

گزارش یک مورد هیستوسایتوما فیبری بدخیم ۱۱kg در یک بیمار ۵۴ ساله

محمد رضا قدیر^۱، سید سعید سرکشیکیان^۱، محمدرضا امجدی^۲، امیر حسین قانونی^۳، ناصر خان احمدی^۴

^۱استادیار بیماری‌های گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۲استادیار جراحی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، قم، ایران.

^۳پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۴کارشناس آندوسکوپی، بیمارستان آیت... گلپایگانی (ره)، قم، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: هیستوسایتوما فیبری بدخیم (Malignant Fibrous Histiocytoma, MFH) یک سارکوم بافت نرم است که از سلول‌های تمایز نیافته مزانشیال منشأ می‌گیرد. در بررسی‌ها، این بیماری شایع‌ترین سارکوم بافت نرم در بالغین بوده که به‌طور شایع در دهه‌های پنجم و ششم زندگی بروز می‌کند و نسبت مرد به زن در آن ۲ به ۱ می‌باشد. این بیماری غالباً در اندام‌ها و فضای رتروپریتونال رخ می‌دهد. منشأ بیشتر این تومورها از بافت نرم است و تعدادی هم از بافت استخوان مشتق می‌شود. در این مقاله به معرفی بیماری که دچار MFH در فضای رتروپریتونال شده و در هنگام تشخیص بیماری اندازه و وزن تومور در وی به اندازه قابل توجهی رسیده بود، پرداخته شده است.

معرفی مورد: بیمار آقای ۵۴ ساله‌ای است که با شکایت درد و احساس سنگینی در شکم مراجعه کرده بود. درد شکم بیمار به مدت ۲ سال شروع شده و با احساس سیری زودرس، نفخ، اضافه وزن و پرفشاری خون همراه بوده است. در معاینه، برآمدگی غیرقرینه شکم قابل رؤیت بود. پس از تشخیص توده و بررسی گسترش آن در شکم و لگن به کمک سی‌تی‌اسکن، بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت و توده‌ای با وزن تقریبی ۱۱kg خارج شد. در بررسی پاتولوژیک، سارکوم سلول اسپیندل با درجه بالا همراه با هیستوسایتوما فیبری بدخیم گزارش گردید. بعد از خروج تومور، درد شکم بیمار از بین رفت و علاوه بر آن فشار خون وی نیز به سطح نرمال بازگشت.

کلید واژه‌ها: فیروس هیستوسیتوم بدخیم؛ سارکوم؛ سرطان‌های پشت صفاق.

نویسنده مسئول مکاتبات: دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی: ghadir@ddrc.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۴/۷

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۱/۱۴

شرح مورد

بیمار آقای ۵۴ ساله‌ای است که با شکایت درد شکم مراجعه کرده بود. درد شکم در نواحی ناف و اپیگاستر بوده و همراه با احساس سنگینی، بدون انتشار و تقریباً دائمی ذکر گردید. در شرح حال اخذ شده از بیمار، افزایش درد همراه با احساس سیری زودرس و نفخ به‌هنگام غذا خوردن نیز مشاهده شد که با وجود سیری زودرس، بیمار نه تنها کاهش وزن نداشت؛ بلکه دچار اضافه وزن نیز شده بود. علاوه بر آن یبوست پیشرونده و بدون پاسخ به ملین‌ها را نیز ذکر نمود. این درد به مدت ۲ سال شروع شده و در این مدت بیمار به مراکز متعددی مراجعه کرده بود. همچنین وی

مقدمه

هیستوسایتوما فیبری بدخیم (Malignant Fibrous Histiocytoma, MFH) یک سارکوم بافت نرم است که از سلول‌های مزانشیال منشأ می‌گیرد (۱). این بیماری در دهه‌های پنجم و ششم زندگی بروز می‌کند، و نسبت مرد به زن در آن ۲ به ۱ است. این بیماری غالباً در اندام‌ها و فضای رتروپریتونال رخ می‌دهد (۲، ۱). منشأ بیشتر این تومورها از بافت نرم بوده و تعدادی هم از بافت استخوان مشتق می‌شود (۳). در این مقاله به معرفی بیماری که دچار MFH در فضای رتروپریتونال شده و در هنگام تشخیص بیماری اندازه و وزن تومور در وی به اندازه قابل توجهی رسیده بود، پرداخته شده است.

نهایت بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت. در عمل جراحی، شکم بیمار با یک برش لاپاراتومی میدلاین از ناحیه اپیگاستر تا هایپوگاستر باز شد. توده‌ای از فضای رتروپریتونال به لگن گسترش پیدا کرده بود و تومورهای به هم چسبیده و با اندازه‌های مختلف و مدور دیده می‌شد (شکل شماره ۴). توده بیمار به همراه تمامی غدد لنفاوی ناحیه‌ای در فضای رتروپریتونال طی چند مرحله از اطراف آئورت و فاشیای آن جدا شد و در نهایت به آزمایشگاه پاتولوژی ارسال گردید (شکل شماره ۴). وزن تومور در حدود ۱۱kg برآورد شد. در بررسی پاتولوژیک نیز تکثیر سلول‌های اسپیندل با هسته‌هایی با اشکال پلئومورفیک مشاهده گردید که مؤید سارکوم سلول اسپیندل با درجه بالا همراه با هیستوسایتوما فیبری بدخیم بود. بعد از خروج تومور، درد شکم بیمار از بین رفت و علاوه بر آن فشار خون وی نیز به سطح طبیعی بازگشت.

در این مدت ۲ سال پرفشاری خون نیز داشته است. در مراجعه اولیه و در معاینه، برآمدگی غیرقرینه شکم قابل رؤیت بود. لذا برای وی آندوسکوپی فوقانی انجام شد که هرنی هیاتال و به هم خوردن ساختمان ظاهری معده که به نظر ناشی از فشار خارجی بود، مشاهده گردید. جهت بررسی توده قابل لمس و فضاگیر احتمالی، سی‌تی‌اسکن شکم درخواست شد. توده‌ای به ابعاد 140×130 mm، سالیید و هیپودنس و با کانون‌های کوچک کلسیفیه در سمت چپ فضای رتروپریتونال گزارش شد که علاوه بر جا به جا کردن کلیه چپ به سمت داخل و قدام شکم، بیش از دوسوم محیط آئورت را احاطه کرده و با لنفادنوپاتی ناحیه‌ای همراه بود. علاوه بر آن چند توده ایزودنس نسبتاً بزرگ دیگری نیز در قسمت تحتانی فضای شکم و قسمت میانی فضای لگن در فضای رتروپریتونال رؤیت شد (شکل شماره ۱-۳).



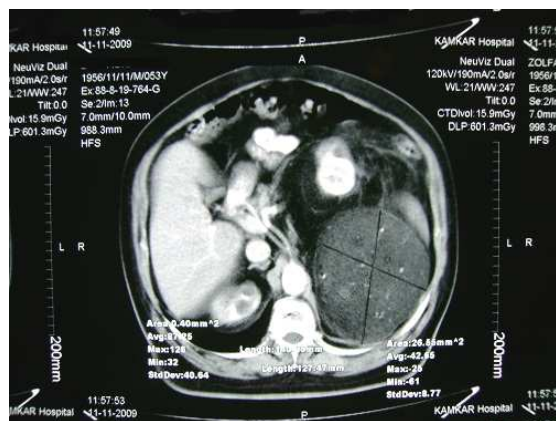
شکل شماره ۲: جا به جا کردن کلیه چپ به سمت داخل و قدام شکم و با لنفادنوپاتی ناحیه‌ای



شکل شماره ۱: توده‌ای به ابعاد 140×130 mm، سالیید و هیپودنس



شکل شماره ۴: تومورهای به هم چسبیده و در اندازه‌های مختلف و مدور همراه با مقداری از فاشیای اطراف آئورت به وزن تقریبی ۱۱kg که طی عمل جراحی خارج شدند



شکل شماره ۳: توده‌ای با کانون‌های کوچک کلسیفیه در سمت چپ فضای رتروپریتونال

بحث

هیستوسایتومای فیبری بدخیم یکی از تومورهای بافت نرم با پروگنوز ضعیف است، که در دهه‌های پنجم و ششم زندگی بروز می‌کند و نسبت مرد به زن در این بیماری ۲ به ۱ می‌باشد (۲،۱). در کل میزان بروز سالیانه این تومور، ۳۰ مورد در یک میلیون نفر گزارش شده است. بیشتر این تومورها از بافت نرم نشأت گرفته و تعدادی هم از بافت استخوان مشتق می‌شوند (۳). این تومور غالباً در اندام‌های فوقانی، تحتانی و رتروپریتونال ایجاد می‌شود و به اسامی دیگری مانند گزانگوم فیبری بدخیم، هیستوسایتومای فیبری پلئومورفیک و گزانگوم فیبری پلئومورفیک نیز خوانده می‌شود (۴،۳). در سال ۲۰۰۲ سازمان بهداشت جهانی (WHO)، نامگذاری نئوپلاسم‌های بافت نرم را براساس بدخیمی‌های فیبروز و لیپوماتوز تعدیل نمود (۵-۷). اصولاً نامگذاری MFH به علت بروز تغییرات فیبروبلاستیک و هیستوسیتیک می‌باشد، درحالی که ارزیابی‌های اخیر نشان دادند هیچ مدرکی دال بر تغییرات هیستوسیتیک واقعی وجود ندارد. علاوه بر این، ظاهر مورفولوژیک MFH پلئومورفیک همانند دیگر نئوپلاسم‌های بدخیم تمایز نیافته است. دقیقاً به همین دلایل، WHO لغات جدیدی را برای نامگذاری انواع مختلف MFH پیشنهاد کرد که عبارتند از (۸،۷):

1. Storiform/Pleomorphic MFH (Current WHO Classification: Undifferentiated High-Grade Pleomorphic Sarcoma)
2. Myxoid MFH (Current WHO Classification: Myxofibrosarcoma)
3. Giant Cell MFH (Current WHO Classification: Undifferentiated Pleomorphic Sarcoma with Giant Cells)
4. Inflammatory MFH (Current WHO Classification: Undifferentiated Pleomorphic Sarcoma with Prominent Inflammation)

MFH به‌طور شایع در اندام‌ها (۷۵-۷۰٪) و در رده بعدی در رتروپریتونال بروز می‌کند (۲۰-۱۰٪). تومور معمولاً از فاشیای عمقی یا عضلات اسکلتی منشأ می‌گیرد. همچنین بروز MFH در ریه، کلیه، مثانه، اسکروتوم، وازادفران، قلب، آئورت، معده، روده کوچک، کره چشم، CNS، اطراف ستون فقرات، سخت شامه،

سینوس‌های صورت، بینی، دهان، نازوفارنکس و بافت نرم گردن نیز گزارش شده است (۹). شایع‌ترین تظاهر بالینی MFH، وجود یک توده بدون علامت است. شکل نادری از این بیماری می‌تواند اپیزودهای هایپوگلاسمی ایجاد کرده و یا در طی بارداری به سرعت رشد کند. MFH رتروپریتونال اغلب باعث بروز علائم سرشتی از جمله تب، بی‌حالی، و کاهش وزن می‌شود. در اثر بزرگتر شدن اندازه تومور نیز علائمی به‌علت تحت فشار بودن اعضای مجاور، ایجاد می‌شود. همچنین MFH ممکن است ثانویه به رادیاسیون، آسیب توسط گلوله و یا در پی قرارگیری وسایل فلزی مانند پروتزهای مفصلی نیز به‌وجود آید (۱۰)، که در این صورت بایستی بلافاصله بعد از تشخیص، با عمل جراحی خارج شود؛ چراکه ماهیت تهاجمی این بیماری نسبتاً زیاد است. متاستازهای این تومور غالباً هماتوژنیک بوده و فقط در ۵٪ موارد متاستازهای لنفاتیک دیده شده است. شایع‌ترین محل متاستاز MFH پارانشیم ریه می‌باشد، که جهت تشخیص آن بهترین روش تصویربرداری، MRI است؛ زیرا MRI نسبت به سی‌تی‌اسکن برای بافت نرم مفیدتر می‌باشد. هرچند که برای تعیین محل دقیق تومور جهت یاری رساندن به جراح، سی‌تی‌اسکن هم می‌تواند تقریباً به اندازه MRI مفید واقع شود. در کل، در گزارشهای موردی ارائه شده، موردی از MFH رتروپریتونال به این اندازه و وزن گزارش نشده است. به‌علاوه، در اکثر موارد MFH رتروپریتونال، علائم سرشتی به‌خصوص تب، بی‌حالی و کاهش وزن نیز ذکر شده است. در این مقاله نکته جالب توجه در بیمار مورد نظر، افزایش وزن ناشی از وزن خود تومور، وسعت تومور در محوطه شکم و لگن بود، به‌طوری که به‌صورت ۴ تومور نسبتاً مجزا از هم مشاهده گردید (شکل شماره ۴). از طرفی نیز اثر فشار تومور بر اعضای مختلف شکم و لگن باعث بروز علائم مختلفی شده بود که به‌نظر می‌رسید در روده‌ها یبوست، در معده سیری زودرس و در عروق کلیه‌ها افزایش فشار خون را در پی داشته است. به‌طوری که بعد از برداشت تومور تمامی این علائم برطرف شدند.

References:

1. Ardehali S, Rezaei HR, Nadim A. The Leishmania Parasite and Leishmaniosis. 2nd ed. Tehran: Tehran University Publishment Center; 1994. [Text in Persian]
2. Mohebali M. A Review of a New Treatment Method of Cutaneous Leishmaniasis in Human. Razi Journal 1995;(12):11-15. [Full Text in Persian]
3. Mohebali A. The Zoonotic Protozoan Diseases. 2nd ed. Tehran: Nadi; 1996. p. 34. [Text in Persian]
4. Yaghoobi-Ershadi MR, Javadian E. Epidemiological Study on Sandflies in a Hyperendemic Focus of Zoonotic Cutaneous Leishmaniosis in Iran. Indian J Med Res 1997;105:61-66.
5. Soufizade A. A Study on Vectors and Reservoirs of Cutaneous Leishmanianisis Using Molecular Methods in Kalaleh City Focus in Order to Providing Preventive Programs. Thesis for Master Degree of Health Sciences in Medical Entomology and Vector Controlling, Faculty of Health, Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2007. p. 99-100. [Text in Persian]
6. Rassi Y, et al. Meriones Libycus is the Main Reservoir of Zoonotic Cutaneous Leishmaniasis in South Islamic Republic Iran. Eastern Mediterranean Health Journal 2006;12:3/4,474-7.
7. Nadim A, Javadian A, Mohebali M, Zamen Moemeni A. The Leishmania Parasite and Leishmaniosis. 3rd ed. Tehran: Tehran University Publishment Center; 2008. p. 177-208. [Text in Persian]
8. Sharifi I, Fekri M, Aflatonian MR, et al. Cutaneous Leishmaniasis in Primary School Children in the South-Eastern Iranian City of Bam, 1994-95. Bulletin of the World Health Organization 1998;76:289-293.
9. Momeni AZ, Aminjavaheri M. Clinical Picture of Cutaneous Leishmaniasis in Isfahan Iran Int. J Dermatol 1994;33:260-265.
10. Mohammadi-Azani S. The Assessment of Vectors and Reservoirs of Cutaneous Leishmanianisis in Damghan City Focus , Semnan Province. Thesis for Getting MS Degree of Health Sciences in Medical Entomology and Vector Controlling. Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences 2008. [Text in Persian]