

لیومیوبلاستوم معده از نوع پارازیتیک (Gastric-Leiomyoblastoma)

دکتر جلیل برادران*

مقدمه:

Martin و همکارانش برای نخستین بار در سال ۱۹۶۰ (۷) توموری غیرعادی از عضلات صاف جدار معده را شرح داده آنرا تومور میوئید (Myoid Tumor) نامیدند. از شش مورد گزارش شده توسط این دانشمند یک مورد آن بدخیم بود.

Stout (۷) در سال ۱۹۶۲، با مطالعه روی ۶۹ مورد، نام لیومیوبلاستوم را برای این گروه از تومورها انتخاب نمود و عقیده داشت که آنها را نمیتوان جزء دسته لیومیومها و یا لیومیوسارکومها قرار داد. این تومورها معمولاً خوشخیم بوده، در موارد نادری بدخیم شده متاستاز میدهند چنانکه از ۶۹ مورد مطالعه شده، فقط ۲ مورد آن بدخیم بوده است.

این تومورها حدود ۱۰٪ از تومورهای عضلات صاف جدار معده را تشکیل میدهند (۱۲) و از نظر میکروسکوپی از یکمده سلولهای درشت بیضی یا چند ضلعی که هسته در مرکز یا خارج از مرکز سلول قرار دارد تشکیل شده است و یک فضای روشن نیز اطراف هسته را احاطه کرده است. سبب ایجاد این منطقه روشن (Clear Zone) نتیجه اجتماع موکوس، گلیکوژن و یا لیپیدها نیست و این موضوع بوسیله رنگ آمیزی اختصاصی تأیید شده است.

لیومیوبلاستومها، تومورهای نادری هستند که اکثراً بوسیله متخصصان آسیب شناسی تشخیص داده می شوند و تاکنون حدود ۲۵۰ مورد آن گزارش شده است که (۳) در اینجا یک مورد جالب از نوع پارازیتیک (Parasitic) شرح داده میشود.

شرح حال بیمار:

بیمار زن ۶۴ ساله ای است که در تاریخ ۵۵/۳/۲۰ بعلت وجود تومور نسبتاً بزرگی در ناحیه اپیگاسترو درد حمله ای هیپوکندرو پهلوی راست در بیمارستان بستری گردید. تومور از ۶ ماه قبل از بستری شدن ظاهر گشته و بتدریج بزرگتر شده بود. بیمار از خستگی،

کمی اشتها و تهوع شکایت داشت. استفراغ، کاهش وزن، تغییرات اجابت مزاج، هماتموزولنا نداشته، سابقه عمل جراحی قبلی نیز نداشت.

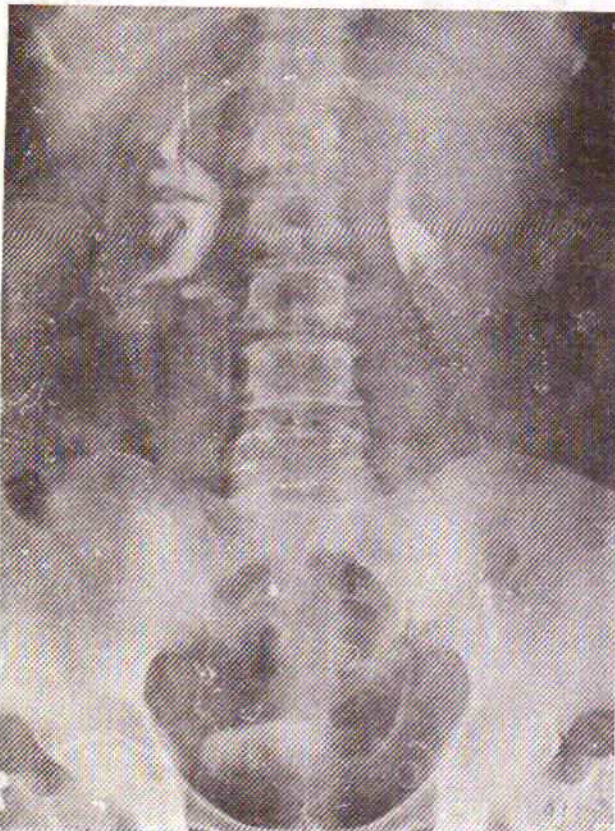
در آزمایشهای فیزیکی، فشار خون ۱۳/۸، نبض ۸۶ در دقیقه و درجه حرارت ۳۶/۸ بود. علامت فیزیکی مثبت محدود بوجود

* بیمارستان ابن سینا - تهران.

مجله نظام پزشکی

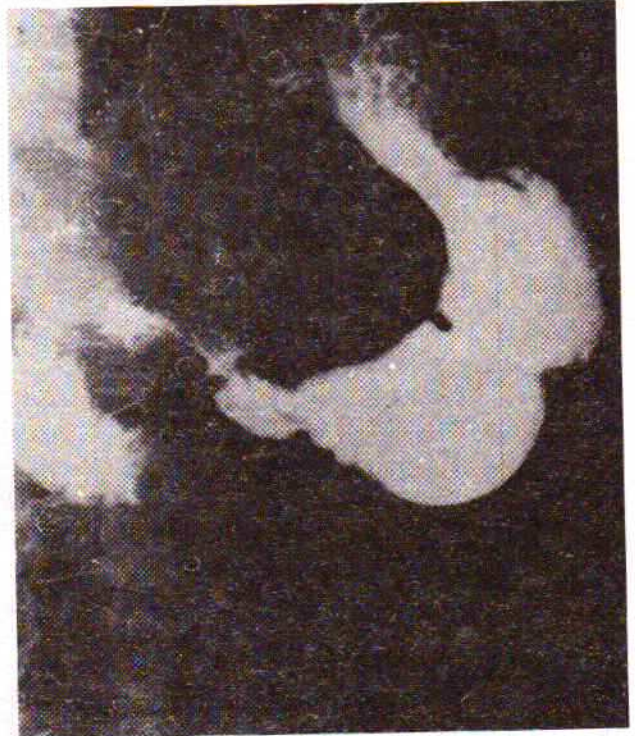
سال نهم، شماره ۲، صفحه ۷۷، ۱۳۶۳

توموری نسبتاً بزرگ در ناحیه اپیگاستر، کاملاً متحرک و بی درد و سفت بود. صداهای روده طبیعی بود. غلظت هموگلوبین در موقع مراجعه ۱۳/۱ گرم درصد و هماتوکریت ۳۹٪ بود. آزمایشهای شیمیائی خون شامل BUN، اسید اوریک، آمیلاز، بیلیروبین و فسفاتاز قلیائی در حد طبیعی بود و در آزمایش ادرار مقدار جزئی هموگلوبین و تعداد کمی باکتری مشاهده شد. در پرتونگاری ساده از شکم، سایه کالسیفیه ای که بنظر منطبق بر کلیه راست بود مشاهده گردید و باینجهت از بیمار اوروگرافی بعمل آمد که در نتیجه وجود سنگی در ناحیه لگنچه کلیه راست همراه با اتساع کالیسها مشخص شد. (شکل شماره ۱)

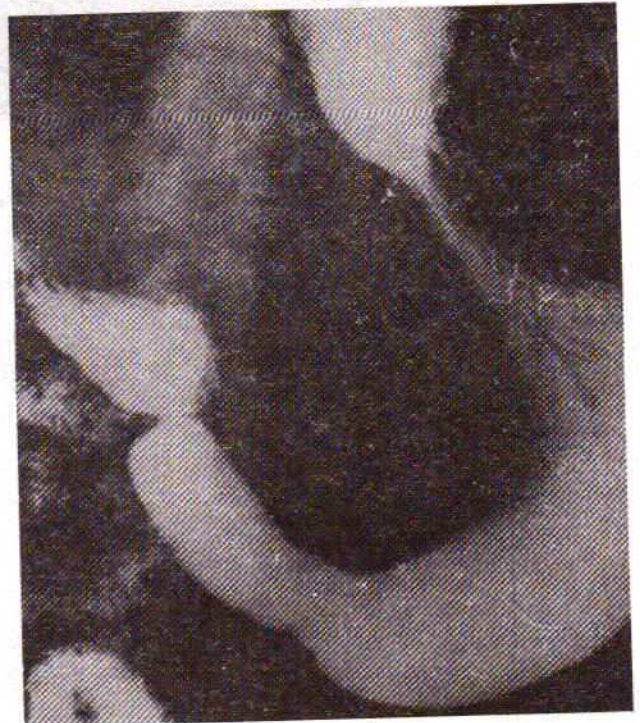


شکل ۱-

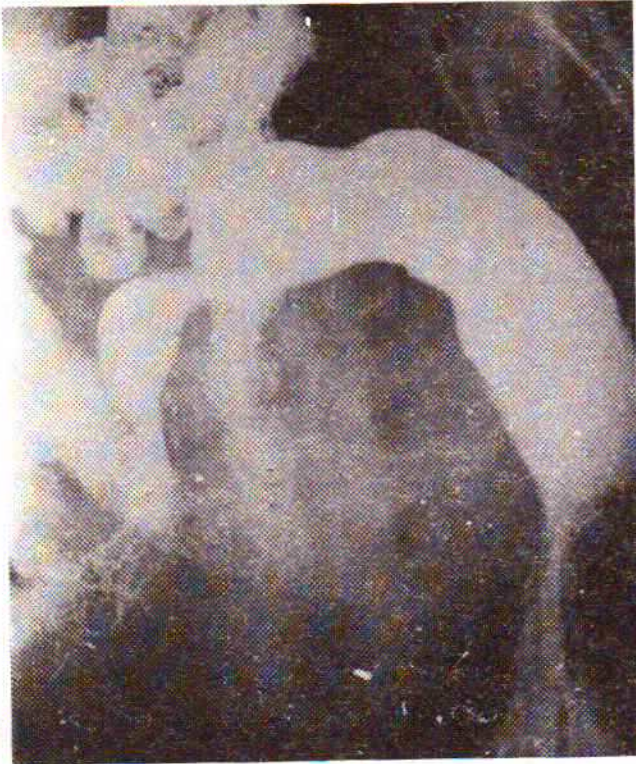
در پرتونگاری از معده و روده فوقانی ضایعه‌ای در داخل معده و روده وجود نداشت ولی یک فشار خارجی روی انحنای کوچک معده (Lesser Curvature) وجود داشت که نشانه تشکیل توموری بود در خارج از معده که روی انحنای کوچک فشار وارد می‌آورد (شکل ۲-۳ و ۴).



شکل ۲-



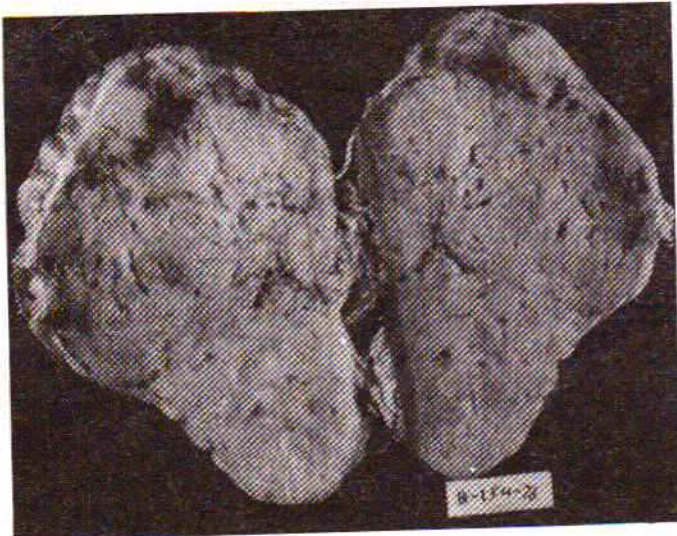
شکل ۳-



شکل ۴-

در تنقیه ماده حاجب (Barium enema) و کله سیستوگرافی خوراکی، ضایعه‌ای دیده نشد.

در تاریخ ۵۵/۳/۱۰ که شکم بیمار باز شد، توموری نسبتاً بزرگ با قوام الاستیک که در بعضی قسمت‌ها سفت و قسمت مرکزی آن نرم بود، در بین لایه‌های چادرینه کوچک (Lesser omentum) مشاهده گردید (شکل شماره ۵ و ۶). این تومور کاملاً آزاد و متحرک بود و با حشاء مجاور چسبندگی نداشت ولی در مجاورت آن تومور کوچکتری با قوام سفت لمس گردید. در تشریح تومور پایه‌ای (پدیگولی) که آنرا بند پیواره معده وصل نماید وجود نداشت و تومور کاملاً از معده مجزا بود که بطور کامل برداشته شد. بیمار عارضه بعد از عمل نداشت و ده روز بعد با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص گردید.

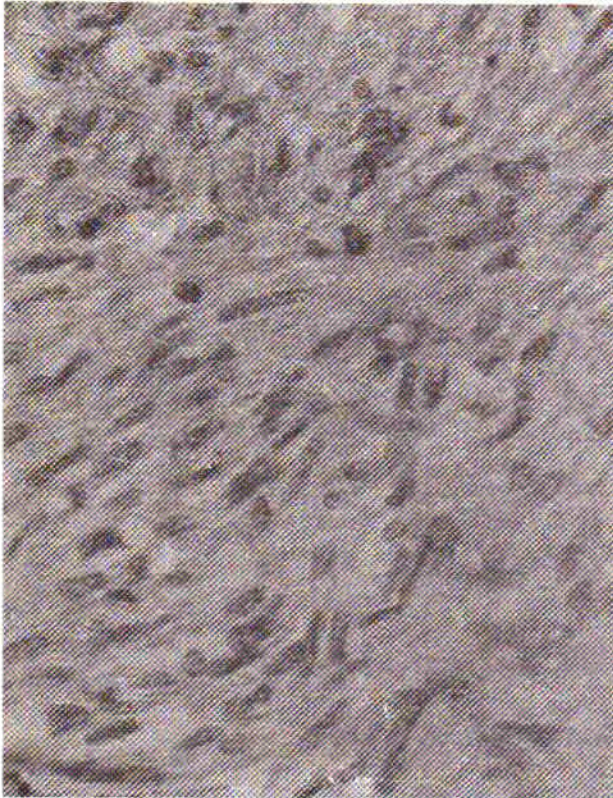


شکل ۵-

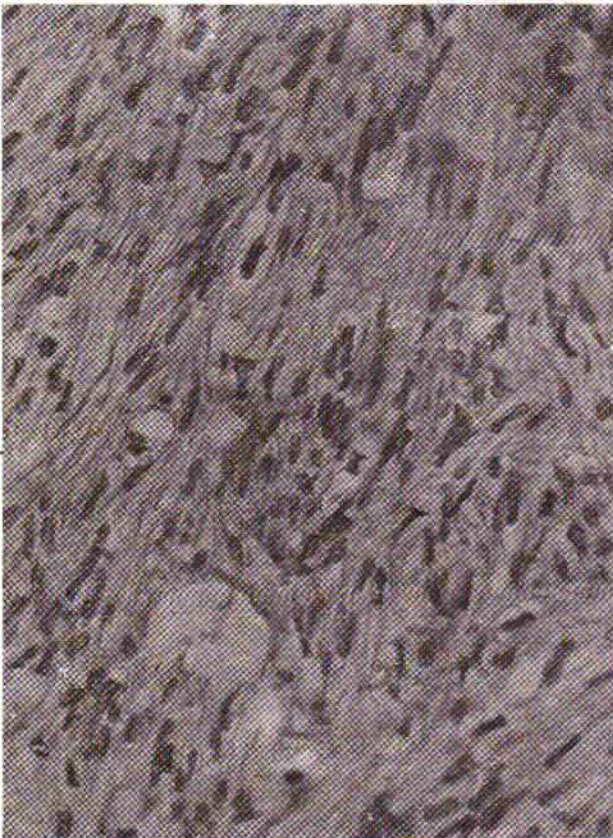
یافته‌های آسیب‌شناسی:

ماکروسکوپی: نمونه ارسالی عبارتست از دو قطعه تومور، تومور بزرگتر بابعاد $9 \times 10 \times 15$ سانتی‌متر، بزرگ کرم که بوسیله کپسول مشخصی احاطه شده و کپسول دارای عروق مشخص بود. سطح مقطع تومور کرم و منظره گردبادی مشخص داشت. تومور کوچکتر خاکستری رنگ، مایل به بنفش بابعاد $1 \times 1/8 \times 1/2$ سانتی‌متر، سطح خارجی صاف و سطح داخلی صاف و کرم رنگ بود.

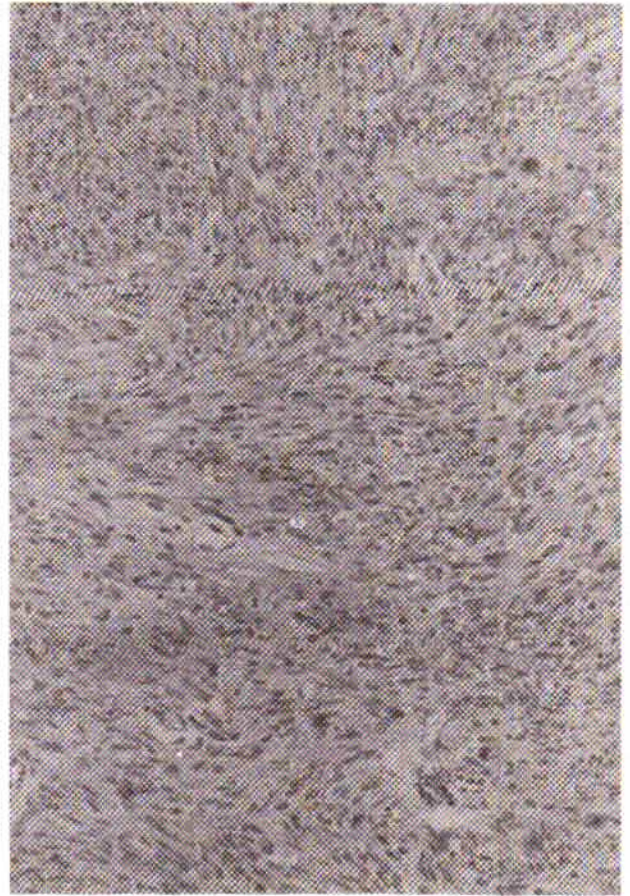
میکروسکوپی: در آزمایش ریزبینی، ساختمان نسج تغییر شکل یافته‌ای (نئوفرم‌های) دیده میشود که سلولهای آن دارای هسته‌های کشیده و بیضی شکل و تقریباً یک‌شکل (منومورف) و سیتوپلاسم انوزینوفیل میباشد. این سلولها بصورت توده‌هایی دور هم اجتماع کرده و در بعضی قسمتها طرز قرار گرفتن آنها طوری است که بباقت نمای گردبادی داده است. لابلای سلولهای مزبور، بافت همبندی فیبروزه با عروق کم و بیش فراوان دیده میشود. میزان میتوز سلولی پائین است (کمتر از ۱ در $50 \times$ High Power Field). دژنر سانس موضعی و هیالینوز نیز دیده میشود (شکل شماره ۶-۷-۸-۹).



شکل ۷



شکل ۸



شکل ۶

تشخیص قبل از عمل در ۲/۳ موارد، تومور معده بوده و در بقیه موارد تشخیص‌هایی چون زخم پپتیک، بیماری کیسه صفرا، تومورها و کیست‌های تخمدان و پانکراس مطرح بوده و در بعضی موارد تومور در حین عمل جراحی و یا گاهی در کالبد شکافی تشخیص داده شده است.

پرتونگاری یکی از روشهای تشخیصی با ارزش است. در ۷۰٪ موارد تومور در ناحیه آنترمعده قرار داشته و در ناحیه کاردیا بندرت دیده میشود. در بیشتر موارد تومور تخم مرغی شکل بوده و محور طولی آن موازی محور طولی معده است. این تومورها خوش خیم بوده در موارد نادری ممکنست بدخیم باشند.

در مطالعه ۱۹۰ مورد توسط Abramson (۴) مشاهده گردید که ۱۲٪ موارد بدخیم است.

بدخیمی تومور با اندازه و فعالیت میتوزی تومور متناسب است. Foegenburg و همکارانش از نظر رادیولوژی تقسیم‌بندی زیر را برای این تومورها پیشنهاد کرده‌اند:

- ۱- تومورهای داخل جداری
- ۲- تومورهای داخل حفره معده (لومنی)
- ۳- تومورهای خارج معدی
- ۴- اولسراسیون هدفی یا بشکل روزنه گرد.
- ۵- تومورهای متعدد همزمان
- ۶- پارازیتیسیم مزانتر، چادرینه یا پریوان

در ۸۴٪ موارد تومور داخل جداری یا Intramural است. ارتباط بین تومور و دیواره معده بستگی با اندازه تومور دارد. توده‌هایی که کمتر از ۵ سانتی متر قطر داشته باشد، داخل جداری بوده بتدریج که اندازه تومور بزرگتر میشود، از دیواره معده تجاوز کرده، بداخل حفره معده و یا بخارج رشد نموده بوسیله پایهای بدیواره وصل میگردد.

نادرتین انواع فوق پارازیتیک (Parasitic) است که تومور با دیواره معده ارتباطی ندارد و حتی در موقع جراحی نیز منشا حقیقی آن مشخص نمیشود. نمونه‌ای که توسط اینجانب تحت عمل جراحی قرار گرفت از نوع اخیر بود چون در موقع عمل جراحی پایهای که آنرا به معده وصل کند وجود نداشت. با تکمیل گاستروسکپی جدید، گاستروسکپی یکی از وسائل تشخیصی مهم را تشکیل داده، کاربرد آن افزایش چشمگیری یافته است.

لیومیوبلاستوم معده، ظاهراً به نظر میرسد که محدود است ولی از نظر میکروسکپی ارتشاحی (Infiltrating) است.

بزرگترین توموریکه تاکنون گزارش شده ۳۵×۲۰×۸ سانتی متر و کوچکترین آن ۰/۵ سانتی متر بوده است. تومورها معمولاً منفرد هستند اما در ۷٪ موارد متعدد میباشدند. اولسراسیون در نیمی از موارد وجود دارد. قوام تومور از نرم تا سفت و رنگ آن از خرمایی (Tan) تا قرمز تیره متغیر است.

درمان انتخابی: عمل جراحی با شکل گاسترکتومی یا به شکل (V) یا Segmental Resection است (۴).

گاهی Enucleation یا روش غیر رزکسیون (Non Resectional Procedure) انجام میشود. بطور کلی اگر تومور کوچک، منفرد یا پایهدار باشد، عمل Wedge Resection با برداشتن قسمت بزرگی از دیواره سالم معده، درمان انتخابی است. برش انجمادی (Frozen section) در تصمیم به انجام عمل بزرگتر مارا یاری میدهد. وقتی قسمت بزرگی از دیواره معده گرفتار بوده و یا تومور متعدد باشد، گاسترکتومی به عوارض بعدی منجر میگردد. گاسترکتومی کامل در موارد نادریکه عود تومور



شکل ۹

تشخیص: لیومیوبلاستوم معده.

بحث:

تاکنون حدود ۲۵۰ مورد لیومیوبلاستوم معده، گزارش شده است (۳). این تومور در مردها شایعتر بوده و نسبت آن به زنها ۱/۷ میباشد. بر طبق مطالعات Abramson (۴) ۸۶/۴٪ بیماران سنی بالاتر از ۴۱ سال داشته و فقط ۹ بیمار زیر ۳۰ سال بوده‌اند که جوانترین آنها ۱۲ ساله (۹) و پیرترین آنها ۹۱ ساله بوده است (۵). این تومور مخصوص اشخاص بالغ بوده بیشتر در نژاد سفیدپوست دیده میشود.

شایعترین سن ایجاد تومور بین ششمین و هفتمین دهه زندگی است (۲). از نظر جایگزینی، بیشتر در دستگاه معدی روده‌ای بخصوص معده وجود دارد اگر چه در روده کوچک، گردن، رحم، فرج و ناحیه خلف صفاق نیز دیده شده است (۲). مهمترین علائم بیماری عبارتست از: خونریزی از دستگاه گوارش (هماتموز ملنا)، سوزاهاضمه، درد شکم، تهوع و استفراغ، بی‌اشتهایی کمخونی (آنمی).

بیماری در ۲۷/۳٪ موارد بدون علامت است و در ۷۲/۷٪ نشانه‌های بیماری وجود دارد (۴). خونریزی به تنهایی یا همراه با سوزاهاضمه در ۶۰٪ موارد و سوزاهاضمه یا درد به تنهایی در ۳۵٪ موارد دیده میشود (۴). تومور شکمی در ۲۴٪ موارد قابل لمس است. کمخونی در بعضی موارد وجود دارد.

Eyecler و همکارانش (۱۱) بیماران را گزارش کرده‌اند که بعلت داشتن لیومیوبلاستوم معده و بآنتیجعه کمبود عامل انترنسک دچار کمخونی (آنمی) پرنیسیوز بوده‌اند.

REFERENCES:

- 1- Girard, M., Saubier, E., Bel, A., Vincent, E., Estours, E. and Hartman, J.: Propos de deux Observation de Tumeurs Myoides de L'estomac dont une Degenerée Ayant Necessite une Hepatectomie Droit Reglee. *Mars Med* 102: 761, 1965.
- 2- Lavin, P., Hadjdu, S1., Foote, F.: Gastric and Exogastric Leiomyoblastoma Clinicopathologic Study of 44 Cases. *Cancer* 29: 305-311, Feb. 1972.
- 3- Faegenburg, D. et al: Leiomyoblastoma of The Stomach Report of 9 Cases. *Radiology* 465: 293-300, Nov. 18975.
- 4- Abramson, Dy.: Leiomyoblastoma of the Stomach *Surg Gynecol Obstet* 136:118-125. Jan. 1973.
- 5- Smithwick, W., Biesecker, J., and Leand, P.: Leiomyoblastoma, Behavior and Prognosis. *Cancer* 24: 996, 1969.
- 6- Martin, J.F., Feroldi, J., and Cabanne, R.: Tumeurs Myoides, Intranurales de L'estomac: Considerations Microscopiques a Propose de 6 Cases. *Ann. Anat Pathol* 5: 481, 1960.
- 7- Stout, A.P.: Bizzare Smooth Muscle Tumor of The Stomach. *Cancer*, 15: 400, 1962.
- 8- Yanvrin, SB.: Gastric Leiomyoblastoma *Proc. R. Soc. Med* 68 (2): 90, Feb. 1975.
- 9- Salazar, H. and Toten R.: Leiomyoblastoma of The Stomach an Ultrastructural Study. *Cancer* 25: 176, 1970.
- 10 — Gastric Leiomyoblastoma, Report of 3 Cases one Malignant. *Ann. Surg* 178: 625-30, Nov. 1973.
- 11 — Eyecler, P.: Vitamin B12 Deficiency and Lack of Intrinsic Factor Associated with a Smooth Muscle Tumor of the Stomach. *ISR J. Med Sci* 10(9): 1139-42, Sept. 1974.

وجود داشته و گرفتاری دیواره معده منتشر باشد انجام میشود. معمولاً Eucleation عوارضی ندارد زیرا تومور بطور موضعی مهاجم است. در مواردیکه تومور بدخیم بوده و متاستاز کبدی وجود داشته باشد نتیجه کمی از عمل جراحی بدست میآید اگرچه در بعضی موارد، بیماران تا ۳ سال باوجود داشتن متاستاز کبدی زنده بودهاند.

Stout (۱۱) برای تعیین پیش آگاهی و اینکه آیا تومور خوش خیم و یا بدخیم است، میزان فعالیت میتوزی را در ۵۰ میدان میکروسکوپی بالا (50 High power-field) ملاک عمل قرار داد. ولی برخی از مؤلفان اندازه تومور را مورد توجه قرار داده تومورهای بزرگ را مستعد بدخیم شدن دانستهاند در حالیکه هیچکدام از روشهای فوق نمیتواند بطور قاطع نشان دهنده خوش خیم یا بدخیم بودن تومور باشد. با اینهمه توموری که فعالیت میتوزی بالائی مثلاً بالاتر از ۱ در H.P.F. داشته و یا پلئومورفیسم و هیپر کرومانیسم باشد احتمال بدخیمی آن زیاد است (بیمار مورد بحث ما نیز در سال ۱۳۵۸ یعنی سه سال بعد از عمل جراحی مراجعه کرد و هیچگونه شکایتی از دستگاه گاستروانستینال یا نشانه‌ای از متاستاز نداشت). لیومیوبلاستوم بدخیم معده تا سال ۱۹۷۲، ۲۳ مورد گزارش شده و شایعترین محل انتشار آن کبد بوده است. از این عده ۵۵٪ بیش از سه سال و ۶۶٪ بیش از پنج سال زنده بودهاند.

خلاصه:

معرفی یک مورد از لیومیوبلاستوم معده نزد زن ۶۴ ساله ایست که به علت وجود تومور نسبتاً بزرگ در ناحیه اپیگاستر که از ۶ ماه قبل بوجود آمده مراجعه کرده است. از علائم ابرکتیو، بی اشتهائی و تهوع جلب توجه می نمود. در معاینات فیزیکی تومور با قوام نسبتاً سفت، کاملاً متحرک و بی درد بود. در پر تونگاری با ماده حاجب (Barium meal) وجود یک فشار روی انحنای کوچک معده مشاهده گردید. در اوروگرافی سایه سنگ در لگنچه کلیه راست دیده شد و بقیه آزمایشها طبیعی بود. بیمار لا پاراتومی شد. تومور لبوله در چادرینه کوچک داشت که هیچ ارتباطی با دیواره معده در ضمن عمل دیده نشد و این نوع که بان پارازیتیک (Parasitic) میگویند نخستین موردی است که در انتشارات پزشکی گزارش شده است.