

بررسی کارسینومای آمپول واتر و گزارش يك مورد آن

مجله نظام پزشکی

سال پنجم ، شماره ۳ ، صفحه ۲۱۳ ، ۲۵۳۵

دکتر حلال سیدفرشی - دکتر سیدجعفر لواسانی *

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

علائم بالینی

از نظر علائم بالینی کارسینومای آمپول واتر و کلدوک و دوازدهه شبیه به کارسینومای سرپانکراس می باشد . درد، در کارسینومای آمپول بیشتر به شکل کولیک ویرقان اکثراً متناوب و شدت آن کم است (۶). نزد بیمار ماهیچوقت زردی بالینی دیده نشده است). لاغری و وجود خون در مدفوع از علائم شایع است (۴) (ملنای اولیه بیمارما). لرزوتب شایع وعلائم دیگر گواشی مثل اسهال ، بیبوست ، تهوع واستفراغ غیر ثابت می باشد(۶).

طرق بررسی آزمایشگاهی وتشخیص

همترین طرق بررسی آزمایشگاهی برای تشخیص کارسینومای Periampullary area وپانکراس، انجام آزمون های متداول برای یافتن علت زردی های انسدادی است . اهمیت زیادی بین نسبت بیلیروبین مستقیم وغیرمستقیم حتی دریرقان های انسدادی پیشرفته وجود ندارد ولی الکلن فسفاتاز غالباً افزایش مییابد و گاهی این افزایش قبل از شروع زردی مشاهده میگردد (۶).

ترانس آمینازها غالباً از ۵۰۰ واحد پائین ترند واوروبیلینون در مدفوع نیز اگر در ۲۴ ساعت از ۵ میلی گرم کمتر باشد ارزش تشخیصی دارد . علائم رادیولوژیک غیر اختصاصی است وتشخیص قطعی بآنها غالباً غیرممکن می باشد .

کارسینومای آمپول واتر که در ۱۵۹ بیمار از نظر شوپلاسم Periampullary area وپانکراس طبق گزارش Jordan (۸) مورد مطالعه قرار گرفته اند ۱۰٪ و بنا به گزارش Webster (۱) (بین يك صد بیمار با شرایط مشابه) حدود ۴٪ بوده است . کارسینومای آمپول واتر از تومورهای نادر دستگاه گوارش با سن متوسط ۵۵ سال است (۱۰) وابتلا بیشتر در مردان می باشد(۶). از آنجا که تشخیص کارسینومای آمپول واتر و سرپانکراس وقسمت انتهائی کلدوک از یکدیگر حتی درحین عمل هم مشکل است لذا بیماران مبتلا به سه عارضه فوق الذکر بطور جمعی مورد مطالعه دانشمندان قرار گرفته اند. بنابر گزارش Krain مرگ ومیر ناشی از این ضایعات در حال افزایش می باشد (۳) واحتمالاً سطلبی در مورد کارسینوزن بودن مواد صفرا نیز منتشر گردیده است(۲).

پاتولوژی

بعلت پانکراتیت همراه با ضایعات شوپلازیک پانکراس و آمپول واتر تشخیص ضایعه اولیه بسیار دشوار است. بعضی از تومورهای آمپول واتر بقدری کوچک هستند که حتی در حین عمل جراحی با سانی دیده نمی شوند (۱) (مشابه بیمار ما) وخصوصاً در مواقعی که انسداد صفراوی خیلی زود اتفاق افتاده باشد وزردی بیماران بعلت دفع قسمتهای نکر و زه مرکزی تومور متناوباً جلوه گر شود. بعضی از جراحان معتقدند که تناوب زردی بیشتر در تومورهای خوش خیم تظاهر می کند در صورتی که در تومورهای بدخیم زردی دائمی است (۴). متاستاز لنفاوی و کیدی وتهاجم به اطراف عصب

* بیمارستان ابن سینا ، دانشکده پزشکی رازی، دانشگاه تهران.

Retroperitoneal gas insuflation» و آنژیوگرافی سلیاک جز در موارد اختصاصی اطلاعات خیلی زیادی در اختیار نمیگذارد (۶).

تشخیص

در بیماری که زردی ندارد با وجود امکانات رادیولوژیک و آزمایشگاهی واقماً تشخیص کارسینوما مشکل است و در صورت وجود زردی از نظر تشخیص افتراقی تمام بیماری‌هایی را که مولد یرقان میباشند باید مورد توجه قرار داد (۶).

درمان و پیش بینی

درمان کارسینومای پانکراتیکو دودنال فقط عمل جراحی و رزکسیون مناسب میباشد (عمل Whipple یا پانکراتیکو دودنوکتومی). 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). به عقیده اکثر جراحان این عمل در صورت وجود شرایط مناسب و طولانی نبودن سابقه یرقان، عمل مقبولی خواهد بود (۱).

ماندگاری «Survival» ۵ ساله بعد از برداشتن کارسینومای آمپول واتر در حدود ۳۶٪ گزارش شده است (۶).

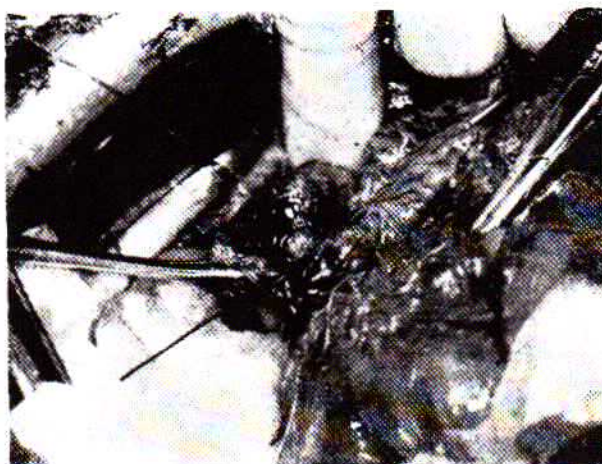
بسیب دیر تشخیص دادن این ضایعه، معمولاً نمیتوان از همه امکانات جراحی کارسینولوژیک (عمل پانکراتیکو دودنوکتومی) بهره‌مند شد و لذا اکثر اوقات به اعمال جراحی تسکینی متوسل میشویم و جالب اینکه نتیجه این اعمال گاهی فوق‌العاده چشمگیر است. کم‌اینکه بیمار مابیش از یکسال است که از بهبود نسبی برخوردار میباشد.

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

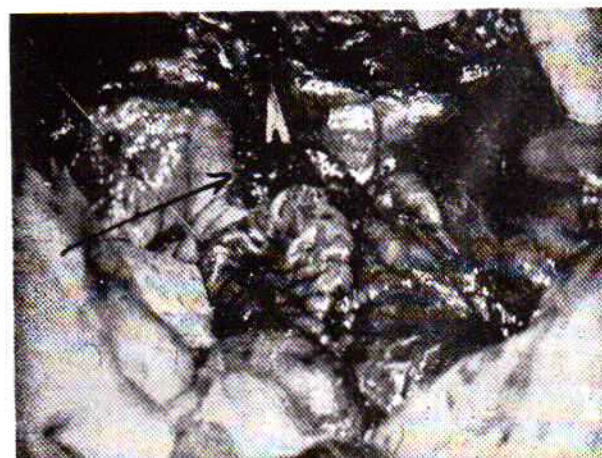
از آنجا که عمل اساسی (رادیکال) متضمن مخاطرات فراوان است خصوصاً نزد بیمارانی که بیلیروبین بیشتر از ۱۵ میلی‌گرم درصد و سن بالاتر از ۶۰ سال دارند، گمان میرود بیمارانی که مورد اعمال جراحی تسکینی قرار گرفته‌اند زندگی طولانی‌تری کرده و استفاده بیشتری از درمان برده باشند (۱).

شرح حال

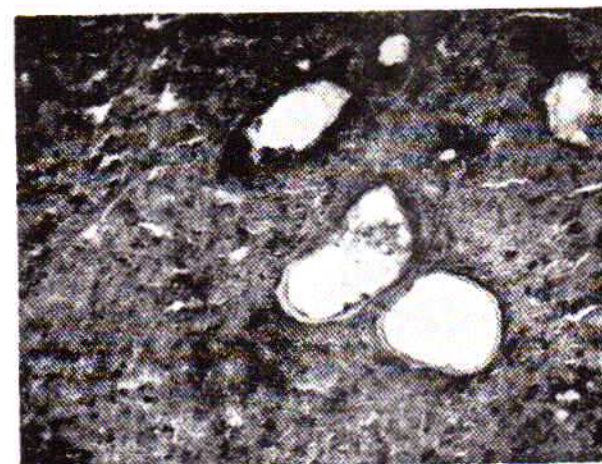
خانم فاطمه، س، ۴۵ ساله، در تاریخ ۵/۵/۵۱ بعلت درد شدید و مداوم اپی‌گاستر که به پشت و هردوشانه تیر میکشید و با خوردن غذاهای چرب و ادویه شدیدتر میشد، به بیمارستان مراجعه کرد و بستری شد.



شکل ۱- بعد از دو لوبو تومی، تومور گل‌کلی با پی بخوبی دیده میشود. (با فلش نشان داده شده است)



شکل ۲- با پنس یا بکل که با علامت فلش نیز مشخص است تومور بخوبی واضح است.



شکل ۳- نمای میکروسکوپی تومور.

کلانژیوگرافی خوراکی و یا تزریقی مخصوصاً در مواقعی که بیلیروبین متجاوز از ۴ میلی‌گرم درصد باشد ارزش مختصری دارد و کلانژیوگرافی Trans hepatic و اسپلنوپورتوگرافی

بیمار پس از ترمیم فتق و بهبود در ۲۲/۹/۵۲ مرخص گردید . بیمار ، بعد از این تاریخ در هر ماه ۱-۲ بار به درمانگاه مراجعه و ناراحتی مهم خود را احساس صفا در دهان و گاهی ترش کردن و استفراغ و درد ناحیه زیر کبده زکرمی کرد. در تاریخ ۲۹/۸/۵۳ با تصمیم جدا کردن آناستوموز کیسه صفا از معده ، با شکاف پارا مدیان راست، شکم باز شد. آناستوموز کیسه صفا جدا و خود کیسه برداشته شد و از انتهای مجرای سیستمیک ، کلدو کوگرافی بعمل آمد. مشاهده شد که کلدو ک متسع گشته است و تخلیه بسیار کند انجام میگردد و پانکراس همان قوام و سفتی قبلی خود را دارد. با تشخیص وجود مانع در انتهای تحتانی کلدو ک شروع به تغییر مسیر صفا (دریواسیون) به منظور کلدو ک و دودنو ستومی میشود و بهمین دلیل بعد از دودنو ستومی سوندی از راه کلدو ک وارد کردیم و ناحیه آمپول با انگشت لمس گردید . با کمال تعجب تومور نرم و گل کلمی و شکننده ای به اندازه یک نارنگی حس و مشاهده شد و چون امکانات اطاق عمل و حال عمومی بیمار اجازه جراحی رادیکال را نمیداد لذا اقدام به جراحی تسکینی گردید و تومور بطور موضعی برداشته و دوازده ترمیم شد . بعد از عمل بیمار دچار قلبیت های متعدد عفونی در طول ورید صافن داخلی پای راست گردید که همگی با انسزیون تخلیه شد و تحت درمان مناسب قرار گرفت. جواب آسیب شناسی، تومور از نوع آدنو کارسینومای پاپیلر بود .

بیمار در تاریخ ۲۳/۹/۵۳ با حالت عمومی خوب مرخص شد و پس از آن مرتباً پی گیری گردید.

در تاریخ ۲۵/۳/۵۴ رادیوگرافی معده و اثنی عشر بعمل آمد که نشانه ای از انسداد دیده نشد . در ۲۴/۴/۵۴ نیز دودنو سکوپپی انجام شد که نشانه ای از تنگی محل عمل و یا عود بیماری مشاهده نگردید.

آزمایش خون ، ۶ ماه بعد از آخرین عمل بدین شرح میباشد . فسفاتاز آلکلن ۲/۲ U.B.L. و کلسترول تام ۲۲۵ و بیلیروبین مستقیم ۴/۰ و غیر مستقیم ۴/۰ میلی گرم درصد. سرعت رسوب گلبولی ۱۲ و ۲۵ میلی متر . هموگلوبین ۱۵ گرم و هماتوکریت ۴۵% و S.G.O.T. ۲۴ و S.G.P.T. ۱۶ واحد و قند و اوره و سایر آزمایش ها طبیعی بود و خون پنهانی در مدفوع دیده نشد. بدین ترتیب با وجودی که بیماری پس از مدت مدیدی از شروع آن تشخیص داده شده بود و عمل جراحی انجام شده نیز عمل تسکینی 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 به هنگام بیماری است و فقط با توجه به این عارضه در مواردی که علائم مشکوک وجود دارد

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

در طی ۴ سالی که دچار این ناراحتی بود گاهیگاهی استفراغ صفاوی داشت و یکی دو بار نیز خون در استفراغ او دیده شده بود. گاهی رنگ مدفوع اوسپاه می شد و یکی دو ماه قبل از مراجعه به بیمارستان احساس لاغری میکرد. بیمار دارای شوهر ۶۶ فرزند سالم 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 ازدیاد سرعت رسوب گلبولی (۱۲ میلی متر در ساعت اول و ۱۷ میلی متر در ساعت دوم)، نکته مهمی دیده نشد .

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

در تاریخ ۱۰/۳/۵۲ بعلت عود فتق ناف و شکایت از درد ناحیه ایی گاسترو زبر کبد ، مراجعه کرد و بستری شد . آزمایش خون این مرتبه نیز غیر از سرعت رسوب کمی گلبولی بالا (۱۷ و ۳۰ میلی متر) نکته مهمی را نشان نداد. بیمار باردیگر جهت ترمیم فتق و تجسس درون شکم مورد لاپار اتومی قرار گرفت . کبد طبیعی بنظر می رسید و کیسه صفا بزرگتر از اندازه عادی بود و مجاری صفاوی اتساع داشت . لذا کلانژیوگرافی از راه کیسه صفا بعمل آمد. کلدو ک در تمام مسیر متسع ولی در انتها کاملاً باریک بود و سایه سنگ مشاهده نشد . پانکراس در لمس مانند شمع سفت بود و بهمین دلیل یک تکه برای بیوپسی از آن برداشتیم با احتمال سرطان پانکراس تصمیم به عمل پانکراتیکو دودنو ستومی گرفته شد ؛ اما کمی بعد از شروع به این عمل به جهات تکنیکی و عوامل بیهوشی از آن صرف نظر و اقدام به کله سیستمو گاسترو ستومی و گاسترو آتر ستومی کردیم . نتیجه بیوپسی پانکراتیت مزمن اعلام گردید. (بر اساس مقالات طبی متعددی که در این باره انتشار یافته است بسیاری از بیماران مبتلا به ضایعات بدخیم آمپول واتر و کلدو ک که در بدو امر غیر از اتساع کلدو ک ضایعه دیگری در آنان نیافته اند، جواب بیوپسی اولیه فقط پانکراتیت مزمن گزارش گردیده است).

بیمار ۱۶ روز بعد مرخص شد .

بیمار برای بار سوم در تاریخ ۲۳/۸/۵۲ بعلت وجود فتق محل درن عمل قبلی (ناحیه زیر کبد) و شکایت از ترش کردن و احساس صفا در دهان که ناشی از وجود آناستوموز کیسه صفا بود، مراجعه کرد و بستری شد. این مرتبه غیر از سرعت رسوب گلبولی ۲۰ و ۴۰ میلی متر و فسفاتاز آلکلن ۲/۹ U.B.L. (Bassey-lowry) و بیلیروبین مستقیم ۰/۹ میلی گرم و غیر مستقیم ۰/۱ میلی گرم در صد و تیمول ۳ واحد (Mac-Lagan) U.M. به نکته جالبی برخوردیم .

میتوان به نتایج مطلوب رسید. انجام عمل پانکراتیکو دو دکتومی در زمانی که اندیکاسیون واقعی جراحی رادیکال موجود باشد، مقبول بوده است در غیر این صورت استفاده از اعمال جراحی تسکینی که شامل اتصال معده به ژژونوم (Gastroenterostomy) و تغییر مسیر صفرا میباشد و نتایج نسبتاً خوبی نیز در بردارد، عاقلانه تر به نظر می رسد و ماندگاری «Survival» بیشتری به همراه دارد.

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.