمر بدرمانگاه بیماریهای زنان مراجعه می‌کند.

تاریخچه بیمار:

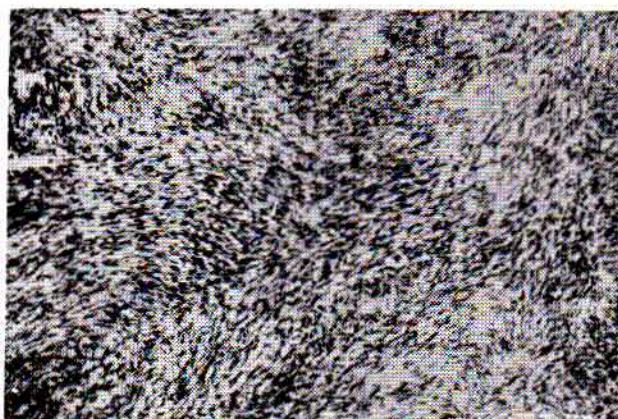
طبق اظهار بیمار دردهای موجود از حدود یک سال قبل شروع شده است. محل درد پیشتر در پهلوی چپ و بصورت کولیک بوده که هنگام خوابیدن بر شدت آنها افزوده میشده است.

دردها پتدریج زیادتر شده و با احساس فشار و سنگینی در قسمت پائین شکم همراه بوده است. پنج بار حامله شده و وضع حمل کرده است. سقط نداشته سه دختر و دو پسر سالم دارد. آخرین قاعدگی خود را حدود ده سال قبل ذکر میکند. نخستین قاعدگی در چهارده سالگی منظم و هر ییست و هشت روز یکبار به مدت هفت روز بوده است. نکته قابل ذکر دیگری در سابقه بیمار نیست.

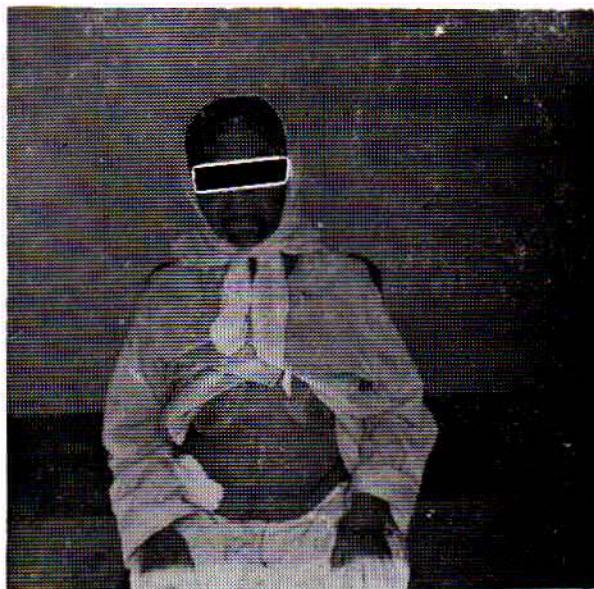
* دانشکده پژوهشی - دانشگاه اصفهان.



شکل ۱



شکل ۲



شکل ۳

میداد. در پیلوگرافی در عکس ساده شکم کدورت در پهلوی چپ همراه با کالسیفیکاسیون‌های پراکنده در بعضی از نقاط آن و سنگی نیز در کیسه صfra دیده میشد. در ضمن 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 در طرف چپ کلیه کمی بالاتر و قسمت تحتانی آن فشرده شده است. تغییر شکل لگنچه و حالت چپ که شدیداً به جلو رانده شده بود، دیده میشد. با توجه باین نشانه‌ها گزارش رادیولوژیست وجود یک تومور خلف صفاق طرف چپ را با احتمال خوش‌خیمی گزارش کرد.

شرح عمل:

در معاینه احتیاج داخل شکم ولکن معلوم شد که تومور در خلف صفاق است و ارتباطی با دستگاه تناسلی ندارد. دستگاه تناسلی کاملاً سالم و جدا از تومور بود. معده، طحال، کبد، کلیه‌ها و روده‌ها سالم بودند. در کیسه صfra یک سنگ موجود بود و حالت چپ از سطح قدامی تومور متمایل به خط وسط درست از روی تومور میگذشت. تومور دارای قوام سخت غیرمتحرک و باندازه $10 \times 10 \times 15$ سانتیمتر بود. بر ش تا زیر زائده خنجری ادامه داده شد و با کمک یکی از همکاران گروه جراحی تومور یکپارچه جدا و خارج گردید (شکل شماره یک).

یمار عمل جراحی ویهوشی را بخوبی تحمل کرد. آزمایش میکروسکوپی: هیپرترووفی بافت عضلانی همراه با استحالة و واکنش سلولهای آماسی را نشان میداد و تشخیص قطعی میوم همراه با دیگر سانس بود (شکل شماره ۲).

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

بحث:

تومورهای کلیه، حالبها، غدد سورنال، لوزالمعده، روده و همچنین تومورهای متاستاتیک غدد لنفاوی خلف صفاق را از گروه تومورهای خلف صفاق جدا محسوب میدارند و با این حساب تومورهای خلف

صفاق دسته نادری از ثپولازم‌های بدن را تشکیل میدهند.

شایعترین تومورهای خلف صفاق اولیه لنفومها، مخصوصاً لنفو-سارکوم، یماری هوچکین و سارکوم باسلوهای ریتکول سپس لیپوسارکوم میباشند. طبق گزارش Braasch و Mon Pack بطور کلی $\approx 80\%$ تومورهای خلف صفاق بدخیم‌اند و بنابراین تومورهای خوش‌خیم خلف صفاق بسیار نادر و فقط $\approx 20\%$ تومورهای خلف صفاق میباشند.

- بد خیم مثل سپا تیکو بلاستوم - نورو بلاستوم .
- سوم - تومورهای با منشاء قشر آدرنال با سلولهای کرومافین
- ۱- خوشخیم مثل فتو کرومومو سیتوم خوشخیم - پاراگانگلیوم
- ۲- بد خیم مثل فتو کرومومو سیتوم بد خیم - کارسیتوم قشر آدرنال
- ب - تومورهای بقایای بلاستوم (بافت جوان) کلیه.
- ت - تومورهای بافت جنینی
- ۱- نیک خیم مثل ترا اتوهای خوشخیم
- ۲- بد خیم مثل ترا اتوهای بد خیم و کورودما
- ث - تومورهای متاستاتیک .

نشانه‌های بالینی :

بعلت قابل اتساع بودن ناحیه خلف صفاق این تومورها ممکن است قبل از ایجاد نشانه‌ها خیلی بزرگ شوند. نخستین شکایت در ۵۰٪ موارد در دادست و دریک سوم بیماران بزرگ شدن و احساس یک توده در شکم می‌باشد.

نشانه‌های دستگاه گوارش، کمر درد، درد و خیز پاها، نشانه‌های ادراری و تب نیز هر کدام بندرت میتوانند از نشانه‌های اولیه بیماری باشند. در آزمایش‌های بالینی احساس یک تومور ثابت یا متحرک که معمولاً در دنائک نیست و یا خیز و واریس در پاها یا واریکوسل، نشانه‌های عصبی و جابجایی کبدوماتیته در دقدناحیه پهلو و کمر، ممکن است همراه با تومور موجود باشد. درین آزمایش‌های پیرا بالینی مهمتر از همه پرتو نگاری مخصوصاً پلورگرافی همراه با عکس‌های روبرو و نیم رخ است. در کلیشهای بیمار فوق الذکر انتراف حاصل و جابجایی کلیه و رابطه تومور با دستگاه ادراری را میتوان مشاهده کرد. از رادیو گرافی دستگاه گوارش بامداد حاجب و تزریق اکسیژن در خلف صفاق نیز میتوان برای نشان دادن محتویات فضای خلف صفاق استفاده کرد. ضمناً از آئور تو گرافی و ونو گرافی نیز میتوان برای این منظور استفاده برد. هنگام جراحی دیده می‌شود که اغلب این تومورها به اعضای حیاتی دست اندازی کرده و عروق خونی بسیار زیادی را در بر گرفته اند. فقط در حدود ۲۰٪ بیماران با عمل جراحی قابل علاج هستند و در ۱۰٪ تا ۲۵٪ نیز مرگ و میر هنگام عمل جراحی وجود دارد. گاهی برای نجات جان بیمار باید یک کلیه 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 ویش باشند، باید پرتو درمانی بعد از عمل انجام داد و یا در صورت لزوم شیمی درمانی کرد.

در گزارش‌های علمی خیلی کم با آنها اشاره شده است و معمولاً پس از برداشتن تمایل به عود دارند.

بهوج گزارش (Arthur Stout) در بخش آسیب شناسی دانشگاه کلمبیا، نیویورک بین سالهای ۱۹۰۵ تا ۱۹۴۵ یعنی در فاصله ۴۶ سال مجموعاً ۷۵ تومور نیک خیم خلف صفاق دیده شده که فقط شش مورد آن لیومیوم بوده است.

طبقه بندی تومورهای خلف صفاق طبق نظر Ackerman بشرح ذیر است:

الف - تومورهای با منشاء مزودرمی :

اول - بافت چربی

۱- نیک خیم مثل لیپوم

۲- بد خیم مثل لیپوسارکوم

دوم - بافت عضلانی صاف

۱- نیک خیم مثل لیومیوم

۲- بد خیم مثل لیومیوسارکوم

سوم - تومورهای با مبداء بافت پوششی

۱- نیک خیم مثل فیبروم

۲- بد خیم مثل فیبروسارکوم

چهارم - تومورهای عضلات مخطاط

۱- نیک خیم مثل را بدمیوم

۲- بد خیم مثل را بدمیوسارکوم

پنجم - تومورهای عرق لنفاوی و غدد لنفاوی

۱- نیک خیم مثل لنفانژیوم - لنفوم

۲- بد خیم مثل لنفانژیوسارکوم - لنفسارکوم - بیماری

هوچکین وسارکوم با سلولهای رتیکولر

ششم - تومورهای عرق خونی

۱- خوشخیم مثل همانژیوم

۲- بد خیم مثل آنژیوسارکوم

هفتم - تومورهای با منشاء مزانشیمی جوان

۱- خوشخیم مثل میکسوما

۲- بد خیم مثل میکسوسارکوما

ب - تومورهای بافت عصبی

اول - با منشاء رشته‌های عصبی

۱- خوشخیم مثل نورنیوم

۲- بد خیم مثل شوانم

دوم - تومورهای با منشاء بافت سپا تیک

۱- خوشخیم مثل گانگلیو نوروم

خلاصه:

محسوب کرد تاختلاف آن ثابت شود. برای تشخیص تومور میتوان از تزریق گاز اکسیژن در خلف صفاق و پیلو گرافی و رادیو گرافی با ماده حاجب از دستگاه گوارش و تنفسه باریم و آئور تو گرافی استفاده کرد. از اولتراسون نیز میتوان برای تشخیص این نوع تومورها استفاده کرد.

درمان عبارت از برداشتن کامل تومور و در صورت لزوم پرتو-درمانی و شیمی درمانی پس از عمل میباشد.

در پایان از دکتر غلامرضا بهشتی برای کمک مؤثر در عمل جراحی واژگروه بیهوشی و آزمایشگاه و رادیولری و همچنین از دکتر پرویز دیری بخاطر مطالعات آسیب‌شناسی تشکر می‌کنیم.

بیماری ۵۰ ساله، بعلت درد زیر شکم و کمر به بیمارستان مراجعت و با تشخیص تومور لگن بستری گردید. در آزمایش‌های مختلف احتمال وجود یک تومور خلف صفاق خوشبخت و سنگ کیسه صفراء داده شد. بیمار به اطاق عمل برد و پس از باز کردن شکم وجود سنگ کیسه صفراء و تومور خلف صفاق مسلم گردید. آزمایش‌های آسیب‌شناسی وجود یک دلیومیوم استحاله یافته خوشبخت 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 آسیب‌شناسی میسر است. بنابراین با امکانات تشخیص فعلی هر تومور خلف صفاق را باید بدخیم.

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, Fascicles 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.