



گزارش یک مورد تومور کارسینوئید تراشه

دکتر محمدتقی رجبی مشهدی^۱، دکتر محمد توحیدی^۲، *دکتر رضا باقری^۳

^۱دانشیار و متخصص جراحی عمومی و فلوشیپ جراحی قفسه سینه،

^۲استاد و فوق تخصص ریه، ^۳استاد یار و فوق تخصص جراحی قفسه سینه - دانشگاه علوم پزشکی مشهد

خلاصه

مقدمه: تومور کارسینوئید تراشه نادر بوده و در ۲۵٪ موارد کاملاً بدون علامت هستند. سرفه شایع ترین علامت بالینی بیماران است، که گاه با بیماری های انسدادی مزمن ریه اشتباه می شوند. درمان آن، رزکسیون کامل تومور بوده است، عود پس از رزکسیون، نادر است. در این گزارش، بیماری ۴۷ ساله رامعرفی می کنیم که باسرفه مزمن و تنگی نفس از ۴ سال قبل مراجعه نمود و دو مرتبه به عنوان بیماری انسدادی مزمن ریه بستری و تحت درمان برونکودیلاتور قرار گرفته ولی بهبودی نداشته است. در سومین بستری بررسی های تشخیصی شامل رادیوگرافی قفسه سینه، سی تی اسکن و برونکوسکوپی تشخیص تومور کارسینوئید داده شده و رزکسیون تومور انجام گرفته و در پی گیری ۵ ساله نیز عود و عارضه ای مشاهده نشده است.

واژه های کلیدی: تومور کارسینوئید، تراشه

مقدمه

درمان این تومورها رزکسیون کامل تومور بوده و با رزکسیون کامل در صورتی که درگیری غدد لنفاوی یا متاستاز دوردست نداشته باشد، نتایج درمان عالی است، در این مطالعه بیماری با تومور کارسینوئید تراشه مدیاستینال گزارش می گردد.

معرفی بیمار

بیمار، آقای ۴۷ ساله که با شکایت سرفه مزمن با هموپتری گاه گاهی و تنگی نفس از ۴ سال قبل مراجعه نموده سابقه تدخین سیگار را ندارد. در معاینه، تنفس صدادار و استریدور و در سمع ریه ها مختصر ویزینگ منتشر بازمی دارد.

سابقه مصرف برونکودیلاتاتور استنشاقی و خوراکی و کورتیکواستروئید سیستمیک پس از مراجعه به پزشک های مختلف و ۲ بار بستری داشته و عدم پاسخ را ذکر می کند.

تومورهای کارسینوئید برای اول بار در سال ۱۸۸۲ میلادی توصیف شدند. در سال ۱۹۳۰ میلادی به عنوان آدنوم برونش طبقه بندی و نام گذاری شد (۱). تومورهای کارسینوئید از سلول های نوروآندوکرین منشا گرفته و تومورهایی با رشد آهسته می باشند (۲). از نظر جنین شناسی تومور کارسینوئید از هر قسمتی از فورگات نظیر معده، دئودنوم کیسه صفرا، پانکراس و تراشه، برونش ها و ریه منشا می گیرد (۵). این تومورها در تراشه بسیار نادر بوده و سیر بطئی و کند داشته و ممکن است مدت ها به عنوان بیماری های انسدادی مزمن ریه و آسم تحت درمان قرار بگیرد.

*آدرس مؤلف مسؤل: بیمارستان قائم (عج) - گروه جراحی قلب و توراکس

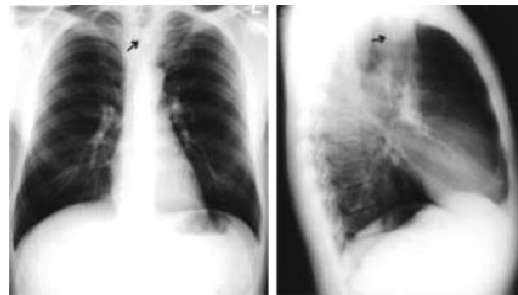
تلفن تماس: ۰۵۱۱-۸۴۱۷۴۵۲

Email: Bagherir@mums.ac.ir

تاریخ تایید: ۸۶/۸/۱۳

تاریخ وصول: ۸۶/۵/۱۶

در معاینه فیزیکی لنفادنوپاتی محیطی و ارگانومگالی نداشت. در رادیوگرافی قفسه سینه، مختصری تنگی در ناحیه میانی تراشه دیده می شود تصویر شماره (۱).



تصویر ۱- رادیوگرافی رخ و نیمرخ قفسه سینه بیمار (فلش محل ضایعه را نشان می دهد).

همان ضایعه در قسمت میانی تراشه در سی تی اسکن دیده می شود تصویر شماره (۲).



تصویر ۲- در سی تی اسکن ضایعه (فلش سفید) مشخص می گردد. در برونکوسکوپی فیبراپتیک یک تومور پر عروق فراژیل در ناحیه میانی تراشه (در فاصله ۵ سانتی متری از کارینا) رویت شد که بیوپسی گرفته شد. تصویر شماره (۳) نمای برونکوسکوپی ضایعه را نشان می دهد که در بیوپسی تومور کارسینوئید گزارش شده است.

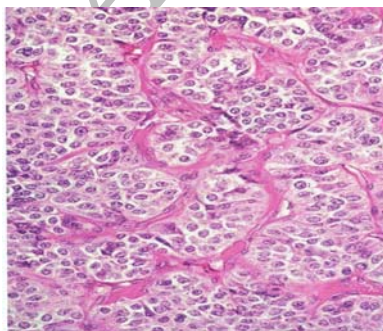


تصویر ۳- نمای برونکوسکوپی ضایعه (فلش سیاه) قابل رویت است. در بررسی سی تی اسکن قفسه سینه و شکم، درگیری متاستاتیک به شکل لنفادنوپاتی هیل ریه و مدیاستن و کبد وجود نداشت. از این رو بیمار تحت عمل جراحی رزکسیون کامل تومور از طریق توراکوتومی پوستر و لاترال راست قرار گرفت و بازسازی اولیه تراشه انجام شد. تصویر شماره (۴) نیز نمونه رزکسیون جراحی تومور را نشان می دهد.



تصویر ۴- نمونه رزکسیون ضایعه را نشان می دهد.

تصویر شماره (۵) نیز نمای میکروسکوپی ضایعه را نشان می دهد.



تصویر ۵- نمای میکروسکوپی ضایعه که فرم کلاسیک (ارگانوئید) تومور کارسینوئید می باشد را نشان می دهد.

بحث

تومور کارسینوئید جزو تومورهای نورآندوکراین هستند که در هر سنی دیده می شود ولی شیوع آن در دهه پنجم زندگی بیشتر است. در هر دو جنس به طور یکسان دیده می شود و کم تر از ۲٪ همه تومورهای ریه را شامل می گردند (۴،۳). تومورهای کارسینوئید هیچ گونه ارتباطی با سیگار کشیدن و سایر فاکتورهای محیطی ندارند (۵). تومورهای کارسینوئید تراشه جزء تومورهای بسیار نادر بوده و سومین بدخیمی شایع تراشه می باشد. این تومور در غضروف تراشه انقباض شده و به شکل دمبل به آهستگی رشد کرده و با ضایعات داخل تراشه و یا حتی خارج تراشه تظاهر می یابد، درگیری تراشه می تواند به صورت درگیری فرم Typical یا Atypical، با درگیری غدد لنفاوی یا بدون آن باشد (۶). در یک مطالعه در مرکز سرطان Memorial Sloan-Kettering بر روی ۱۲۴ بیمار انجام شد فقط یک مورد تظاهرات سندرم کارسینوئید را داشته اند (۷). نیمی از موارد تومورهای کارسینوئید سیستم تنفسی از قسمت های مرکزی و راه های هوایی بزرگ و فوقانی منشا می گیرد (۸،۷). سرفه شایع ترین علامت بالینی است (۹). تومور کارسینوئید بسیار پرعروق بوده و از زیر مخاط منشا می گیرد. از این رو هموپتری در ۱۸ تا ۳۵٪ موارد گزارش شده است (۸، ۱۰). انسداد راه های هوایی که به شکل استریدور، ویزینگ، پنومونی عودکننده، برونشکازی و آبسه ریه نیز در ۱۵ تا ۲۵٪ بیماران گزارش شده است (۱۰، ۸). ضعف، کاهش وزن و تب نیز دیده می شود. انتشار خونی تومور تمایل به درگیری کبد، استخوان، سیستم عصبی مرکزی و آدرنال دارد. از این رو در صورت متاستاز به استخوان که کمتر دیده می شود، دردهای استخوانی وجود دارد (۱۱). ۲۵٪ بیماران هیچ گونه علامتی ندارند و در بررسی های اتفاقی کشف می شوند (۱۲). در رادیوگرافی قفسه سینه ممکن است علائم انسداد در راه های هوایی بزرگ و تراشه دیده شود. در کمتر از ۱۰٪ موارد کلسیفیکاسیون قابل مشاهده وجود دارد (۱۳). در بررسی با سی تی اسکن، توده داخل تراشه یا برونش به خوبی قابل رویت است (۱۴، ۱۵). در برونکوسکوپی فیبراپتیک تومور

بسیار پرعروق قابل مشاهده است که بیوپسی از آن ممکن است همراه با خونریزی شدید باشد. با این حال کتراندیکاسیون برای بیوپسی از طریق برونکوسکوپ وجود ندارد (۱۶). درمان تومور کارسینوئید با رزکسیون کامل توده از طریق جراحی است که درمان قطعی را برای این تومور دربردارد. چون تومور کارسینوئید موضعی می باشد، از این رو درمان جراحی مناسب و عود موضعی کم است. رویکرد جراحی تراشه در این تومورها بستگی به محل درگیری تراشه دارد و در صورتی که ضایعه در ۱/۳ فوقانی تراشه باشد رزکسیون با رویکرد گردنی قابل انجام است ولی در ضایعات ثلث میانی رویکرد سرویکوتوراسیک استرنوتومی مدیانه مناسب است (۱۷) و در بیمارمان نیز به علت درگیری ۱/۳ تحتانی تراشه از رویکرد توراکوتومی پوسترالترال راست سود برده شد. اهمیت تشخیص این ضایعه تومورال این است که اولاً: به دلیل رشد آهسته تومور، علائم غیر اختصاصی سرفه، تنگی نفس، ویزینگ گاهی با بیماری های انسداد ریه اشتباه شده و مدت ها با برونکودیلاتور استنشاقی و سیستمیک تحت درمان قرار می گیرند، ثانیاً: درمان تومور کارسینوئید، رزکسیون کامل تومور از طریق جراحی است، ثالثاً: با درمان به موقع جراحی، عود ضایعه بسیار کم می باشد. از این رو در بیمارانی که با سرفه مزمن، پنومونی های عودکننده، ویزینگ لوکالیزه و یا حتی منتشر، استریدور و هموپتری مراجعه می کنند بایستی به فکر این بیماری باشیم. بسته به درگیری غدد لنفاوی یا همراهی فرم Atypical این تومورها نیاز به درمان کمکی در این تومورها مشخص می گردد (۱۸).

نتیجه گیری

تومور کارسینوئید تراشه نادر است و با علائم و نشانه های غیر اختصاصی مراجعه می کنند. تشخیص با برونکوسکوپ فیبراپتیک و درمان جراحی در موردی که متاستاز دوردست نباشد، با پیش آگهی عالی همراه است.

تشکر و قدردانی

از همکاران ارجمند جناب آقای محمد توحیدی استاد بیماری های ریوی و جناب آقای دکتر غیائی از بخش پاتولوژی بیمارستان قائم (عج)، به خاطر کمک در تشخیص و راهنمایی های ارزنده، تشکر و قدردانی می نمایم.

References

- 1- Grillo H. Benign and malignant disease of the trachea. In: Shields TW, ed. General thoracic Surgery. 2nd ed. Philadelphia: Lea and Febiger, 1993:545-561.
- 2- Marchevsky AM. Neuro endocrine tumors of the lung. In: Marchevsky AM, ed. Surgical pathology of lung neoplasms. New York: Marcel Dekker, 1990: 246-88.
- 3- Kulke MH, Mayer RJ: Carcinoid tumors. NEngl J Med, 1999; 340:858-868.
- 4- Perelman MI, koroleva N, Birjukor J et al: Primary tracheal tumors. Semin Thorac Cardiovas Surg 1996; 8: 400-402.
- 5-Modlin IM, Sandor A: Analysis of 8305 cases of Carcinoid tumors. Cancer, 1997; 79:813-829.
- 6-Okike N, Bernatz PE, Wool LB. Carcinoid tumors of the lung. Ann Thorac Surg 1976; 22: 270 -277.
- 7- Mc Caughan BC, Martini N, Bains MS. Bronchial Carcinoid: review of 124 cases. J Thorac Cardiovas Surg 1985; 89: 8-17.
- 8- Davila DG, Dunn WF, Tazelaar MH, pairolero PC. Bronchial Carcinoid tumors. Mayo clin proc 1993; 139: 131-139.
- 9- Salminen US, Maltunen PE, Mattila SP, Sahlman A, Miettinen M. Bronchial Carcinoid: a clinical follow-up study of 33 cases. Scand J Thorac Cardiovas Surg 1991; 25: 189-194.
- 10- Marpole DH, Feldman JM, Buchanan S. Bronchial Carcinoid tumor: A retrospective analysis of 126 patients. Ann Thorac Surg 1992; 54-50-55.
- 11- Filosso PL, Ruffini E, Oliaro A et al: Long term survival of atypical bronchial Carcinoids with liver metastases treated with octreotid. Eur J Cardiothorac Surg 2002; 21: 913-917.
- 12- Benfield JR. Neuro endocrine neoplasms of the lung, J Thorac Cardiovas Surg 1990; 100-628-629.
- 13- Schrevels L, Vasteenkiste J, Deneffee G. Clinical- radiological presentation and outcome of Surgically treated Pulmonary Carcinoid tumors. A long-term Single institution experience. Lung Cancer 2004; 43:39-45.
- 14- Naidich DP, Mc Cauley DI, Siegelman SS. Computed tomography of bronchial adenomas. J comput Assist Tomogr 1982; 6: 725-732.
- 15- Zweibel BR, Austin JHM, Grimes MM: Bronchial Carcinoid tumors: Assessment with CT of location and intratumoral Calcification in 31 patients. Radiology 1991; 179: 483-486.
- 16- Scully RE, Mark EJ, Mc Neely WF, Mc Neely BU. A case report a questionable bronchial Carcinoid tumor recently increasing tracheal obstruction. N Engl Med. 1995 Jan 12; 332(2): 110-115.
- 17- Stamatis G, Freitag L, Greschuchna D. Limited and radical resection for tracheal and bronchopulmonary Carcinoid tumor. Eur J Cardiothorac Surg 1990; 4(10): 527-532.
- 18- Kplan B, Stevens CW, Allen P: Outcomes and patterns of failure in bronchial Carcinoid tumors. Int J Radiat Oncol Biol phys 2003; 55: 195-131.

Abstract

Carcinoid tumor of trachea: A case report

Rajabi MT. MD, Tohidi M. MD, Bagheri R. MD

Introduction: Carcinoid Tumor in trachea is rare, and in 25% are asymptomatic. Cough is the most common symptom and some times have similar symptoms such as chronic obstructive pulmonary disease. The best method of treatment is surgical resection and recurrency after resection is rare. In this study we report a 47 year's old man with chronic cough and dyspnea that treated with bronchodilator as COPD but without recovery. In evaluation with chest X. Ray, CT scan and bronchoscopy carcinoid tumor was diagnosed and surgical resection performed. There was no recurrency or complication in 5 years follow-up.

Keywords: Carcinoid tumor, Trachea