

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دوره ۲۹ شماره ۳ پاییز ۱۳۸۶ صفحات ۴۲-۳۹

نتایج پنج ساله مطالعات ۳۹ مورد تومور جسم کاروتید در بیمارستانهای امام خمینی و شهید قاضی تبریز

دکتر امراه بیات: دانشیار جراحی عمومی دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط

E-mail: BayatA@Tbzmed.ac.ir

دکتر صمد مصدقی: دانشیار جراحی عمومی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر محمودرضا میری: استادیار جراحی عمومی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر ابوالفضل شیرین زاده: استادیار جراحی عمومی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۵/۶/۳ پذیرش: ۸۶/۱/۲۹

چکیده

زمینه و اهداف: تومور جسم کاروتید بیماری نسبتاً نادری است که بصورت توده گردنی ضریان دار در ناحیه زاویه فک تحتانی بروز نموده و غالباً بدون درد می باشد. توجه به علایم بالینی و رشد آهسته تومور و مشکلات ناشی از انجام بیوپسی، اقدامات تشخیصی دیگری غیر از بیوپسی را مورد توجه قرار می دهد.
روش بررسی: در این بررسی پرونده تمام بیمارانی که با توده گردنی بستری شده بودند مورد مطالعه قرار گرفت که از بین آنها تعداد ۳۹ بیمار مبتلا به تومور جسم کاروتید که از ابتدای سال ۱۳۷۵ تا آخر سال ۱۳۸۰ تحت درمان قرار گرفته بودند بطور توصیفی گذشته نگر بررسی گردید.

یافته ها: میانگین سنی بیماران مورد مطالعه ۴۵ سال بود، که ۲۱ مورد مرد و ۱۸ مورد زن را شامل می شد. شایعترین شکایت بیماران توده گردن (۱۰۰٪) احساس درد (۲۱٪) انحراف زبان (۳٪) سرگیجه (۲٪) بود. ۸ مورد از این بیماران قبلاً در سایر مراکز درمانی بیوپسی و که بعلت خونریزی شدید جهت درمان قطعی به مرکز آموزشی درمانی امام خمینی ارجاع شده بودند. در ۲ نفر از بیماران تومور دو طرفه وجود داشت. در ۶۰٪ بیماران اندازه تومور بزرگتر از ۴ سانتی متر و بقیه موارد کوچکتر از ۴ سانتی متر بود. تمامی بیماران تحت عمل جراحی رزکسیون تومور قرار گرفتند. در ۲ مورد بعلت پارگی شریان کاروتید داخلی با استفاده از سنت داخل شریانی عمل ترمیم شریان و در ۱ مورد بعلت پارگی شریان کاروتید داخلی و خونریزی شدید لیگاتو شریان کاروتید داخلی صورت گرفت (بیمار مذکور یک هفته بعد از عمل جراحی همی پارزی داشت و بتدریج همی پارزی بیمار برطرف گردید). در ۲ مورد از بیماران بعلت خونریزی شدید حین عمل جراحی لیگاتور شریان کاروتید مشترک و کاروتید داخلی صورت گرفت (این ۲ بیمار در حالت کوما سه روز بعد از عمل جراحی فوت نمودند). یک مورد از بیماران گلوبوس تومور ژوگولر داشت. تشخیص بافت شناسی پس از عمل جراحی تمامی موارد را پاراگانگلیوما مطرح نموده و هیچ مورد از بدخیمی گزارش نگردید.

نتیجه گیری: این تومورها غالباً خوش خیم هستند و چنانچه قبل از عمل تشخیص داده شوند امکان رزکسیون کامل تومور وجود دارد و در مواردی که قبل از عمل تشخیص داده نشوند ممکن است خونریزی شدید ضمن عمل جراحی مانع رزکسیون کامل تومور گردد.

کلید واژه ها: پاراگانگلیوما، کمودکتوما، تومور جسم کاروتید، توده گردن، شریان کاروتید

مقدمه

تومور جسم کاروتید از تومورهای نادر سر و گردن می باشد که از سلولهای ستیغ عصبی منشأ گرفته و اغلب از دیواره شریانی و یا اعصاب کرانیال ناحیه گردن بوجود می آید (۱) و در محل دو شاخه شدن شریان کاروتید رشد می کند و شدیداً پر عروق می باشد (۲، ۱). اکثر خوش خیم بوده و ندرتاً بدخیم می شوند و علت مراجعه اکثر بیماران توده گردنی در مجاورت زاویه فک تحتانی می باشد، این تومور رشد بسیار آهسته داشته و اغلب ضریان دار می باشد در حالیکه قابل اتساع نیستند (۳ و ۴). این تومورها بندرت تا کف جمجمه رشد می کنند (۱). در معاینه بالینی حرکت پاندولی و عرضی داشته و در جهت بالا و پایین حرکت ندارند. برای تشخیص از داپلر سونوگرافی، سی تی اسکن و (ام - آر - ای) و ام - آر - آنژیوگرافی (۶-۳) استفاده می شود، آنژیوگرافی بطور

تومور جسم کاروتید از تومورهای نادر سر و گردن می باشد که از سلولهای ستیغ عصبی منشأ گرفته و اغلب از دیواره شریانی و یا اعصاب کرانیال ناحیه گردن بوجود می آید (۱) و در محل دو شاخه شدن شریان کاروتید رشد می کند و شدیداً پر عروق می باشد (۲، ۱). اکثر خوش خیم بوده و ندرتاً بدخیم می شوند و علت مراجعه اکثر بیماران توده گردنی در مجاورت زاویه فک تحتانی می باشد، این تومور رشد بسیار آهسته داشته و اغلب ضریان دار می باشد در حالیکه قابل اتساع نیستند (۳ و ۴). این تومورها بندرت تا کف جمجمه رشد می کنند (۱). در معاینه بالینی حرکت پاندولی و عرضی داشته و در جهت بالا و پایین حرکت ندارند. برای تشخیص از داپلر سونوگرافی، سی تی اسکن و (ام - آر - ای) و ام - آر - آنژیوگرافی (۶-۳) استفاده می شود، آنژیوگرافی بطور

روتین و در همه بیماران برای تشخیص ضرورت نداشته (۲و۶) و بیوپسی سوزنی برای تشخیص کمک چندانی نمی کند (۲و۷).

مواد و روش ها

پرونده تمام بیمارانی که با توده گردنی در بخشهای جراحی بیمارستان امام خمینی و شهید قاضی طباطبائی بستری شده بودند بررسی و از بین آنها پروندههایی که با تشخیص قطعی تومور جسم کاروتید مرخص شده بودند انتخاب و تعداد ۳۹ مورد که طی سالهای ۱۳۷۵-۱۳۸۰ تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند مورد مطالعه قرار گرفت. همچنین سه مورد که در سایر بخشها و یا سایر مراکز درمانی تحت عمل جراحی قرار گرفته و بعلت خونریزی شدید ضمن عمل جراحی مورد مشاوره جراحی عروق قرار گرفته بود وارد مطالعه شدند.

یافته ها

پس از بررسی پرونده ۳۹ مورد تومور جسم کاروتید که تحت عمل جراحی واکسیزیون کامل تومور قرار گرفته بودند مشخص گردید که ۲۱ مورد مرد و ۱۸ مورد زن بودند و اغلب بیماران در سنین ۳۵ تا ۴۵ سالگی قرار داشتند، جوانترین بیمار ۲۰ ساله و مسن ترین بیمار ۶۸ سال سن داشت در ۳۷ مورد تومور یک طرفه و در ۲ مورد دو طرفه بود. علائم این بیماران در جدول شماره ۱ بیان شده است:

جدول ۱: علائم بیماری هنگام مراجعه

علائم	تعداد
توده گردنی	۳۹
احساس درد در محل توده	۵
سرگیجه	۱
انحراف یکطرفه زبان	۲

هشت مورد از بیماران که در سایر مراکز درمانی با تشخیص اولیه توده گردنی بیوپسی و یا اقدام به عمل جراحی رزکسیون تومور شده بود بعلت خونریزی شدید و غیر قابل کنترل به عمل جراحی خاتمه داده و صرفاً اقدام به بیوپسی شده بود که گزارش پاتولوژی اغلب بیانگر وجود غدد بزاقی بود. در ۶۰٪ بیماران اندازه تومور بیش از ۴ سانتیمتر و در ۴۰٪ بیماران قطر تومور کمتر از ۴ سانتی متر بود. سونوگرافی در ۲۵ مورد انجام گرفته بود که صرفاً توده Solid گزارش و کمکی به تشخیص نکرده بود، در ۲۲ مورد بیمار سی تی اسکن انجام که در ۴۰٪ بیماران توده بدون ارتباط با عروق گردن گزارش شده و در عمل جراحی گزارش سی تی اسکن مورد تایید قرار نگرفته بود. در ۴ مورد آنژیوگرافی صورت گرفته بود که در آنژیوگرافی های انجام توده پر عروق که باعث باز شدن زاویه محل دو شاخه شدن کاروتید گردیده گزارش شده بود. بالاخره تمام بیماران با تمهیدات تومور جسم کاروتید تحت عمل جراحی قرار گرفته و توده بطور کامل درآورده شد، در ۲ مورد از بیماران هنگام جدا کردن سوب ادواتیسی تومور شریان کاروتید

داخلی شد که بلافاصله شنت داخل شریانی گذاشته شد و پس از در آوردن تومور با نایلون ۶ صفر شریان ترمیم گردید. در یک مورد پس از عمل جراحی پارزی یکطرفه وجود داشت که طی مدت ۳ روز پس از عمل پارزی برطرف گردید. در بیمارانی که تومور دو طرفه داشتند عمل جراحی در ۲ نوبت و به فاصله زمانی یک ماهه صورت و در هر نوبت تومور یکطرفه کردن رزکسیون گردید. در بیماران مورد مطالعه سابقه گرفتاری فامیلی تومور جسم کاروتید وجود نداشت. در یک مورد از بیماران شریان کاروتید داخلی بعلت پارگی و خونریزی شدید ضمن عمل جراحی لیگاتور شد که بیمار پس از عمل بمدت یک هفته پارزی اندام داشت و پس از آن پارزی بیمار بطور کامل برطرف گردید. دو مورد از بیماران در سایر بخشها تحت عمل جراحی قرار گرفته و بعلت خونریزی شدید پس از کنترل خونریزی به مرکز جراحی عمومی و عروق ارجاع شده بودند که پس از انجام عمل جراحی مجدد مشاهده شد که شریان کاروتید مشترک و کاروتید داخلی لیگاتور شده که این بیماران در حالت کوما و سه روز پس از عمل جراحی فوت نمودند. در تمامی بیماران تومور بطور کامل رزکسیون گردیده و نمونه ارسالی به بخش پاتولوژی تومور جسم کاروتید (پاراگانگلیوما) را گزارش نموده و تمامی موارد خوش خیم بودند. طول مدت بستری بیماران ۷-۳ روز بود. در بیمارانی که قبلاً بیوپسی شده بودند عمل جراحی بعلت چسبندگی با مشکلات فراوان صورت گرفت و پروفوراسیون شریان کاروتید در این مورد اتفاق افتاد بدین لحاظ در مواردی که مشکوک به تومور کاروتید هستیم بیوپسی توصیه نمیشود.

بحث

هر چند پتانسیل بدخیمی تومور جسم کاروتید را ۵۰-۲/۶٪ گزارش کرده اند (۲) اما معیار دقیق آسیب شناسی برای بدخیم بودن آن وجود ندارد زیرا همانند سایر تومورهای آندوکرینی اغلب پاتولوژی قادر به تشخیص بدخیمی از نظر بافتی نبوده و غالباً معیار بدخیمی مشاهده چسبندگی های شدید به نسوج اطراف در ضمن عمل جراحی و یا عود سریع تومور پس از عمل جراحی بوده و در موارد بدخیمی احتمال متاستاز به غدد لنفاوی ناحیه گردن و به میزان ۵٪ می باشد (۲و۳).

تومور در نوع فامیلی اتوزومال غالب بوده و احتمال دو طرفه بودن در این نوع ۳۲٪ اما شیوع آن خیلی کم می باشد، اسپورادیک احتمال دو طرفه بودن ۵٪ می باشد (۸، ۱۰ و ۱۱). لازم به ذکر است که در اکثر موارد بیماران با یک توده گردنی بدون درد در زاویه فک تحتانی مراجعه می کنند (۲، ۳). اغلب توده نبض دار ولی قابل اتساع نمی باشد در حالیکه در آنورسم های شریان کاروتید توده ضربان دار و قابل اتساع می باشد (۸).

در بعضی موارد علاوه بر لمس توده، بیمار از گرفتگی صدا (۳٪)، سرگیجه (۴٪) دو رگه شدن صدا (۲٪)، بلع مشکل (۴٪) و ضعف در حرکات زبان که ناشی از بزرگی تومور و فشار بر

کاروتید داخلی را بتدریج لیگاتور نمود اما این اقدام حتی الامکان توصیه نمیشود.

در تومورهای بزرگ قبل از عمل ابتدا به داخل تومور آمبولی فرستاده می شود، این اقدام سبب میشود که حجم تومور و خونرسانی به آن کاهش یافته و انجام عمل جراحی آسانتر شود. مورتالیتی این عمل ۱/۵٪ و احتمال بروز همی پلزی ۲/۹٪ گزارش شده است. لازم است عمل جراحی در مدت ۸ ساعت بعد از فرستادن آمبولی انجام شود. رادیوتراپی بعنوان درمانی اولیه تاثیر چندانی نداشته اما در مواردی که تومور بطور ناقص رزکسیون شده باشد و یا اینکه بعلت درگیری عناصر حیاتی مجاور، رزکسیون کامل مقدور نباشد از رادیوتراپی استفاده میشود که در اینصورت در ۲۰٪ موارد از بین رفته و در ۳۵٪ موارد احتمال عود تومور وجود دارد (۲).

عوارض عمل جراحی تومور جسم کاروتید شامل خونریزی حین عمل، آسیب اعصاب هیپوگلوبس و واگ و همچنین هماتوم محل عمل می باشد. مطالعات انجام گرفته در تبریز با توجه به ارتفاع نسبتاً زیاد از سطح دریا گویای آن است که میزان شیوع این تومور در مردها بیشتر از خانم ها می باشد. هر چند در بررسی آقای دکتر فاضل و همکاران که در تهران انجام داده اند شیوع تومور در خانم ها بیشتر بوده است. ایشان هم یادآور شده اند که در مناطق با ارتفاع بیشتر از ۲۰۰۰ متر از سطح دریا گرفتاری مردها بیشتر بوده و در ارتفاع کمتر از ۲۰۰۰ متر گرفتاری خانم ها بیشتر دیده میشود.

نتیجه گیری

در مقالات منتشر شده اختلاف فاحشی در میزان شیوع بین زن و مرد وجود نداشته و مرگ و میر گزارش نشده است اما در مطالعه ما گرفتاری مردها بطور نسبی بیشتر بوده و دو مورد مرگ در بخشهای غیر جراحی گزارش شده است. همچنین یک مورد گلوبوس تومور ژوگولر وجود داشته که در سایر مقالات گزارش نشده است. یادآوری این نکته ضروری است که تشخیص قطعی تومور جسم کاروتید مبتنی بر معاینه بالینی دقیق و حدس بالینی بر وجود این توده و اقدامات تشخیصی پاراکلینیکی از جمله سی تی اسکن و داپلر سونوگرافی بوده و مهمترین اصلی که میزان موفقیت عمل جراحی تومور جسم کاروتید را افزایش میدهد حدس و گمان بر وجود این توده و عدم انجام بیوپسی توده گردنی می باشد.

اعصاب هیپوگلوبس واگ و بخصوص اثر فشاری برعصب حنجره ای فوقانی است شاکمی می باشد (۲، ۶ و ۷) گرفتاری اعصاب کرانیال در ۲۰٪ موارد اتفاق می افتد که شامل اعصاب VII و VIII و IX و X و XII بوده (۲، ۷) و بندرت با ایسکمی مغزی همراه است (۲). و در ۶٪ موارد با هیپرتانسیون همراه است که بعلت افزایش ترشح کاتکول آمین توسط تومور میباشد (۷ و ۲).

در تشخیص افتراقی این توده ها ، در افراد جوان کیستهای برونشیل و کیست هیگروما و غدد لنفاوی گردن و در بزرگسالان آنوریسم شریان کاروتید، متاستاز و گلوبوس تومور ژوگولر مطرح می باشد. مهمترین اقدام تشخیصی معاینه بالینی میباشد این تومور ها در لمس سفت می باشند ضمن اینکه در معاینه حرکت عرضی (حرکت پاندولی) دارد حرکت طولی نداشته و در لمس تومور ممکن است نبض وجود داشته اما سوفل و تریل وجود ندارد. در موارد مشکوک برای رد سایر بیماریها از سونوگرافی و مخصوصاً در افراد جوان برای رد کیست برونشیل از داپلر سونوگرافی استفاده میشود. برای بررسی عروق (۴) از ام - آر - آنژیوگرافی و سی تی اسکن و ام - آر - آی استفاده می شود (۸، ۷، ۵ و ۱) اما بهترین اقدام آنژیوگرافی است که توده ای دارای عروق بسیار کوچک منشعب از شریان کاروتید خارجی و باز شدن محل دو شاخه شدن شریان کاروتید را نشان میدهد. با این حال جهت تشخیص تومور جسم کاروتید از آنژیوگرافی بطور روتین استفاده نمیشود. هر چند در موارد مشکوک به آترواسکلروزیس از این روش استفاده می نمایند (۲).

درمان اولیه تومور جسم کاروتید رزکسیون جراحی می باشد (۲، ۸-۶) در درمان جراحی این تومورها اهداف زیر مورد توجه قرار می گیرند:

- ۱- برداشتن کامل تومور
- ۲- برقراری جریان خون
- ۳- عدم آسیب به عناصر حیاتی و اعصاب مجاز
- ۴- محافظت از فعالیت مغزی

به منظور رزکسیون کامل تومور بایستی از زیر لایه ادواتیس که لایه ای است به رنگ سفید و توسط GORDAN TAYLOR شرح داده شده اقدام به دایسکشن تومور نمود. تومور کاروتید از نظر وسعت به سه نوع تقسیم می شود.

در نوع اول شریان کاروتید داخلی بمقدار جزئی در گیر بوده و اکسیژون سوب ادواتیس تومور آسان است. در نوع دوم شریان کاروتید داخلی بطور نسبی در گیر بوده و برای برداشت کامل تومور قسمتی از شریان کاروتید خارجی نیز بایستی رزکسیون شود. در نوع سوم شریان کاروتید درو تا دور بوسیله تومور گرفتار شده در این حالت تومور همراه با شریان رزکسیون شده و با استفاده از شنت داخل شریانی گرفت و ریدی زده می شود. اگر فشار شریان کاروتید کمتر از ۵۶mmHg باشد و یا شرایط اضطراری و خونریزی شدید وجود داشته بوده می توان شریان

References

1. Persky MS, Setton A, Niimi Y, Hartman J, Frank D, Berenstein A. Combined endovascular and surgical treatment of head and neck paragangliomas – a team approach. *Head Neck* 2002; **24**(5): 423-31.
2. Li Z, Tang P, Zhang Z, ZU Z, XU W, Xin D. Diagnosis and therapy of carotid body tumors. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 2002; **82**(16): 1124-6.
3. Courtney M, Townsend J, Keneth L, Daniel B, Mark E. *Sabiston: Tctook of surgery* 17th ed. W.B Saunders company. 2004: PP: 1660-62.
4. Aydogan H, Orhan G, Aykut- Aka S, Albeyoglu S, Yucel O, Sargin M, et al. Carotid body tumors. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2002; **10**(2): 173-5.
5. Lam PW, peh-WC, WLE-WI. Clinics in diagnosting imaging-carotid body tumor. *Singapore- MFD J*. 1996, **37**(4): 430-2.
6. Cooper AR, Slovin NJ, Johnson RJ, Evans GC *An unusual case of carotid tumor*, Clin- Oncol- R- coll Radiol.1998; **10**(1): 62-4.
7. Hausmann ON, Kirsch E, Lyrer A, Rellon U, Steek AJ. Bilateral glomus tumors with a blood regulats disordes due to daro receptor dysfunction: *Dtsch- Med Wocherschi*. 1997; **122**(9): 253-8.
۸. فاضل ا، صالحیان م ت، قدوسی ا، مرعشی س، بررسی ۹۷ مورد تومور کاروتید بادی در بیمارستانهای طالقانی و امیرالمومنین، مجله نشریه جراحی ایران شماره ۱۳۸۱، سال ۱۶، شماره ۲۶، ص ۱۵-۱۱.