



گزارش یک مورد پولیپ فیبروواسکولار حجیم در هیپوفارنکس و مری

GIANT FIBROVASCULAR POLYP OF THE HYPOPHARYNX AND ESOPHAGUS ; A REPORT OF ONE CASE

M.Naghizadeh, M.D.

E.Khadivi Bana, M.D.

Mashhad University of Medical Sciences

Abstracts

Fibrovascular polyp is a benign a benign and very rare tumor in the hypopharynx and esophagus. It is more common in elderly men. This lesion, in spite of its large size, could be asymptomatic for a long time.

We are reporting here a 65 - year - old woman with this tumor from the ENT Department of Ghaem Hospital, Mashhad. IT may be the first reported case in Iranian publications.

Her chief complain which brought her to us was feling a mass in the oral cavity upon straining.

Key word : Fibrovascular polyp – Esophagus – Hypopharynx.



شکل ۱- توده که در دهان بیمار رگورژیت شده است.

تنگی نفس نداشت ولی از Reflux شکایت داشت. در لارنگوسکوپی غیرمستقیم وضعیت حنجره و طنابهای صوتی طبیعی بود ولی ابتدای هیپوفارینکس و Postcricoid کمی ادما تو بنظر می رسید.

در رادیوگرافی بلع باریوم دیامتر مری فوقانی بیش از حد طبیعی، تأخیر در عبور باریوم و نقص پرشدگی داخل مجرای متحرک در قسمت فوقانی مری وجود داشته که با توجه به لوسنسیهای درون آن توده چربی و یا هوادار مطرح گردیده است. (شکل ۲) در توموگرافی کامپیوتری نیز تصویر ضایعه کیستی با دانسیته های متعدد مایع و چربی و نسج درون آن در داخل مری گزارش گردیده است (شکل ۳).

با توجه به تشخیص افتراقیهای محدود و ظن بالینی به تومور خوش خیم پایه دار هیپوفارینکس و مری بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت. در وضعیت rose و بعد از گذشتن Davis gag حنجره و هیپوفارینکس و توده ای رویت گردید که ادامه آن به داخل مری امتداد داشت که بعد از گرفتن و کشیدن بسمت بیرون تا دندانهای قدامی رسید. پایه آن به محل postcricoid و سینوس پیریفورم چپ متصل بود که با

عنوان مقاله:

گزارش یک مورد پولیپ فیبروواسکولار حجیم

در هیپوفارینکس و مری

نویسنده:

دکتر مسعود نقیب زاده

استاد بخش گوش و گلو و بینی و جراحی سر و گردن. دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر احسان خدیوی بنا

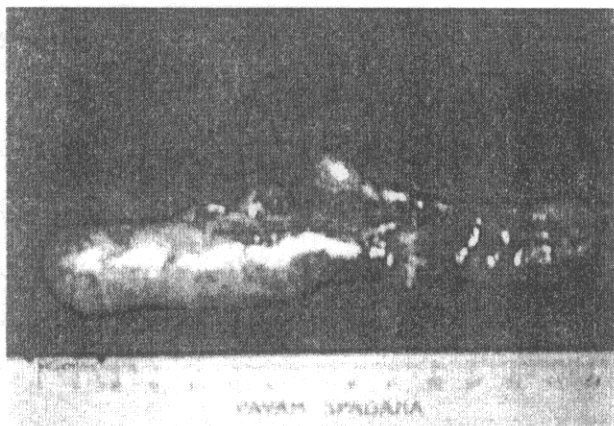
رزیذنت گوش و گلو و بینی و جراحی سر و گردن. دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقدمه:

تومورهای خوش خیم مری اکثراً تاریخچه یکسانی دارند و چون معمولاً بدون علامت اختصاصی و با رشد بطئی هستند تشخیص آنها اتفاقی و با ظن بالینی قوی صورت می گیرد. از آنجائی که علائم غیراختصاصی آنها (دیسفاژی، ادینوفاژی، درد پشت جناغ سینه، استفراغ بعد از بلع، بی اشتها و کاهش وزن) معمولاً با بدخیمی های مری همراه است، تشخیص ضایعه قابل حذف خوش خیم می تواند یک خوش شانسی مطلوب برای پزشک و بیمار باشد. (۴) پولیپ فیبروواسکولار یکی از ضایعات خوش خیم و نادر هیپوفارینکس و مری است که در اینجا به معرفی یک مورد آن می پردازیم. (۵)

معرفی بیمار:

خانم ط. ج. ۶۵ ساله، اهل و ساکن مشهد که با شکایت دیسفاژی و وجود توده حلقی از یک سال پیش که با زورزدن بصورت بافت سوسیسی شکل از هیپوفارینکس بداخل دهان رانده می شد مراجعه نمود. در معاینه توده مزبور گوشتی قرمزرنگ با سطح مخاطی سالم و صاف با لمس نرم بر روی زبان مشاهده می شد که با بلع مجدداً محو می گردید. (شکل ۱) در شرح حال هیچگونه شکایتی از



شکل ۴- ضایعه بعد از خروج از دهان بیمار

قیچی قطع شد آنگاه ازوفاگوسکوپی rigid انجام شد که قسمتهای تحتانی مری طبیعی بود. بعد از اطمینان از حذف کامل ضایعه و عدم وجود خونریزی برای بیمار NG tube گذاشته شد.

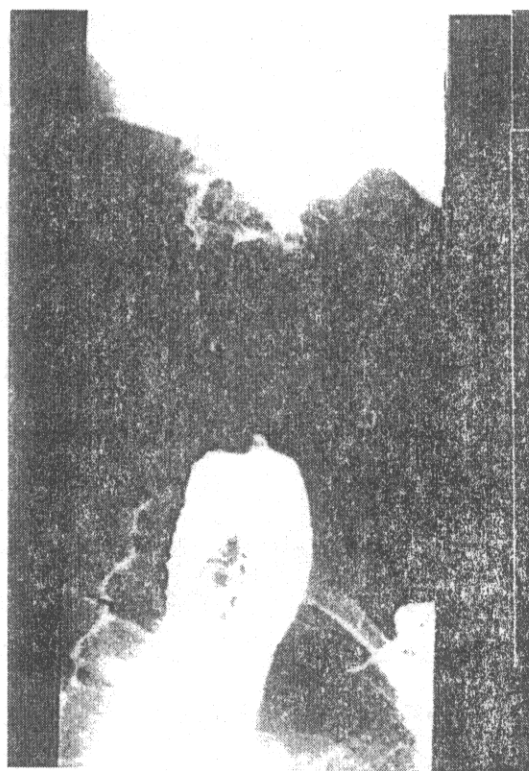
بعد از ۵ روز با برداشتن NG tube و تغذیه طبیعی بیمار بدون عارضه و با حال عمومی خوب ترخیص گردید.

نتیجه آسیب شناسی :

ماکروسکوپی : توده بافتی شبیه به سوسیس بطول ۱۴ cm و قطر ۲/۵ cm (شکل ۴) پوشیده از مخاط که در برش قسمتی کیستیک و حاوی بزاق و قسمتهای دیگر بافت فیبر و چربی و عروق فراوان با قوام نرم مشهود است.

میکروسکوپی : سطح توده پوشش سنگفرشی بدون کراتین و محور استرومایی پر عروق حاوی بافت چربی فراوان و یک کیست با پوشش دولایه پرولیفرة به همراه تجمعات لنفوئیدی با تشکیل مراکز زایگر و غدد بزاقی پراکنده در حاشیه مشهود می باشد.

تشخیص : قابل انطباق با پولیپ فیروواسکولار



شکل ۲- گرافی بلع باریوم بیمار



شکل ۳- CT اسکن بیمار

بحث:

پولیپ های فیروواسکولار اغلب بصورت ضایعات منفرد و در مردان دهه هفتم زندگی بروز می کنند. (M/F=4/3) این تومورها نادر هستند و می توانند علی رغم رشد زیاد مدتها بدون علامت باشند. اغلب اینها (حدود ۸۵٪) منشاء قسمت فوقانی مری دارند و معمولاً درست از زیر اسفنکتر عضلانی کریکوفارنژ منشاء می گیرند. ۷،۶ (البته این نوع پولیپ با منشاء اروفارنکس نیز گزارش شده است ۲). محققین بر این باورند که منشاء گیری آنها از مناطق با مقاومت کم در عضلات حلقی است و ثانوی به تغییرات فشار در حین مراحل مختلف بلع ایجاد می گردد. در یک بررسی مشخص گردید که دو ناحیه ضعیف در جدار خلفی هیوفارنکس وجود دارد: اولی بین عضلات تیروفارنژ و کریکوفارنژ (Killian's Dehiscence) و دومی بین عضله کریکوفارنژ و ابتدای مری (مثلث Laimer - Heakerman) قرار دارند. بنظر می رسد که پولیپها از ضخامت زیر مخاط ندولر یا چینهای زیر مخاطی منشاء می گیرند که بخاطر تغییر در Tension مخاطی داخلی و کمبود حمایت عضلانی بداخل بافت همبند اطراف نفوذ می کنند. آنگاه بخاطر مکانیسم کشش ایجادشده توسط فعالیت پرستالتیک، اندازه این بیرون زدگی مخاطی / زیر مخاطی زیاد می گردد و به ابعاد حجیم تظاهر می نماید. ۲ پایه این پولیپ می تواند ضخیم و حاوی عروق و یا تنها یک لایه نازک مخاطی باشد ۷،۸.

پولیپهای فیروواسکولار ممکن است طیف وسیعی از علائم (از علائم مزمن مبهم تا حمله های آسفیکی خطرناک) را ایجاد کنند. اغلب موارد با علائم دیسفاژی، دیسفونی، ادینوفاژی، حمله های مکرر تنگی نفس و احساس خفگی و ناراحتی پشت جناغ سینه خود را نشان می دهند.

رگورژیتاسیون گاهگای پولیپ بصورت یک توده سوسپسی شکل یک رخداد نامعمول نیست و اغلب هنگام سرفه یا زورزدن ایجاد می شود و احساس خفگی همراه آن با بلع توده از بین می رود ۲. خونریزی ناشی از زخمی شدن آن می تواند یک علامت شایع باشد که منجر به کم خونی می گردد. زخمی شدن معمولاً در قسمتهای انتهایی است که بخاطر تحریک با غذا یا اسید معده ایجاد می شود.

نکته کلیدی تشخیص رادیولوژیک یک نقص پرشدگی متحرک داخل مجرای است که پایه آن ممکن است بوسیله اندازه توده غیرقابل تشخیص شود. یک پولیپ فیروواسکولار بزرگ ممکن است مری را متسع کند و انقباضات غیرهماهنگی در مری ایجاد کند که نشان دهنده تلاش مری برای خلاص شدن از دست لقمه تومور است. CT و MRI نیز بنوبه خود در موارد مشکوک کمک به تشخیص پاراکلینیک می کنند. علی رغم اندازه پولیپ فیروواسکولار حجیم می تواند دراز و فاگوسکوپی با لومن طبیعی مری اشتباه شود، که در این صورت بلع باریوم کمک بیشتری در تشخیص می کند ۵.

پولیپ های فیروواسکولار شامل بافت همبند ادماتوز حاوی عروق خونی متعدد و مقادیر متغیری از بافت چربی است که توصیف بافت شناسی آن می تواند بافت آنژیوفیرو لیوماتوز باشد هیچ کپسول محیطی ندارد و مخاط روی آن می تواند از تروما و یا عفونت ثانویه زخمی شود ۷.

در آندوسکوپی محل دقیق پایه، ضخامت و اندازه تومور باید مشخص شود و همراهی کانسر در مخاط پوشاننده آن رد گردد. از وفاگوسکوپی تحت بی حسی موضعی می تواند باعث انسداد حاد حنجره شود زیرا توده ممکن است با خارج کردن لوله رگورژیته شود. بعد از تشخیص برای جلوگیری از

شدید را برمی انگیزد) را باید به طریق جراحی باز درمان نمود. جراحی از طریق انسزیون گردنی و رسیدن به جدار هیپوفارنکس و بازکردن طولی هیپوفارنکس و قطع پایه و خارج کردن توده تحت دید مستقیم انجام می پذیرد. برداشتن پولیپ با قطع پایه آن درمان قطعی و بدون عود می باشد ۷۸.

آسفیکی کشنده ناشی از انسداد حاد حنجره تومور باید خارج گردد ۱،۳،۷.

درمان :

پولیپ های کوچک (قطر کمتر از ۲cm) با پایه نازک را می توان به طریق آندوسکوپی و کوتریزاسیون پایه آن خارج نمود. پولیپهای بزرگ (طول بیش از ۸cm) و یا آنهایی که دارای پایه ضخیم عروقی هستند (که شک به خونریزی

خلاصه :

پولیپ فیبروواسکولار ضایعه خوش خیم و نادر هیپوفارنکس و مری است که در سن بالا و در مردان شایع تر است. این ضایعه می تواند با وجود حجم قابل توجه مدتها بدون علامت واضح باشد. ما یک مورد از این ضایعه را در خانمی ۶۵ ساله در بخش گوش ، گلو و بینی بیمارستان قائم گزارش می کنیم که بنابر اطلاعات ما اولین مورد گزارش شده در مطبوعات پزشکی ایران است. شکایت اصلی بیمار ورود توده ای به حفره دهان در هنگام زورزدن بوده است. کلید واژگان : پولیپ فیبروواسکولار ، مری ، هیپوفارنکس.

REFERENCES

- Allen MS, J. R & et al "Sudden death due to regurgitation of a pedunculated esophageal lipoma. J Thorac Cardiovasc Surg 54:56, 1967.
- Borges, A & et al "Giant Fibrovascular polyp of the oropharynx "A J NR 20 (10): 1979.
- Cochet B & et al : Asphyxia caused by laryngeal impaction of an esophageal polyp. Arch otolaryngol 106 : 176, 1980.
- Fleischer, D.E & et al " neoplasms of the Esophagus " in castell, D.O & et al "The Esophagus "3rd ed. Lippincatt Williams &Wilkins, USA, 1999.
- Jaffer, N.M & et al "Radiology, CT & MRI" in Pearson, F.G & et al " Esophageal Surgery " 2nd ed. Churchill Livingstone . USA , 2002 . pp. 77-113 .
- Jang, G. C & et al "Fibrovascular polyp : Abenign intraluminal tumor of esophagus. Radiology 92: 1196, 1969.
- Shamji F & et al " Benign tumors " in pearson, F.G & et al " Esophageal Surgery "2nd ed. Churchill Livingstone. USA, 2002, pp. 637-654.
- Van Lanschat, JJ. & et al " benign pedunculated tumor of the esophagus. Neth Jsurg 39:83, 1987.
- Zschedrich M & et al " Pedanculated Giant Lipoma of the esophagus, Am J Gastroentrol 1990:85:1614-1616.