

## معرفی یک مورد تومور جزایر پانکراس (انسولینوما)

دکتر محمود سعیدی<sup>۱</sup>

را در سی‌تی‌اسکن مشخص کنیم. با انجام این اقدام تشخیصی محل تومور که در سمت چپ شریان مزاتریک فوقانی و با قطری حدود یک سانتیمتر شد. به دلیل هیپوگلیسمی‌های خطرناک، بیمار بلافاصله برای انجام عمل جراحی لاپاراتومی آماده شد.

با انسزیون عرضی دو طرفه شکمی علیرغم چاقی شدید بیمار، اکسپوزر خوبی از حفره پریتونال محقق شد و پس از قطع امتوم گاستروکولیک، غده پانکراس به شکل کامل نمایان گردید. در اکسپلوراسیون شکم، آسیت و آدنوپاتی خاصی دیده نشد. کبد و طحال نرمال بود و در لمس پانکراس، توده‌ای کوچک به قطر یک سانتیمتر و در عمق دو سانتیمتری از سطح پانکراس دقیقاً در سمت چپ شریان مزاتریک فوقانی لمس گردید.

متعاقب مانور کوخر وسیع، هیچ توده‌ای در سر پانکراس لمس نشد. پریتوان روی تومور باز گردید و توده‌ای که بسیار پر عروق بود به آرامی از نسج پانکراس جدا شد، تهاجم خاصی به نسج اطراف وجود نداشت و در نهایت تومور به شکل کامل از شکم خارج شد. در محل خونگیری، درناژ و جدار شکم در لایه‌های آناتومیک ترمیم گردید.

پس از عمل بلافاصله قند خون بیمار به حد ۱۰۰ تا ۱۱۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر بازگشت و این در حالی بود که مایع دریافتی بیمار حاوی گلوکز IV بسیار کمی بود. پس از ۲ روز، رژیم دهانی برای وی شروع شد. بیمار با قند خون ۱۰۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر مرخص شد. پس از ترخیص بیمار نیز قند خون وی همچنان در حد ۹۰ تا ۱۰۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر در نوسان می‌باشد.

### بحث

انسولینوما شایعترین تومور سلولهای جزایر پانکراس است که با ترشح مقادیر زیادی انسولین باعث علائم هیپوگلیسمی شدید و کشنده و گاهی سکل مغزی پایدار می‌شود (۱، ۲). شیوع آن در هر سن و در تمام قسمتهای پانکراس یکسان و در ۸۰٪ موارد خوش‌خیم در ۴۰٪ موارد زیر یک سانتیمتر می‌باشد (۱، ۴). در ۵٪ موارد تومور همراه با MEN/A-I دیده

انسولینوما از تومورهای نادر شکمی بوده که با ترشح انسولین باعث علائم شدید هیپوگلیسمی و گاهی مرگ بیمار می‌گردد (۱).

محل این تومور در غده پانکراس و با ابعاد کوچک ۱ تا ۲ سانتیمتر بوده و بروز تریاد ویپل (علائم هیپوگلیسمی، قند خون زیر ۵۰mg/dl، برطرف شدن علائم هیپوگلیسمی با تجویز وریدی قند) علامت تیپیک تشخیصی آن است. این بیماران معمولاً بدلیل تغذیه مواد قندی فراوان، چاق بوده و به دلیل بروز اختلالات رفتاری - کاهش سطح هوشیاری یا اختلالات حافظه معمولاً تا مدتی با تشخیص مشکلات روحی و روانی درمان می‌شوند (۲، ۳). تشخیص هر چه سریعتر این بیماران مهم است زیرا هیپوگلیسمی می‌تواند باعث آسیبهای مغزی و حتی مرگ شود (۱، ۲). درمان قطعی این تومور فقط با رزکسیون آن قابل انجام است.

### معرفی بیمار

بیمار خانم ۵۸ ساله‌ای بود که از حدود یکسال قبل از مراجعه دچار ضعف و بی‌حالی، احساس شدید گرسنگی، کاهش سطح هوشیاری و تکلم کلمات نامربوط شده که تجویز مواد قندی خوراکی و یا تزریقی باعث بهبود بیمار می‌شده است. قند خون بیمار در هنگام بروز این علائم بارها در حد ۳۰-۲۵mg/dl گزارش شده بود. بیمار به همین دلیل چند بار بستری شده و با تشخیص احتمالی انسولینوما با دیازوکساید درمان شده ولی از مراجعه به پزشک جراح برای عمل جراحی اجتناب کرده بود. بیمار در این مدت چندین بار دچار تشنج نیز شده که بلافاصله با تزریق گلوکز رفع شده بود. همچنین به دلیل خوردن مواد قندی وزن بیمار نیز به وضوح افزایش یافته بود.

در نهایت، بیمار پس از حدود یکسال وقفه به پزشک جراح مراجعه کرده و با تشخیص تومور سلولهای بتای پانکراس بستری شد. در آخرین بار بستری شدن در بیمارستان، قند خون بیمار در حالی که روزانه از حدود ۳۰۰ تا ۵۰۰ گرم گلوکز IV و مواد قندی خوراکی به شکل همزمان استفاده می‌کرد، در حد ۳۰ تا ۵۰mg/dl گزارش می‌شد. سونوگرافی شکم و از جمله پانکراس نرمال بود ولی امکان تعیین سطح انسولین خون بیمار و همچنین امکان انجام آنژیوگرافی شریان سلیاک به لحاظ محدودیتهای تشخیصی وجود نداشت. سی‌تی‌اسکن پانکراس با مقاطع ظریف همراه با تزریق دوز دوپل ماده کنتراست باعث شد تا با توجه به پر عروق بودن تومور بتوانیم آن

۱ - گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی استان اصفهان، اصفهان.

اصلی می‌باشد (۱، ۲، ۵).

در بیمار فوق وجود چند نکته خاص جالب توجه است. این تومور علیرغم اینکه چندین بار باعث بروز تشنج در بیمار شده بود ولی هیچ ضایعه و سکل مغزی باقی نگذاشت. با وجود اینکه انسولینوماها معمولاً در سی‌تی‌اسکن مشخص و مشهود نمی‌شوند با این حال این تومور با وجود اندازه زیر یک سانتیمتر به خوبی در سی‌تی‌اسکن مشخص شد بطوری که در حین لاپاراتومی نیز محل تومور در پانکراس با محلی که در سی. تی. اسکن مشخص شده بود به خوبی مطابقت می‌کرد. انسولینوماها می‌توانند متعدد و منتشر در سراسر پانکراس باشند ولی این تومور با اندازه‌ای حدود یک سانت و به شکل منفرد باعث بروز هیپوگلیسمی خطرناک شده بود. در مقالات مدلاین اگر چه برای تشخیص دقیق این تومور به آنژیوگرافیهای انتخابی شریان سلیاک اشاره می‌شود ولی همزمان از سی‌تی‌اسکن بعنوان یک روش تقریباً غیر دقیق اسم برده می‌شود. بعلاوه تومور انسولینوما ممکن است در تمامی بافت پانکراس پراکنده بوده و در حقیقت جراح، توده یا تومور مشخصی را در بافت پانکراس پیدا نکند و به همین دلیل مجبور به رزکسیون کور پانکراس از سمت دیستال به پروگزیمال می‌گردد و گاهی حتی با انجام چنین عمل وسیعی نیز باز هم بهبودی صد در صد حاصل نمی‌شود.

می‌شود (۲، ۴). علائم تبییک آن تریادویل (قند زیر ۵۰ میلیگرم در دسی‌لیتر، علائم هیپوگلیسمی، برطرف شدن علائم با تزریق وریدی گلوکز) می‌باشد (۱، ۳). ولی گاهی باعث بروز اختلالات رفتاری یا حافظه می‌گردد بطوری که بیماری با مشکلات روانی اشتباه گرفته می‌شود (۳، ۴).

از لحاظ تشخیص هر چند سنجش سطح انسولین می‌تواند ارزشمند باشد ولی ممکن است انسولین سرم نرمال گزارش گردد (۴، ۵). با این حال نکته مهم عدم تناسب سطح انسولین و گلوکز سرم می‌باشد چنانچه نسبت قند خون به انسولین بالاتر از ۳٪ باشد می‌تواند حاکی از وجود انسولینوما باشد (۷، ۳).

به دلیل پر عروق بودن تومور آنژیوگرافی از روشهای خوب تشخیصی و همچنین از روشهای ارزشمند تعیین محل تومور می‌باشد و به دلیل کوچک بودن اندازه تومور احتمال دیده شدن تومور در سی تی اسکن پانکراس زیاد نیست (۴، ۵).

از راههای درمان طبی این بیماری به جز تجویز مکرر گلوکز و مواد قندی می‌توان از تجویز دیازوکسید نام برد که با کاهش آزاد شدن انسولین باعث بهبود نسبی علائم بیمار می‌شود (۲، ۳). در هر حال بهترین و تنها درمان قطعی این بیماری عمل جراحی رزکسیون تومور می‌باشد. در صورتی که محل تومور مشخص نباشد رزکسیون کورکورانه نیمه دیستال پانکراس و مطالعه همزمان با فروزن سکشن برای تعیین رزکسیون قطعی تومور درمان

## مراجع

- 1- Schwartz S. Principles of surgery. 7th Ed. Saunders Co. 1999: 1493.
- 2- Chirletti P. Topographic diagnosis and surgical Treatment of insulainoma. Medline Italy university of Rome 52nd Ed. 2000.
- 3-Norton JA. Intra operative procedases to localize endocrine tumors of the pancreas and duodenum. Medline, USA university of Caligornia, 31st Ed. 1999.
- 4- Correnti S. Intra operative Ultrasonography for pancreatic Insulinoma. Medline, Prugia Italy department of surgery, 43rd Ed. 1996.
- 5- Raba Y. Localization of insulिनomas. Japan Kagoshima University Department of Radiology 41st Ed. 2000.