

گزارش یک مورد توده شکمی با منشاء کیست مزوتلیال طحال

حمید شافی*^۱، مهرداد رفعتی رحیم زاده^۲، ارسلان علی رمجی^۱، نوین نیک بخش^۳، سیدرضا هاشمی^۳، بهمن فرهنگی^۳
۱-استادیار گروه ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۳- استادیار گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی بابل

سابقه و هدف: کیست های طحالی کیست های نادری هستند و معمولاً به طور اتفاقی یافت می شوند. بر اساس وجود یا عدم وجود پوشش اپیتلیال به حقیقی یا کاذب طبقه بندی می گردند. کیستهای حقیقی به دو دسته انگلی و غیر انگلی تقسیم می شوند. در این گزارش یک مورد کیست مزوتلیال طحال را که بسیار نادر است، گزارش می نمایم. **گزارش مورد:** دختر ۱۹ ساله ای به علت بزرگی پیشرونده شکم که در طی یکسال ایجاد شده بود به مرکز ما مراجعه نمود. نامبرده سابقه هیچ ترومایی را نداشت. در معاینه فیزیکی یک توده حجیم در سمت چپ شکم و بدون علامت لمس می شد. ضایعه توسط سونوگرافی و توموگرافی کامپیوتری توده با ابعاد ۱۸×۱۱×۱۷ سانتی متر با شیفت احشاء شکمی به سمت قدام بوده است. بیمار لاپاراتومی شد و کیست فوق خارج گردید. در پیگیری پس از ۳ ماه، در بیمار هیچ ضایعه ای مشاهده نگردید. **نتیجه گیری:** کیست های طحالی نیز در تشخیص افتراقی توده های شکمی باید مدنظر باشند. **واژه های کلیدی:** توده بزرگ شکمی، کیست مزوتلیال، طحال.

مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره هشتم، شماره ۷، بهمن - اسفند ۱۳۸۵، صفحه ۵۴-۵۷

مقدمه

همانژیوما، لنفانژیوما، مزوتلیال، درموئید و کاورنوس نیز از این گروه می باشند، که از طریق انجام اسکن، بررسی آزمون های سیستم ایمنی، بافت شناسی، شیمی قابل بررسی است(۸-۱۰). در این گزارش یک مورد کیست طحالی را در یک زن گزارش می نمایم.

گزارش مورد

دختر ۱۹ ساله ای، به علت بزرگی پیشرونده شکمی و احساس سنگینی که در طی یک سال ایجاد شده بود در پائیز سال ۱۳۸۵ مراجعه نمود. یک ماه قبل از مراجعه این بزرگی بیشتر شده بود. هیچ سابقه ای از تروما نمی داد. نامبرده دچار دیس اوری، تکرر ادرار و افزایش جریان ادراری شده بود. در معاینه فیزیکی یک توده حجیم در

کیستهای طحالی ضایعات نادری بوده و بندرت دیده می شود(۱و۲). بر اساس حضور و عدم حضور پوشش اپیتلیال به دو بخش حقیقی و کاذب تقسیم می شوند. کیست های حقیقی به دو قسمت انگلی و غیر انگلی مجزا طبقه بندی می گردند(۱-۴). Berthelot برای اولین بار آن را گزارش نمود. بر اساس بررسی های به عمل آمده در سال ۱۹۵۳، ۲۶۵ مورد کیست های طحالی غیر انگلی مطرح شد. همچنین تا سال ۱۹۷۸، تقریباً ۶۰۰ مورد از طریق جراحی و اتوپسی در سطح جهان گزارش شده بود(۵و۶). بیشترین کیست های غیر انگلی، کیست های کاذب می باشند که در نتیجه تروما یا خونریزی رخ می دهد(۶و۷). کیست های ایپی درموئید جزء کیست های حقیقی غیر انگلی محسوب می شود.

این روش ها را جهت تشخیص مورد تایید قرار دادند، که به علت سریع بودن و کشف اولیه ضایعه، نخست از اولتراسوند استفاده می شود (۱۶ و ۱۵). تصاویر رزونانس مغناطیسی جهت ارزیابی بهتر ضایعات کیستی که شامل نواحی بدخیمی می باشد و همچنین تزریق ماده کنتراست و سهولت در تشخیص نواحی توپر و ضایعات عروقی داخل فضای کیست به وسیله Solomou و همکارانش پیشنهاد می شد (۱۷). در صورتی که توده طحالی نشانه های بالینی ایجاد کند قطر آن بالای ۵ سانتی متر باشد نیاز به مداخلات جراحی است (۱۸ و ۱۹). روش های مختلف مانند آسپیراسیون، انسزیون و درناژ انجام می شود. در کیست های بزرگ طحال برداری توصیه می شود (۶). Poddubny و همکارانش برداشتن کیست را با لاپاراسکوپ توصیه می کنند زیرا که این عمل آسان و موثر است (۲۰). ولی در رابطه با کیستهای طحالی که علت آن تروماتیک است، Linhares و همکارانش روش درمان انتخابی پیشنهاد می نمایند (۲۱)، در صورتی که Hung-Bun و همکارانش اعتقاد دارند لاپاراسکوپ می ممکن است شانس نشت محتویات کیست به داخل پریتون را افزایش دهد. بنابراین لاپاراتومی بر لاپاراسکوپ در مواردی که ماهیت کیست مشخص نیست، برتری دارد. بنابراین اسپلنکتومی شیوه درمانی مناسب و اختصاصی خواهد بود (۶). در بیمار فوق بعد از لاپاراتومی تجسسی، کیست مزوتلیال که به خلف طحال چسبیده بود، برداشته شد. در حال حاضر، علاقه بسیار زیادی جهت حفظ طحال و به حداقل رساندن تکنیکهای تهاجمی وجود دارد (۳). قابل ذکر است که با پیگیری های بعدی به وسیله سونوگرافی شواهدی بر عود کیست در این بیمار مشاهده نشد. بنابراین ما تاکید می کنیم که اگر چه توده های شکمی بامنشاء طحالی بسیار نادر می باشند، ولی جراحان باید آن را در تشخیص افتراقی در نظر داشته باشند.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از همکاری پرسنل اتاق عمل، پاتولوژی، جراحی زنان بیمارستان شهید بهشتی بابل و از خانم حسین خانی تشکر و قدردانی می گردد.

سمت چپ شکم لمس می شد. آزمایش روتین خون محیطی، افزایش گلبولهای سفید و آنمی خفیف را نشان می داد. سونوگرافی یک توده کیستیک حجیم در سمت چپ شکم را نشان می داد که از بالا به سوی دیافراگم و از پایین به سوی ناف گسترش یافته و همچنین به خط وسط شکم و کلیه سمت چپ نیز گسترش یافت و کلیه را به سمت راست تحت فشار قرار داده و طحال را به سمت پایین کشانده بود. در اسکن توموگرافی کامپیوتری شکم یک ضایعه حجیم کیستیک که طحال را تحت فشار قرار داده و جابجایی ارگان های زیادی را به همراه داشته بود گزارش شد که منشا آن را غده فوق کلیه و یا کیست مزانتریک مطرح نمود.

بیمار تحت لاپاراتومی قرار گرفت و کیست بزرگی در داخل شکم که چسبیده به خلف طحال بود دیده شد. اندازه طحال طبیعی و فضای اشغال شده کیست در بزرگترین بعد خود ۱۸ سانتی متر بود. بیش از ۱۷۰۰ میلی لیتر مایع به رنگ سفید روشن از کیست تخلیه گردید. سپس عمل Unroofing انجام شده و جدار آن برداشته شد و جهت امتحان آسیب شناسی ارسال گردید. در آزمایش میکروسکوپی ساختمان دیواره کیستی مشاهده شد که از نسج کلاژن ضخیم بود و به ندرت در بعضی قسمت های پوشش مکعبی کوچک شبه مزوتلیال وجود داشت. دیواره خارجی کیست از بافت طحال تشکیل شده بود.

بعد از عمل عوارض خاصی برای بیمار بوجود نیامد و بعد از ۵ روز بستری مرخص گردید. در سونوگرافی بیمار بعد از ۳ ماه، علائمی از عود کیست مشاهده نگردید.

بحث و نتیجه گیری

در بیمار فوق یک ماه قبل از بستری، نشانه های یک توده حجیم که می توانست عروق مجاور را تحت فشار قرار دهد وجود داشت. این ضایعات اغلب بدون نشانه و از نظر تظاهرات بالینی نامشخص می باشند و نشانه های مبهمی مانند درد اپی گاستر و بزرگی ربع فوقانی و سمت چپ شکم را دارند (۱۱-۱۴).

سونوگرافی و CTscan در تشخیص این کیست ها با ارزش هستند. Dilleman و همکاران، همچنین Colovic و همکارانش

Archive of SID

References

1. Brunicaudi FC, Anderson DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Pollock RE. Schwartz's principles of surgery, Volume 2, 8th ed, New York, McGraw Hill, Medical Publishing Division 2005; pp: 1307-8.
2. Eisenstat TE, Morris DM, Mason GR. Cysts of the spleen. Report of a case and review of the literature. *Am J Surg* 1977; 134(5): 635-7.
3. Cameron JL. Current surgical therapy, Volume 1, 7th ed, USA, St Louis, Mosby 2001; pp: 593.
4. Iwanaka T, Nakanishi H, Tsuchida Y, Oka T, Honna T, Shimizu K. Familial multiple mesothelial cysts of the spleen. *J Pediatr Surg* 1995; 30(12): 1743-5.
5. Desai MB, Kamdar MS, Bapat R, Modhe JM, Medhekar ST, Kokal KC, Abraham P. Splenic cysts: (report of 2 cases and review of the literature). *J Postgrad Med* 1981; 27(4): 251-2.
6. Lam HB, Liu TP, Jeng KS. Huge splenic epidermoid cyst: a case report. *Zhonghua Yi Xue Zazhi (Taipei)* 1997; 60(2): 113-6.
7. Way LW, Doberty GM. Current surgical diagnosis & treatment, 11th ed, New York, Lange Medical Books, McGraw Hill 2003; pp: 664.
8. Townsend CM, Beauchamp RD, Ewers BM, Mattox KL. Sabiston textbook of surgery, Volume 2, 6th ed, Philadelphia, W.B. Saunders Co 2001; pp: 1151-2.
9. Burring KF. Epithelial (true) splenic cysts. Pathogenesis of the mesothelial and so-called epidermoid cyst of the spleen. *Am J Surg Pathol* 1988; 12(4): 275-81.
10. Baker RJ, Fischer JE. Mastery of surgery, Volume 2, 4th ed, Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins 2001; pp: 1695.
11. Fusetti C, Maggiore D, Reilly I, Ferrazzini G, Prodi S, Donati D, Biegger P. Primary cysts of the spleen: apropos 3 cases with a review of the literature. *Ann Ital Chir* 1998; 69(6): 783-7; discussion 787-8.
12. Pouche A, Biasca F, Laffranchini G, Lanzi S, Giampaoli F, Coniglio A. Benign non-parasitic cysts of the spleen. *Ann Ital Chir* 1999; 70(1): 83-8; discussion 88-90.
13. Alecu L, Deacu A, Costan I, Vitalariu A, Gulinescu L. Serous cysts of the spleen treated by laparoscopic surgery. *Chirurgia (Bucur)* 2002; 97 (4): 407-11.
14. Mambrini P, Sabbah P, Le Toquart JP, Klotz F, Briant JF, Mambrini A. Epidermoid cysts of the spleen. Apropos of two cases: review of the literature. *J Chir (Paris)* 1994; 131(4): 184-90.
15. Dillemans B, Mottrie A, Decoster M, Gruwez JA. Epidermoid cyst of the spleen. *Acta Chir Belg* 1993; 93(6): 265-7.
16. Colovic R, Savic M, Sagic D. Nonparasitic true cysts of the spleen. *Srp Arh Celok Lek* 1991; 119 (3-4): 107-12.
17. Solomou EG, Patriarheas GV, Mpadra FA, Karamouzis MV, Dimopoulos I. Asymptomatic adult cystic lymphangioma of the spleen: case report and review of the literature. *Magn Reson Imaging* 2003; 21(1): 81-4.

18. Abdel Wahab M, Abou Elenin A, Sultan A, El Ghawalpy N, Ezzat F. Lymphangiomas of the spleen: report of 3 cases and review of the literature. *Hepatogastroenterology* 1998; 45(24): 2101-4.
19. Rohr S, Trombetta V, Maloisel F, Becmeur F, Chenard MP, Meyer C. True benign non-parasitic cysts of the spleen: from diagnosis to treatment. Apropos of 5 new cases. *J Chir (Paris)* 1995; 132(12): 467-71.
20. Poddubnyi IV, Dronov AF, Smirnov AN, et al. Non-parasitic spleen cysts in children. *Endosk Hir* 2004; 3: 30-8.
21. Linhares MM, Caetano EM Jr, Louzano R, Sakamoto FI, Cruz OM Jr, Lopes Filho GJ. Surgery resection of traumatic spleen cysts by laparoscopy. *Int Surg* 1998; 83(4): 308-10.

Archive of SID

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید بهشتی، گروه ارولوژی، تلفن: ۰۱۱۱-۲۲۵۲۰۷۱-۵.

h.shafi@mubabol.ac.ir