تـومـورهای آپـانـدیـس

مجلـه نظـام پزشکـی
سال هشتم ، شماره ۲ ، صفحه ۱۱۰ ، ۱۳۶۰

دکتر مهدی حفیظی *

مقـدمـه :

برخلاف عفونت‌های آپاندیس که خیلی‌شایع‌است، تومورهای این عضو بسیار کمیاب میباشد و اغلب نیز بصورت تظاهرات بالینی آپـاندیسیت خود نمائی میکند . نسبت وفور تومورهای آپاندیس به‌عفونت‌های این‌عضودرمواردمختلف متفاوت است .درمواردیکه بیمارستان کوئین‌آنجلس (Queen Angels) گزارش کرده‌است، از۸۶۹۹ مورد آپاندکتومی ، ۱۰۱ مورد تومور و ضایعات شبه توموری دیـده شده است (۸). درمشاهـدات ما در بیمارستـان ابن‌سینا این‌نسبت کمتراست بطوریکه‌از۱۸۴۷ مورد آپاندکتومی فقط سه‌موردتومورمشاهده شده است. تومورهای‌آپاندیس‌برحسب وفور، کارسینوئید، موکوسل، لنفوما، نوروما، لیپومیوما، کارسینوما، ادنوما و پولیپ گزارش شده است . اکثر تومورهای آپاندیس خوش‌خیم هستند و انـواع بدخیم نیز دارای پیش‌آگاهی بهتری میباشند (۶). ازآنجاکه تومورهای آپاندیس نادر است وبعلاوه بیشتر از نظر بـالینی بصورت آپاندیسیت حاد تظاهرمیکند، لذا دراین‌گزارش سه‌مورد تومورآپاندیس که بانشانه‌های‌آپاندیسیت حاد به بیمارستان مراجعه کرده‌اند، بررسی میشود.

مواد و روش:

پرونـده ۱۸۴۷ مورد آپاندکتومی کـه در مدت پنج سال بین سالهای۱۳۴۹ـ۱۳۵۴دربیمارستان ابن‌سینا عمل‌شده‌اند، بررسی گردید و تومورهای واقعی آن جدا شد . دراین مطالعه ضایعات شبه توموری ومو کوسل که قطعاً دارای منشاء توموری‌نبوده‌است، درنظر گرفته شده‌اند. لذا درمجموع‌فقط سه موردتومورآپاندیس مشاهـده شده است که بطور مختصر شرح حال هریك از آنهـا داده میشود .

شرح حال بیماران :

مورد اول: خانم ف.ص، ۲۰ساله اهل‌تبریز با علائم‌آپاندیسیت‌حاد درتاریخ۱۳۵۱/۲/۱۵ به‌بیمارستان‌مراجعه کرد وپس‌ازاقدامات لازم‌بستری گردید. آزمایشهای بالینی‌وآزمایشگاهی‌علائم‌آپاندیسیت حاد را نشان داد وبیمارتحت عمل‌جراحی قرارگرفت. درهنگام عمل آپـاندیس بسیار متورم وملتهب بود. در حفره صفاق ترشح چرکی‌وجود داشت . آپاندیس بسیارنرم وشکننده بود و درموقع برداشتن پاره شد و دانه‌های سفید رنگی ازآن‌خارج گردید . در ناحیه دیستال آپاندیس یك‌کانون توپر برنگ زرد مایل به سفید وندول مانند مشاهده گردید. اندازه این تومور ۲×۱×۰/۵ سانتیمتربوده‌است‌وبرای‌آزمایش به‌آسیب‌شناسی‌ارسال‌گردید. بیمار دوران پس‌ازعمل‌را بخوبی‌تحمل‌کرد و درتاریخ۱۳۵۱/۳/۲۱ مرخص شد .

گزارش آسیب شناسی تشخیص آپاندیسیت حاد چرکی و تومور کارسینوئید بود .

---

* بیمارستان ابن‌سینا ـ دانشکده پزشکی دانشگاه تهران.

شرح حال بیمار دوم :

بیمار مردی ۵۰ ساله است که بعلت درد ناحیه شکم بخصوص ناحیه تهیگاه راست به بیمارستان مراجعه کرد وعلاوه بردرد، حالت استفراغ و تهوع و یبوست داشت کـه از دو روز قبل تشدید یافته بود . در سابقه خود اختلال‌های گوارشی را متذکر میشود. آزمایشهای بالینی نشانه‌های آپاندیسیت حاد را مطرح کرد و بیمار تحت عمل جراحی فوری قرار گرفت. درموقع عمل ترشح چرکی داخل صفاق وجود داشت . چادرینه اطراف آپاندیس را احاطه کرده بود .

در آزمایش ماکروسکپی آپاندیس ملتهب درلابلای بافت چربی و آماسی احاطه شده بود و در دیـواره آن کانونهای توده‌ای شکل برنگ سفیدخاکستری دیده شد. در آزمایش میکروسکپی تشخیص آپاندیسیت حاد و پری آپاندیسیت حاد چرکی داده شد . بعلاوه در جدار آپاندیس ندول مشخصی از لیومیوم مشاهده شده بود که بوسیله بافتهای همبندی اطراف محصور شده وفاقد خصوصیت بدخیمی بوده است . هشت روز پس از عمل جراحی بیمار با حالت خوب مرخص میشود .

شرح حال بیمار سوم :

خانم ف . ر، ۲۰ ساله ، در تاریخ ۵۲/۳/۱۱ به علت تب ، درد شکم ، تهوع و استفراغ و سرگیجه به بیمارستان مراجعه کرد . درمعاینه علائم التهاب آپاندیس مشاهده گردید. بیمـار تحت عمل جراحی فوری قرار گرفت. درعمل علاوه برالتهاب آپاندیس توده تومورمانندی درقاعده آپاندیس دیده شد که به نسج اطراف چسبندگی داشت . تمـام تومور برداشته شد و تشخیص آسیب شناسی علاوه بروجود التهاب حاد چرکی آدنوکارسینوم آپاندیس بود. بیمار دوران پس‌از عمل را بخوبی تحمل کرد و پس از ده روز مرخص گردید .

بحث :

تومورهای آپاندیس کمیـاب و پولیپ‌های آپانـدیس نیز بسیار نادراست و تاکنون تعداد کمی ادنوم و یلوز ویا پولیپ آپاندیس گزارش شده است (۷). تومور کارسینوئید شایع‌تـرین تومور آپاندیس است وحداقل ده بار شایع‌تر از کارسینومای آپـاندیس میباشد.

کارسینوئیدها بصورت پلی‌پوئید اولسراتیو یا موسینوز و گاهی توده انترامورال تظاهر میکند وغالباً درنوک آپاندیس قرارمیگیرد. ولی اگر درپایه آپاندیس قرارداشته باشد، سبب انسداد وایجادعفونت درآپاندیس میگردد. کارسینومای آپاندیس نادراست و شباهت به کارسینومـای کولـون دارد . گاهی میکـزومای کاذب صفـاق (Pseudomyxoma peritoni) و مـوکـوسل بـا منشاء Cystadeno - Papillary carcinoma نیز در آپاندیس دیده میشود . لیومیوما وسایر تومورهای نسج نرم وعصبی درآپاندیس گزارش شده‌است . ولی بطور کلی اینگونه تومورها کمیاب‌اند.

تومور کارسینوئید یا آرژانتافینوما :

این تومور درآپاندیس از سلولهـای ارژانتافین یـاکولچیسکی (Kulschitzky) واقع در کریپت‌های لیبرکون (Lieberkuhn) بوجود میاید ولی در هرقسمتی از دستگاه گوارش و تنفس دیـده میشود (۵).

اولین تعریف بافت شناسی تومور درسال ۱۸۰۸ منتشر شد و در سال ۱۹۰۷ عنوان کارسینوئید برای آن بکاربرده شد. هرچند در سال ۱۹۱۱ ازلحاظ بیولوژی بدخیمی آن شناخته شد ولی اخیراً این بدخیمی مورد قبول عمومی واقع شده است (۱۰).

Fitzgerald و Pearson تعداد زیادی ازاین تومورهارا بررسی کردند و دریافتند که در ۳۸٪ موارد متاستازموجود است وتائید کردند که تمام تومورهـای کارسینوئید را بـاید به عنوان بدخیم بحساب آورد.

باید دانست که دربعضی آمارها، تومورکارسینوئیدرا بعنوان تومور خوش‌خیم بحساب آورده‌اند.

Colin و Bourreille در موردکارسینوئید روده باریك ودر مورد خصوصیات بدخیمی این تومورها چنین اظهارنظر کرده‌انـدکه خصوصیـات سلولی گاهی خیلی مبهم است . ناجوریهـای سلولی (Les atypies) نادراند.اغلب خصائص گسترش سلولی کوچکترین شکی‌را از نظر بدخیمی تومور بر نمی‌انگیزد. متاستازهای دور در ۶۰–۷۰٪ موارد وجوددارد که بخصوص کبد را مبتلا میکند (۳).

درگزارش McDonald (۱۹۵۶) در ۶۰ مـورد، جایگـزینی کارسینوئید در آپاندیس بوده است . از لحاظ آسیب شناسی شبیه کارسینوئید روده باریك است. سلولهای غول‌پیکر (ژان) آناپلازی ومیتوزموجود نیست ، اما تومور بطورعمقی به‌طبقه عضلانی‌وسروز وگاهی خارج ازآن نفوذ میکند . متاستاز آن خیلی نادراست. این‌تومور در ۳۰۰–۴۰۰ مورد آپاندیس که موردآزمایش آسیب شناسی قرارگرفت مشاهده شد . درآمارها سنین ابتلا بین ۱۶ و ۶۰ سالگی است و اکثر مبتلایان (۸۰٪) زن میباشند (۲) . و دربیشترموارد بیماربه عنوان آپاندیسیت تحت حاد یاآپاندیسیت عودکننده مورد عمل‌جراحی قرارمیگیرد . معمولا تومور درثلث انتهائی آپاندیس بوجود می‌آید ، نسبتاً سخت است و در موقع شکاف دادن روی آپانـدیس تومور را بین مخاط سالم و طبقـه عضلانی و صفاق روی آن می‌توان مشاهـده‌کرد و با دارا بودن رنگ روشن‌زرد که بعلت مواد چربی درتوموراست با تومورهای دیگر اشتباه نمیشود .

در آزمایش ریزبینی سلولهـای اصلی بشکل کروی است و شامل گرانولهائیست که با نمك نقره‌ای آمونیکال رنگ میپذیرد. در آپاندیس برخلاف کارسینوئیدهادردیگر قسمتهای دستگاه گوارش فقط در ۳-۴٪ موارد متاستاز میدهد و بطور استثنائی این متاستازها سبب ترشح سروتونین ، تریپتوفان ومشتقات آن میشود که عامل ایجاد سندرم کارسینوئیدی است (۲).

بین سالهای ۱۹۴۹ و ۱۹۷۲ مطالعه‌ای در بیمارستان کوئین آنجلس (Queen angels) بعمل آمـده است (۸)، دراین مدت تعداد ۸۶۹۹ مورد آپاندکتومی انجام شده کـه در بین آنهـا ۱۰۱ مورد تومـور وجود داشته است . کارسینومای اولیـه آپاندیس نادر و فقط در ۲ مورد دیده شده است . دیگر تومورها عبارت از : ۴۳ مورد تومور کارسینوئید ، ۳۰ مورد لنفوما ، ۳۲ مورد موکوسل، ۵ مورد نوروما ، ۲ مورد لیومیوما ودومورد آدنومای ویلوز بوده است . نکته جالب اینکه در ۲۷ مورد کـه آپاندیس بطور اتفاقی در اعمـال جراحی شکـم و لگـن برداشته شده تومور آپاندیس وجود داشته است. در ۱۵ مورد تشخیص قبل از عمل آپاندیسیت حاد بوده است و در ۱۲ مورد آسیب‌شناسی وجود آپاندیسیت همراه با تومور را تأیید کرده و در ۳ مورد آپاندیسیت در کار نبوده است . نسبت ابتلا به تومور کارسینوئید درهردوجنس به یك اندازه است .

بعضی از مؤلفان(۸) تومور کارسینوئید را به عنوان تومورخوش خیم به حساب آورده‌اند ومعتقدند که برداشتن ساده آپاندیس در مواردیکه تومور کارسینوئید کوچك بوده است (در آمار آنها هیچکدام از ۲ سانتیمتر بزرگتر نبـوده است) کفایت می کند و برداشتن نیمه راست کولون (همی کولکتومی راست) را توصیه نمی کنند ، در موارد موکوسل نکته جالب حتی بدون آپاندیسیت حاد علائمی ایجاد می کند که با برداشتن آپاندیس علائم برطرف میشود .

آدنوکارسینوم آپاندیس :

تاکنون کمتر از ۲۰۰ مورد گزارش شده است (۲) و اکثراً از نوع کولونی است و به علت وضع تشریحی که باعث توسعه تومور به ناحیه سروز و لنفاتیکها میشود و ایجاد متاستاز میکند بدخیم است (۱).

درمان شامل برداشتن نیمه راست کولـون است . درصورتیکه در حین عمل جراحی برداشتن آپاندیس به ضایعه پی‌برده نشود ، عمل برداشتن نیمه راست کولون درعمل جراحی بعدی باید انجام شود. بندرت ممکـن است موکوسل بدخیم آپانـدیس درکار باشد و برای درمان درصورتیکه قسمت انتهائی آپاندیس را فراگرفته و محدود به زیرمخاط باشد ، برداشتن ساده آپاندیس کفایت میکند.

لنارت فورسگن (Lennart forsgen) (۹) وهمکارانش درسال ۱۹۷۴ دوازده مورد آدنوکارسینوم آپاندیس شرح داده‌اند و بر طبق توصیه آنها لازم است در تمام مواردی که آپاندیس برداشته میشود، آزمایش آسیب‌شناسی بعمل آید وهمچنین در صورت امکان درتمام موارد، با بازکردن تجسسی شکم (لاپاراتومی)، لازم است آپاندیس لمس و از وضع آن اطلاع حاصل شود . آدنوکارسینوم آپـاندیس هرچند نادر میباشد ولی ممکن است بشکل آپاندیسیت تظاهر کند ، چنانکه بیمار مورد بحث با تظاهر آپاندیسیت حاد مراجعـه کـرده است . حتی گاهی تصادفـا درحین لاپاراتومی مشخص می‌شود و یا ممکن است سبب تومورهای بدخیم شکم که ظاهراً منشاء آن نامعلوم بوده‌است، باشد. درمان عبارت از برداشتن نیمه راست کولون است .

دراین گـزارش (۱۲ مورد آدنوکارسینوم) بیماران مبتلا بـه کارسینومای نوع کولونی بوده‌اند . ازاین بیماران عده‌ای مبتلا به آبسه آپاندیس وعده‌ای مبتلا به متاستاز تومور بدخیم آپاندیس بوده‌اند که آسیب شناسی تومور بدخیم نشان داده است . موارد یافت شده بـدین‌شرح بوده است : ۵ مورد در لاپاراتومی برای آپـاندیسیت حاد وآبسه آپاندیس، دومورد بطور اتفاقی درهنگام اعمال جراحی دیگر ؛ دومورد در متاستاز تخمدانی ، یك مورد با نمای کارسینومای مثانه و دومورد در کالبد شکافی مشخص شده است . نکته جالب آنکه چهار مورد در آپاندیسیت حاد و آبسه آپاندیس خودنمائی کرده است و در تمـام این موارد از لحاظ ظاهری علائمی دال بر بدخیمی موجود نبوده است . از این‌جهت لازم است در تمام موارد از آپاندیس نمونـه‌ای برداشته شود و آزمایش آسیب شناسی بعمل آید (۹و۳).

Mauritzen درسال ۱۹۵۸ شانزده مورد آدنوکارسینومای اولیه گزارش کرده است .

در تحقیقاتی که بین سالهای ۱۹۴۳ - ۱۹۵۶ توسط Danish - cancer registry و در سـالهـای ۱۹۱۰ - ۱۹۴۱ تـوسط Mayo Clinic انجام گرفته، ۱۴۴ مورد تومور بدخیم آپاندیس و ۱۲۷ مورد کارسینوئید گزارش شده است (۹) و بقیه تومورها عبارت از ۱۲ مورد کارسینومای سیستیك یـا موکوسل بدخیم و ۵ مورد کارسینومای نوع کولونی بوده‌است.

Hilsabeck و دیگران (۱۹۵۱) دوازده مورد کارسینومای نوع کولونی را درعرض ۱۰ سال شرح داده‌اند .

Collins (۱۹۶۳) درگزارش نهائی خود ۵۷ مورد کارسینومای اولیه آپاندیس را بین ۷۱۰۰۰ آپاندیس امتحان شده پیدا کرد. با این مطالعه ۸۷ مورد آدنوکارسینوما در ۱۰۰۰۰ مورد عمل جراحی آپاندیس دیده شده‌است.

لیپومیوما :

تومور خوش‌خیم ماهیچه صاف است . گرچه شایع‌ترین محل ایجاد آن رحم است ولی در دستگاه گوارش نیز خیلی زیاد دیده میشود و در بعضی آمارها دومین محل شایع این تومور دستگاه گوارش ذکر شده است . در دستگاه گوارش آپاندیس کمترین محل شایع این تومور است . لیپومیوما در آپاندیس بندرت بصورت تومور ۳ تا ۵ سانتیمتر قطر تظاهر میکند ولی غالب اوقات بصورت برجستگی‌های کوچکی دیده میشود که منجر به انسداد مجرای آپاندیس شده وغالباً همراه با تظاهر آپاندیسیت حاد است . این تومورها دارای حدود مشخص‌اند. تشخیص این تومور بامطالعه میکروسکپی میباشد وممکن است با نورولیوما اشتباه گردد و حتی تفکیک آنها ازهم مشکل است .

این تومورها خوش خیم‌اند ولی اشکال بدخیم بصورت لیپومیو ـ سارکوم نیز دیده میشود که در آپاندیس بسیار نادر است.

درمان دراکثر موارد فقط به برداشتن آپاندیس همراه با تومور اکتفا میشود واحتیاج به عمل جراحی وسیع‌تر ندارد .

خلاصه :

در نسج آپاندیس مثل دیگر نسوج ممکن است تومور بوجود آید ولی شیوع آن نادراست . این تومورها شامل: تومور کارسینوئید، آدنوکارسینوم، موکوسل، نورما. لیپومیوماوآدنومای ویلواست. ازلحاظ شیوع نوع کارسینوئید بیشتراست .

ازتعداد ۱۸۴۷ موردآپاندیس آزمایش شده دربیمارستان ابن‌سینا درعرض ۵ سال (بین سالهای ۱۳۴۹ـ ۱۳۵۴) سه مورد تومور آپاندیس مشهور شده است (یک مورد تومور کارسینوئید ، یك مورد آدنوکارسینوم ، یك مورد لیپومیوما) . این بیماران همانند اغلب گزارش‌ها با تشخیص آپاندیسیت مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اند و نمای ظاهری آپاندیس همیشه دلالت بروجود تومور نمی‌کرده است .

در بعضی گزارش‌ها ، درآپاندیس که بطور اتفاقی درعمل جراحی شکم ولگن برداشته شده ، آسیب شناسی تومور نشان داده است . از این جهت توصیه میشود که آپاندیس‌های برداشته شده مورد آزمایش آسیب‌شناسی قرار گیرد وهمچنین درتمام اعمال جراحی شکم درصورت امکان آپاندیس لمس وازوضع آن اطلاع حاصل شود. دریك آمار از تعداد ۸۶۶۹ مورد آپاندیس برداشته شده ، دو موردآدنوکارسینوم آپاندیس ، ۴۳ مورد تومور کارسینوئید و۲ مورد لیپومیوما بوده است .

تومور کارسینوئید هرچند درردیف تومورهای بدخیم‌است(عده‌ای نیز خوش خیم میدانند) ولی بعلت آنکه بندرت متاستاز میدهد، درمان جراحی شامل برداشتن ساده آپاندیس است . تومور کارسینوئید درموارد متاستاز (بخصوص دردیگر قسمتهای گوارش) ممکن است سندرم ـ کارسینوئیدی را بوجودآورد (انبساط عروق، اسهال ، حملات آسم ، برافروختگی صورت وگردن) که مربوط به ترشح سروتونین و Kinins است ، درمورد آدنوکارسینوم آپاندیس که شیوع کمتری دارد ، درمان جراحی شامل برداشتن نیمه راست کولون است .

REFERENCES :

1- Anderson, W. A. D.: Pathology, Seventh Edition The C. V. Mosby Company pp 1310, 1977.
2- Baily, & Love's Short Practice of Surgery. H. K. Lewis & Company pp 1045, 1977.
3_ Colin, R. et al: Les Tumeurs Carcinoid du Grele. Gazette Medical de France 36: 6635, 1972.
4_ De Graff, A. C. et al: Ann. Rev. Med. 22: 69_71, 1971.
5_ Diagnosis of Malignant Carcinoid Syndrome. Brit. Med. J. Leading Ardicles 3: 122, 1975.
6- Evans' Hiistological Apperances of Tumours. Churchill Livingston Publisher pp 581, 1978.
7_ Hameed, K.: Villous Adenoma of the vermiform Appendix. Am. Med. Arch. Pathol 81: 465.1966.
8_ Kark Schmutzer, J. et al: Tumours of the Appendix. Dis. of the Colon and Rectum 18:324 1975.
9_ Lennart Forsgen, L. et al: Adenocarcinoma of the Appendix. Acta. Chir. Scand. 140: 488, 1974.
10- Storer. E. H.: Principle of Surgery Seymor _ Schwartz Mc Graw _ Hill Book Company pp 1097, 1974.