

گزارش یک مورد نادر از همزمانی دیس ژرمینومی غدد لنفاوی کشاله ران و

پاپیلری سروسیست آدنو کارسینوما تخمدان راست و چپ با متاستاز به امتوم

دکتر فاطمه همایی* - دکتر حمید سعیدی ساعدی** - دکتر ناهید امینیان*** - دکتر درهمی**** - دکتر نیره قمیان***** - دکتر فاطمه افتخار زاده*****

*استادیار رادیوتراپی، انکولوژی، بیمارستان قائم مشهد
 **دستیار رادیوتراپی، انکولوژی، بیمارستان قائم مشهد
 ***استادیار آسیب شناسی، بیمارستان امام رضا (ع) مشهد
 ****استاد آسیب شناسی، بیمارستان امام رضا (ع) مشهد
 *****استادیار زنان و مامایی، بیمارستان امام رضا (ع) مشهد
 *****دستیار زنان و مامایی، بیمارستان امام رضا (ع) مشهد

تاریخ دریافت مقاله: ۸۳/۱۰/۲۴

تاریخ پذیرش: ۸۴/۸/۱۲

چکیده

گزارش حاضر مربوط به خانمی است ۴۵ ساله، متاهل و چندزنا که با آدنوپاتی کشاله ران مورد معاینه و بیوپسی قرار می گیرد. پاسخ آسیب شناسی دیس ژرمینوم درغده لنفاوی کشاله ران بود. پس از بررسی های اولیه، با شک به اینکه منشأ تخمدان است، تحت جراحی و حذف کامل رحم و ضمائم دو طرف و امتوم به دلیل درگیری از طریق شکم قرار می گیرد، گزارش آسیب شناسی برخلاف انتظار پاپیلاری سروسیست آدنو کارسینوم دو طرفه تخمدان با درگیری امتوم بود. این مورد بسیار نادر است لذا مورد گزارش قرار گرفته است.

کلید واژه‌ها: آدنو کارسینوم / دیس ژرمینوم / سرطان های تخمدان / غدد لنفاوی

مقدمه

وقوع همزمان یا غیرهمزمان بدخیمی های مختلف به خوبی شناخته شده است (۴). بویژه سرطان پستان همراه سرطان های اپی تلیال تخمدان به صورت سندرم سرطان پستان و تخمدان ارثی (HBOC) و یا پیدایش سرطان تخمدان به عنوان جزئی از سندرم سرطان کولورکتال غیرپولیپوزی ارثی (HNPCC) Hereditary nonpolyposis colorectal cancer دیده می شود، اما رخداد همزمان دو نوع سرطان تخمدان متفاوت در یک بیمار، تاکنون گزارش نشده است. لازم است در شرایطی که از نظر بالینی تظاهر غیرمعمول بیماری وجود داشته باشد، نمونه گیری کافی از محل های آناتومی غیرمعمول انجام شود.

معرفی بیمار

بیمار خانمی ۴۵ ساله و یائسه با سابقه هشت بار حاملگی

سرطان تخمدان، سردهسته علل مرگ ناشی از بدخیمی های دستگاه تناسلی زنان است (۱). در مجموع، سرطان تخمدان ۴٪ از کلیه سرطان های تشخیص داده شده و ۵٪ از کل مرگ های ناشی از سرطان را شامل می شود (۲). این بدخیمی از نظر آسیب شناسی به سه دسته عمده تقسیم می شود: اپی تلیال کارسینوماها، ژرم سل تومورها و استرومال کارسینوماها.

اکثر کارسینوماهای اپی تلیال تخمدانی در زنان، بعد از سن یائسگی شناسایی می شوند. به طوری که در بیشتر منابع، متوسط سن تشخیص بیماران ۶۳ سال ذکر شده است. شیوع ژرم سل تومورهای تخمدان، به نسبت اپی تلیال کارسینوماها، کمتر است و عمدتاً زنان جوان تر را مبتلا می سازد و بیشترین سن شیوع آنها نیز در ۲۰ سالگی است (۳).

طرفه تخمدان و دیس ژرمینوم در غده لنفاوی کشاله ران تأیید گردید. در بررسیهای پس از عمل جراحی، در سی تی اسکن شکم و لگن مورخ ۸۳/۳/۶ پانکراس و طحال و کبد فاقد ضایعه فضاگیر و طبیعی بود. کلیه راست آتروفیک و حالب راست برجسته. در کلیه راست سیستم پیلوکالیس دارای FULLNESS بوده آدنوپاتی در نواحی پارا آئورت به ابعاد ۱۰-۴۰ میلیمتر و دارای نکروز رویت گردید. در بررسی لگن، در زنجیره ایلپاک داخلی راست آدنوپاتی ۱۰-۲۰ میلیمتر رویت شد که در طرف راست لگن و در امتداد قسمت فوقانی واژن قرار داشت. در HRCT قفسه سینه (سی تی اسکن قفسه سینه با وضوح بالا) مورخ ۸۳/۳/۶ در بررسی مדיاستن آدنوپاتی ۱۰-۱۵ میلیمتر در اطراف کارینا و هیل ریتین رویت شد. تصویر کاویته با جدار ضخیم در سگمان خلفی لوب فوقانی ریه راست همراه با آتلکتازی خطی و سگمانتر مشخص بود که ناشی از شکل ضایعه عفونی قدیمی گزارش گردید. در بررسی میدانهای ریوی ضایعه، تصویر ندول ۱۰ میلیمتر در قسمت خلفی سگمان های بازال لوب تحتانی ریه راست رویت شد که مطرح کننده متاستاز بود. تستهای عملکرد کبد و کلیه بیمار نرمال بوده، مقادیر تومور مارکرهای CEA: 0.8 و CA125: 44 و تیتراژ بتا HCG ۲۵۰۰ واحد بود.

بیمار با تشخیص فوق تحت شش دوره کموتراپی با رژیم تاکسول و کاربوپلاتین قرار گرفت.

بحث و نتیجه گیری

اکثر پزشکان سرطانهای اپی تلیال تخمدان را به عنوان قاتلین خاموش می شناسند چرا که بسیاری از بیماران در مرحله ای که بیماری به خارج تخمدان گسترش یافته و نواحی خارج از لگن را نیز مبتلا کرده، به پزشک مراجعه می کنند. بطوریکه، تقریباً ۷۰٪ سرطانهای اپی تلیال تخمدان در مراحل ۳ و ۴ بیماری تشخیص داده می شوند، در حالیکه بیماران مبتلا به بدخیمی های از نوع ژرم سل تخمدان عموماً در مراحل اولیه (stage 1) بیماری،

و هفت بار زایمان طبیعی بود که یک مورد سقط و پنج فرزند سالم داشت. سابقه مصرف ۱۲ ساله قرص های ضد بارداری به صورت نامنظم داشته، از حدود ۱/۵ سال قبل دچار لکه بینی و دردهای مبهم در زیر ناف و ناحیه لگن شده بود. از حدود یک ماه قبل از مراجعه بیمار متوجه توده هایی در ناحیه کشاله ران سمت چپ گردید که به تدریج افزایش اندازه داشته اند. با مراجعه به پزشک و تأیید وجود غدد لنفاوی بزرگتر از طبیعی در ناحیه کشاله ران چپ، در تاریخ ۱۳/۲/۸۳ تحت بیوپسی از ضایعه مذکور قرار گرفت که گزارش آسیب شناسی آن بر طبق بررسی ریز بینی، انتشار کارسینوم با نمای ژرمینال در غده های لنفاوی دیده شد و تشخیص نهایی آن :

دیس ژرمینومای متاستاتیک تخمدان به غده لنفاوی
Metastatic Dysgerminoma of ovary to lymph node
بود.

در بررسی های اولیه، در سونوگرافی از طریق شکم مورخ ۸۳/۲/۶ تخمدان چپ طبیعی، تخمدان راست حاوی توده هایی با اجزا تو پر و کیستیک به قطر ۱۰ سانتی متر گزارش گردید. وی در تاریخ ۸۳/۲/۲۴ با تشخیص احتمالی دیس ژرمینومای تخمدان، تحت جراحی و حذف کامل رحم و ضمائم دو طرف و امتوم از طریق شکم قرار گرفت. گزارش آسیب شناسی آن بر خلاف انتظار بر طبق گزارش میکروسکوپی، پاپیلری سروسیست آدنوکارسینوم نسبتاً دیفرانسیه تخمدان راست و چپ با تهاجم به سطح سروزی تخمدان راست و متاستاز به امتوم نمایان بود. لوله های رحم بدون تهاجم نئوپلازیک، جسم رحم بدون آزار تومورال و سرویکس با سروسیست مزمن و هایپرپلازی آدنو ماتوئید غدد اندوسرویکال همراه بود. تشخیص نهایی آن :

-پاپیلری سروسیست آدنو کارسینوما ی تخمدان راست و چپ با متاستاز به امتوم .

-رحم و لوله های رحم دو طرف بدون کانون متاستاتیک. در بررسی مجدد لامهای آسیب شناسی مورخ ۸۳/۳/۷ نمونه های مذکور، پاپیلری سروسیست آدنوکارسینوم دو

بروز میدهد. در سیست ادنوکارسینوما درجه تمایز هیستوپاتولوژی (گرید) یک مؤلفه مهم از رفتار کلینیکال، پتانسیل متاستاز، مرگ آوری تومور است. این مطلب علی الخصوص در تومورهای سروری از صحت بالایی برخوردار است (۸).

دیس ژرمینوما از بسیار ی از جنبه‌ها از مالیگنانسی‌های اپیتلیالی تخمدان متفاوت است. عمدتاً در بیماران جوان تر رخ می‌دهد (۸۵٪ بیماران کمتر از ۲۹ سال سن دارند). شکل اصلی گسترش آن از طریق لنفاوی است تا اینکه ترانس‌پریتونئال باشد. حساسیت بسیار بالایی به رادیوتراپی داشته و رادیو سنسیتیویتی آن معادل تومور مردان یعنی سمینوم بیضه می‌باشد. ۹ در ۳٪ کلیه تومورهای تخمدانی با منشا اپیتلیال، نمای مخلوط رخ می‌دهد که هنگامی که بیش از ۱۰٪ نئوپلاسم نشانگر یک نوع سلولی ثانویه باشد، تعریف می‌گردد.

یک ترکیب شایع، ترکیب CLEAR-CELL و ENDOMETRIOIE-CARCINOMA می‌باشد.

هر دو نوع اپیتلیال کارسینوم مذکور به اندومتر یوز مرتبط می‌باشد. ترکیب تومور اندومتروئید و سرور نیز به طور شایعی رخ می‌دهد (۱۰).

اما رخداد همزمان دو نوع کانسر تخمدان به صورت همزمان با منشا ژرم سل و اپیتلیال تخمدان تا کنون گزارش نشده است.

تشکر و قدردانی:

بدین وسیله از همکاری آقای دکتر بهرام معمار که در بررسی مجدد نمونه های آسیب شناسی به ما کمک نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمائیم.

مشخص می‌گردند (۵). برخلاف سرطانهای اپی تلیال، ژرم سل تومورهای تخمدان سبب کشیدگی و پیچش لیگامان انفانیدیولوپلویک شده و باعث درد شدید لگن در زمانی که بیماری هنوز محدود به تخمدان است، می‌گردند. احساس ناراحتی در شکم و نفخ (BLOATING) شایعترین شکایات بیماران با سرطان اپی تلیال تخمدان است. شکایات خونریزی واژینال، علایم گوارشی و سیستم ادراری شیوع کمتری دارند.

ژرم سل تومورهای تخمدان میتوانند بسیار بزرگ باشند و اغلب بیش از ۲۰ میلیمتر اندازه دارند. به جز دیس ژرمینوم، درگیری دو طرفه تخمدان در این تومورها ناشایع است. سطوح مختلف پریتونئال، علاوه بر درگیری غدد لنفاوی مبتلا می‌گردند. این تومورها به نظر میرسد که در قیاس با تومورهای اپی تلیال تخمدانی تمایل بیشتری به متاستاز خونی داشته و درگیری کبد و ریه ممکن است در این موارد مشاهده شود (۶).

سرطان تخمدان بر اثر گسترش مستقیم به ارگانهای مجاور به علت تفلس سلولها به داخل حفره پریتونئال، پخش میگردد. این امر میتواند سبب کاشته شدن سلولهای بدخیم (implant) روی صفاق احشائی و جداری شده و سر تاسر حفره صفاق را درگیر سازد. در سرطان تخمدان گسترش لنفاتیک نیز رخ میدهد، که این امر علی الخصوص به غدد لنفاوی دیواره جانبی لگن (زنجیرهای ایلپاک خارجی و اوبتراتور) و در طول عروق گنادال به زنجیرهای غدد لنفاوی پارائورت و ایلپاک مشترک، صورت می‌پذیرد (۷). در کل شایع ترین نوع کانسر تخمدان اپیتلیالی از سطح اپیتلیوم تخمدان، منشأ می‌گیرد. در صورتی که اپیتلیوم تخمدان بدخیم گردد، انواعی از تمایزات mullerian را

منابع

1. Landis SH, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics. CA Cancer J Clin 1999; 49: 8.
2. Yancik R. Ovarian cancer. Age counteracts in incidence, histology, disease stages at diagnosis, and mortality. Cancer 1993; 71: 517.
3. Yancik R, Ries LG, Yates JW. Ovarian cancer in the elderly: an analysis of, surveillance, epidemiology and end results program data. Am J Obstet Gynecol 1986; 154: 639.
4. Lynch HT, Kimberling W, Albano WA, et al. Hereditary nonpolyposis colorectal cancer.

- (Lynch syndrome I and II). I. Clinical description of Resource. *Cancer* 1985; 56: 934.
5. Schwartz PE, Chambers SK, Chamber JT, Tilton K, Foemmer R. CA 125 in peritoneal washing and fluid: correlation with plasma CA 125 and peritoneal cytology. *Obstet Gynecol* 1989; 73:339.
6. Ozols RF, Schwartz PE, Eifel PJ. Ovarian Cancer, piau Tube Carcinoma. In: Vincent T. *Cancer Principles & Practice of Oncology*. 6th ed. London; Lippincott Williams & Wilkins, 2001:1599.
7. Fishman DA, Schwartz PE. Current Approaches to Diagnosis and Treatment of Ovarian Germ Cell Malignancies. *Curr Opinion Obstet Gynecol* 1994; 6: 98.
8. Asadourian LA, Taylor HB. Dysgerminoma: an Analysis of 105 Cases. *Abstet Gynecol* 1969; 33: 370 - 379.
9. De Palo G, Pilotti S, Kenda R, et al. Natural History of Dysgerminoma. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 143:799 – 807.
10. Ozols RF. Epithelial Ovarian Cancer. in: William J, HoTCarlos A, Preze Hoskins. *Gynecologic Oncology*. 3rd ed. London; Lippincott Williams and Wilkins, 2000: 998.

Key words: Adenocarcinoma/ Dysgerminoma/ Lymph Nodes/ Ovarian Neoplasms