

پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی
سال ۲۴، شماره ۳، صفحات ۱۶۵-۱۷۰ (پاییز ۱۳۷۹)

موارد اپاندیموم در مراجعه کنندگان به بیمارستان شهدای تجریش

دکتر محسن آریازاد* و دکتر ابراهیم سلیمانی*

* دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (بیمارستان شهدای تجریش، بخش جراحی اعصاب)

خلاصه

اپاندیموم ۵ تا ۷ درصد نئوپلاسم‌های اولیه سیستم عصبی مرکزی را تشکیل می‌دهد. میزان شیوع و خاستگاه تشریحی آنها با سن بیمار رابطه دارد. اپاندیموما تقریباً ۱۰ درصد نئوپلاسم‌های داخل مغزی را در گروه سنی کودکان تشکیل می‌دهد؛ به طوری که تا ۳۰ درصد آنها در کودکان زیر ۳ سال مشاهده شده است. در ناحیه طناب نخاعی ۶۰ درصد تومورهای با منشاء گلیال را اپاندیموما تشکیل می‌دهند و بر خلاف موارد درون مغزی ضایعات این ناحیه به توسعه در دهه‌های چهارم و پنجم زندگی تمایل دارند.

این مطالعه به طور گذشته‌نگر روی ۲۵ مورد اپاندیموم در سالهای ۱۳۷۲ لغایت ۱۳۷۶ در بیمارستان شهدای تجریش صورت گرفته است. از این تعداد، ۱۳ مورد جنس مذکر و ۱۲ مورد را جنس مونث تشکیل داده‌اند. اوج شیوع سنی در موارد داخل مغزی بین صفر تا ۲۰ سالگی و در مورد تومورهای درون نخاعی بین ۲۱ تا ۳۰ سالگی بود. از نظر علائم بالینی سردرد و کمر درد به ترتیب شایعترین تظاهرات بالینی تومورهای داخل مغزی و درون نخاعی را تشکیل می‌داد و از نظر شیوع حفرات بطنی شایعترین محل استقرار تومورهای داخل مغزی بوده، بطن چهارم حداکثر وقوع را نشان داده است. اکثریت (۲۲ مورد) از ضایعات بر طبق درجه‌بندی هیستولوژیک از نوع درجه پایین (درجه اول و دوم) و مابقی (۳ مورد) از نوع درجه بالا (سوم و چهارم) می‌باشد.

واژگان کلیدی: اپاندیموم، تومورهای داخل مغز و درون نخاع، سردرد و کمر درد

مقدمه

تومورهای سیستم عصبی مرکزی دارای شیوعی در محدوده ۱۰ الی ۱۷ درصد در هزار نفر برای موارد درون مغزی و ۱ الی ۲ درصد هزار نفر برای موارد درون نخاعی است. در حدود نیمی از این تومورها اولیه هستند و مابقی متاستاتیک می‌باشند. تومورهای سیستم عصبی مرکزی ۲۰ درصد سرطانهای دوران کودکی را تشکیل می‌دهند: ۷۰ درصد از تومورهای سیستم عصبی مرکزی کودکان در حفره خلفی رشد می‌کنند. در صورتی که تعداد چشمگیری از تومورهای بالغین از داخل نیمکره‌های مغزی بالای چادرینه منشاء می‌گیرند. چهار گروه اصلی از تومورهای مغز عبارتند از گلیوما و تومورهای عصبی، تومورهایی که به طور ضعیفی تمایز یافته‌اند و منژیوم می‌باشند (۱). از این میان، گلیوما مشتمل بر آستروسیتوم و اولیگودندروگلیوم و اپاندیم و انواع زیر گروههای آنها شیوع سالانه‌ای در حدود ۴ در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت بالغین وجود دارد. اپاندیموما ۵ الی ۷ درصد نئوپلاسمهای اولیه سیستم عصبی مرکزی را تشکیل می‌دهند. ولی شیوع آنها با سن بیمار و محل درگیری متغیر است؛ به طوری که، بیشتر موارد درون مغزی در دوران کودکی رخ داده است. در صورتی که ضایعات داخلی نخاعی بیشتر در بالغین رخ می‌دهند (۲).

از نظر علائم بالینی موارد داخل بطنی با علائم

افزایش فشار درون مغزی ثانوی به هیدروسفالی انسدادی مراجعه می‌کنند. و مواردی که در ناحیه فوق چادرینه قرار دارند با علائم تشنجی و نقائص حرکتی- موضعی تظاهر می‌کنند. علائم بالینی در اپاندیموماهای طناب نخاعی بیشتر به صورت درد در ناحیه پایین کمر و پشت تنه است. درجه‌بندی هیستولوژیک اپاندیموماها بوسیله keronhan با استفاده از خصوصیات شرح داده شده برای آستروسیتوم مشتمل بر پلئومرفیسم هسته‌ای، میتوز، تکثیر یاخته‌های اندوتلیال و نکروز مطرح شده است. اما به طور کلی پیش‌آگهی بیماران مبتلا به این نئوپلاسمها بستگی به محل منشاء و میزان موفقیت جراحی دارد. و بنابراین درجه‌بندی هیستولوژیک برای تعیین پیش‌آگهی بیماران با اپاندیموم کاربرد زیادی ندارد (۳ و ۴).

روش، تکنیک و نحوه اجرای تحقیق

این مطالعه گذشته‌نگر بوده، روش مطالعه بر مبنای وجود داده‌ها با مطالعه آمارهای موجود می‌باشد. بدین ترتیب که کلیه پرونده‌های بیماران با تشخیص اپاندیموم طی سالهای ۱۳۷۲ لغایت ۱۳۷۶ بررسی شدند. در کلیه موارد پرونده‌ها (شامل پرونده‌های بخش آسیب‌شناسی و یا بایگانی بیمارستان) از نظر متغیرهای مورد مطالعه حاوی اطلاعات کافی بوده، هیچ موردی از بررسی حذف نشده است.

متغیرهای این تحقیق عبارتند از:

| متغیر | نوع | حالت و مقیاس سنجش |
|--------------------|-----------|-------------------------------|
| سن | مداخله‌گر | کمی / سال |
| جنس | مداخله‌گر | کیفی / زن یا مرد |
| علائم بالینی | زمینه‌ای | کیفی / سردرد، تشنج و ... |
| ناحیه تشریحی تومور | مداخله‌گر | کیفی / داخل مغزی و داخل نخاعی |

نتایج

می‌باشد. از این ۲۵ نفر ۱۹ مورد درون مغزی و ۶ مورد داخل نخاعی بودند. از ۱۹ بیمار مورد بررسی با تومورهای داخل مغزی ۷ نفر بین ۱۱-۲۰ سال، ۳ نفر بین ۲۱-۳۰ سال، ۱ نفر بین ۳۱-۴۰ سال و ۱ نفر در گروه سنی ۴۱-۵۰ سال بودند (جدول ۱).

پس از بررسی مشخص شد که ۲۵ بیمار مبتلا به اپاندیموما (داخل مغزی و طناب نخاعی) طی سالهای ۱۳۷۲ لغایت ۱۳۷۶ به بیمارستان شهدای تجریش مراجعه کرده‌اند. از این تعداد، ۱۳ نفر مرد و ۱۲ نفر زن بودند. نسبت مرد به زن ۱/۰۸ به ۱

جدول ۱) توزیع فراوانی سنی موارد اپاندیمومای درون مغزی

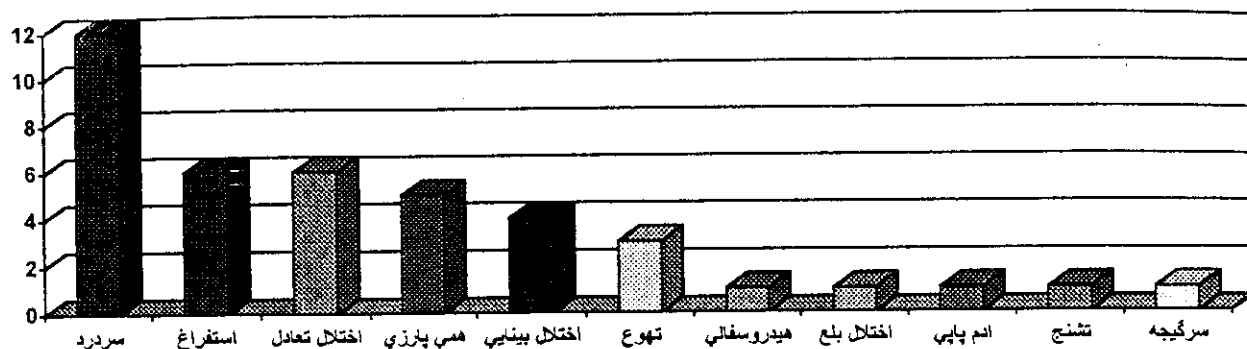
| گروه سنی (سال) | تعداد | درصد |
|----------------|-------|----------|
| ۱۰-۰ | ۷ | ۳۶/۸ |
| ۲۰-۱۱ | ۷ | ۳۶/۸ |
| ۳۰-۲۱ | ۳ | ۱۵/۸ |
| ۴۰-۳۱ | ۱ | ۵/۳ |
| ۵۰-۴۱ | ۱ | ۵/۳ |
| بیشتر از ۵۱ | ۰ | ۰ |
| مجموع | ۱۹ | ۱۰۰ درصد |

به اپاندیموم درون مغزی، ۱۰ نفر مونث و ۹ نفر مذکر بودند. درگیری مذکر به مونث به نسبت ۱ به ۱/۱ می‌باشد. در مورد ۶ بیمار مبتلا به اپاندیموم طناب نخاعی ۴ نفر مذکر و ۲ نفر مونث- با نسبت درگیری مذکر به مونث ۲ - بودند. از نظر توزیع تشریحی ۱۹ مورد تومورهای داخل مغزی نسبت به پرده چادرینه، ۱۶ مورد در ناحیه زیر چادرینه و ۳ مورد در بالای چادرینه قرار داشتند. در مورد درجه‌بندی هیستولوژیک

از ۶ بیمار مورد بررسی با اپاندیموم طناب نخاعی، ۳ نفر در گروه سنی ۲۱-۳۰، ۱ نفر بین ۳۱-۴۰ سال و ۱ نفر در گروه سنی ۷۰-۶۱ سالگی بودند. از نظر توزیع تشریحی از ۱۹ بیمار مورد بررسی با تومورهای درون مغزی ۷ مورد در ناحیه بطن چهارم، ۴ مورد در بطنهای جانبی، ۳ مورد در حفره خلفی، ۱ مورد در بطن سوم، ۱ مورد در ناحیه C.Pangle و ۱ مورد در ناحیه تمپورال چپ قرار داشتند. از لحاظ توزیع جنسی ۱۹ بیمار مبتلا

شایعترین تظاهر بالینی تومورهای درون مغزی سردرد بوده؛ به طوری که، ۱۲ بیمار به سر درد مبتلا بودند. دومین تظاهر شایع استفراغ و اختلال تعادل بود و ۶ نفر با هر کدام از این عوارض مراجعه کرده‌اند (نمودار ۱).

از ۲۵ بیمار با اپاندیموماهای مغزی و داخل نخاعی ۲۲ نفر درجه ۱ و ۲ مشتمل بر ۱۹ مورد اپاندیموم و ۳ مورد فرم میکسوپاپیلری و ۳ نفر دارای درجه ۳ و ۴ مشتمل بر یک مورد اپاندیموم آناپلاستیک و ۲ مورد اپاندیموم بدخیم بودند.



نمودار ۱) توزیع فراوانی علائم بالینی در بیماران مبتلا به اپاندیموم داخل مغزی

سلولهای اولیگودندروگلیا در ارتباط می‌باشد. و این منشاء گلیال وقتی که سلولها نئوپلاستیک می‌گردند آشکار می‌شود. در بعضی از انواع اپاندیموم تمایز اپیتلیال حفظ می‌شود؛ به طوری که، در این وضعیت از لحاظ نمای هیستولوژیک این سلولها بیشتر با نئوپلاسمهای اپیتلیال تشابه دارند. تومورهای ناشی از این اپیتلیوم در دو ناحیه درون مغزی و طناب نخاعی رخ می‌دهد. این تومورها نسبتاً نادر بوده، از لحاظ پیش‌آگهی به ویژه موارد داخل مغزی دارای پیش‌آگهی مطلوبی نمی‌باشند.

در این تحقیق از ۲۵ مورد اپاندیموم موجود طی سالهای ۱۳۷۲ الی ۱۳۷۶، ۱۹ مورد داخل مغزی و ۶ مورد داخل نخاعی بودند. نسبت جنس مذکر به مونث در انواع داخل مغزی ۱ به ۱/۱ و در مورد انواع درون نخاعی ۲ به ۱ بود. در مطالعه Torres LF که در سال

در مورد اپاندیموماهای طناب نخاعی شایعترین تظاهر بالینی درد به شکل کمر درد یا درد در طول ستون فقرات بوده، به طوری که، ۴ بیمار به این عارضه مبتلا بودند. دومین تظاهر شایع ضعف اندام بوده و ۳ نفر با این عارضه به همراه درد مراجعه کردند. در بررسی‌های پرتونگاری و سی‌تی‌اسکن که از تومورهای داخل مغزی انجام شد، به شکل ضایعات هیپردنس، هیپودنس و ایزودنس ظاهر شدند و در تعدادی از آنها کلسیفیکاسیون مشاهده گردید.

بحث

اپاندیموم یک اپیتلیوم مژه‌دار است که در دیواره‌های بطنی و کانال مرکزی نخاعی قرار دارد، که گرچه در حالت طبیعی به صورت اپیتلیال ظاهر می‌شود اما از لحاظ جنین‌شناسی با آستروسیتها و

در حفره خلفی، ۳ مورد در نیمکره‌های مغزی، ۱ مورد CP angle و یک مورد در دیانسفال چپ قرار داشتند. در مطالعه Prayson RA در سال ۱۹۹۹ شایعترین تظاهر بالینی در اپاندیموم درون مغزی سردرد بود که با ضعف، تهوع و استفراغ همراه می‌شد (۸). در بررسی ما نیز شایعترین علامت بالینی سردرد (۲۹/۳ درصد) می‌باشد که به وسیله استفراغ تعقیب می‌شود. در مورد اپاندیموم طناب نخاعی نیز درد بیشترین علامت بود که در تحقیق ما نیز این یافته بیشترین نشانه می‌باشد.

در مورد درجه‌بندی اپاندیموم در مطالعه‌ای که Ernestus RI و همکاران در سال ۱۹۹۷ انجام دادند از ۱۲۶ بیمار مورد بررسی ۸۷ مورد درجه دو و ۳۹ مورد درجه سه بودند (۹). در مطالعه ما از ۲۵ بیمار مورد بررسی ۲۲ مورد درجه دو و ۳ مورد درجه سه بودند. البته باید اذعان داشت که در مورد ارتباط درجه‌بندی هیستولوژیک با پیش‌آگهی اختلاف نظر وجود دارد؛ به طوری که، در بررسی Ernestus RI در مورد ارتباط درجه‌بندی هیستولوژیک با پیش‌آگهی تاکید شده است (۹). در مطالعات دیگر مشخص شده که پیش‌آگهی این نئوپلاسمها به محل ضایعه و میزان موفقیت جراحی وابسته است (۱۰).

نتیجه‌گیری

نتایج زیر از این بررسی قابل ذکر هستند:

- (۱) اپاندیموم داخل مغزی برخلاف یافته‌های به دست آمده از مقالات دیگر در زنان شایعتر است.
- (۲) اپاندیموم طناب نخاعی در مردان شایعتر می‌باشد.
- (۳) محدوده سنی اپاندیموم طناب نخاعی مطابق آمارهای خارجی در دهه‌های سوم و چهارم زندگی می‌باشد.

۱۹۹۹ انجام شد نسبت جنس مذکر به مونث ۱/۷۵ به ۱ بود (۵). در مطالعه دیگر که در سال ۱۹۹۷ انجام شد این نسبت ۲/۸ به ۱ بود. در مورد اپاندیموم طناب نخاعی در بررسی که Yoshii S و همکاران در سال ۱۹۹۹ انجام دادند نسبت جنس مذکر به مونث ۱ به ۱/۷ بود (۶). از نظر شیوع تشریحی همانطور که می‌دانیم محل درگیری با سن بیمار متغیر است؛ به طوری که بیشتر موارد درون مغزی در دوران کودکی رخ داده ولی ضایعات داخل نخاعی بیشتر در بالغین بروز کرده. در دهه‌های سوم، چهارم و پنجم زندگی تمایل به توسعه دارند. در این تحقیق از ۱۹ مورد اپاندیموم داخل مغزی میانگین سنی ۱۶/۵ سال (محدوده ۱-۵۰ سال) بوده، ۷ نفر از بیماران زیر ۱۰ سال داشتند. ۶ مورد اپاندیموم طناب نخاعی دارای میانگین سنی ۴۰ سال (محدوده ۲۱-۷۰ سال) بوده، ۵۰ درصد در سنین ۲۱-۳۰ سال قرار داشتند. در مطالعه‌ای که Yoshii و همکاران در مورد اپاندیموم طناب نخاعی انجام دادند سن متوسط در زمان تشخیص ۳۳/۷ سال (محدوده ۵۵-۱۳ سال) بود (۶). در تحقیقات به عمل آمده مشخص شد که ۲۰ درصد تومورهای طناب نخاعی بیماران جوانتر از ۲۰ سال را گرفتار کرده‌اند؛ به طوری که در مطالعه‌ای که توسط Nagib MG در سال ۱۹۹۷ صورت گرفت ۳ کودک ۸، ۷ و ۱۳ ساله با اپاندیموم طناب نخاعی گزارش شدند (۷). اما در تحقیق مورد نظر ما هیچ مورد زیر ۲۰ سال وجود نداشت. در مورد توزیع تشریحی اپاندیموم در انواع درون مغزی به طور کلی ۷۰ درصد در بطن چهارم و ۳۰ درصد در بطنهای جانبی رخ می‌دهند (۳). در مطالعه‌ای که Torres IF انجام داد از ۲۲ بیمار مبتلا به اپاندیموم ۱۰ مورد در مدولا، ۷ مورد در نیمکره‌های مغزی، ۲ مورد در بطنها و ۱ مورد در ساقه مغز وجود داشته است (۵). در بررسی مورد نظر ما از ۱۹ مورد اپاندیموم داخل مغزی ۷ مورد در بطن چهارم، ۴ مورد در بطن جانبی، ۳ مورد

اپاندیموم درون مغزی است.

(۴) براساس این تحقیق بطن چهارم شایعترین محل

مراجع

1. Cotran K. Robbins pathologic basis of disease. 6th ed. Philadelphia, Saunders, 1999, pp 1346-8.
2. Rosai J. Ackerman's surgical pathology. 8th ed. Vol 12 New York: CV Mosby; 1996, pp 2291-6.
3. Silverberg SG. Principles & practice of surgical pathology. 3rd ed. Vol 3. New York: Churchill-Livingston; 1997, pp 2956-60.
4. Stephen S, Sternberg. Diagnostic surgical pathology. 3rd ed. Vol 1. New York: Lippincott, 1999, pp421-4.
5. Torres LF, Reis Filho Js. Ependymoma: Clinical, epidemiological and clinico-pathologic findings of 22 cases. Arq-Neuropsiquiatr: 1999, 57:261-6.
6. Yoshii S, Shimizu K, Ido K, Nakamura T. Ependymoma of the spinal cord and cauda equina region. J Spinal Disord 1999; 12:157-61.
7. Nagib MG, Ofallon MT. Myxopapillary ependymoma of the conus medullaris of filum terminale in the pediatric age group. Pediatr Neurosurg 1997; 26:2-7.
8. Prayson RA. Clinicopathologic study of 61 patients with ependymoma. Ann Diagn Pathol 1993; 3:11.
9. Ernestus RI, Shroder R. The clinical and prognostic relevance of grading in intracranial ependymoma. 1997; 11:421-8.
10. Perilongo G, Massimino M. Med Pediatric Oncol 1997; 29:79-85.