

## آدنوم مجاری صفراوی خارج کبدی و گزارش یک مورد از آن

دکتر بیژن آریا\*، دکتر رامین آذرهوش\*\*

### چکیده

آدنوم مجرای مشترک صفراوی از توده (تومور)های نادر مجاری صفراوی خارج کبدی یا کیسه صفراست که ممکن است به صورت بدون پایه (sessile) یا پایه دار (pedunculated) دیده شود. بررسی تشخیصی در این بیمار که زنی ۶۰ ساله بوده و در مرکز آموزشی - درمانی ۵ آذر گرگان با تشخیص کلاتریت و سنگ کیسه صفرا و مجاری صفراوی تحت عمل جراحی فرار گرفته، آدنوم پایه دار مجرای مشترک صفراوی را مشخص نمود.

واژه‌های کلیدی: آدنوم، مجاری صفراوی خارج کبدی، کیسه صفرا، پولیپ آدنوماتو، مجرای مشترک صفراوی

## مقدمه

آدنوم مجاری صفراوی خارج کبدی با کیسه صفرا بسیار نادر و خصوصاً در مجرای مشترک صفراوی<sup>۱</sup> بسیار کم دیده می شود (۱).

آدنوم می تواند به صورت پایه دار<sup>۲</sup> یا بدون پایه<sup>۳</sup> باشد ولی به عنوان عامل مستعد کننده سنگ یا سرطان شناخته نمی شود (۱). هدف از گزارش این مورد، نادر و جالب بودن آن و در دسترس قرار گرفتن نتایج آن برای علاقمندان است.

## معرفی بیمار

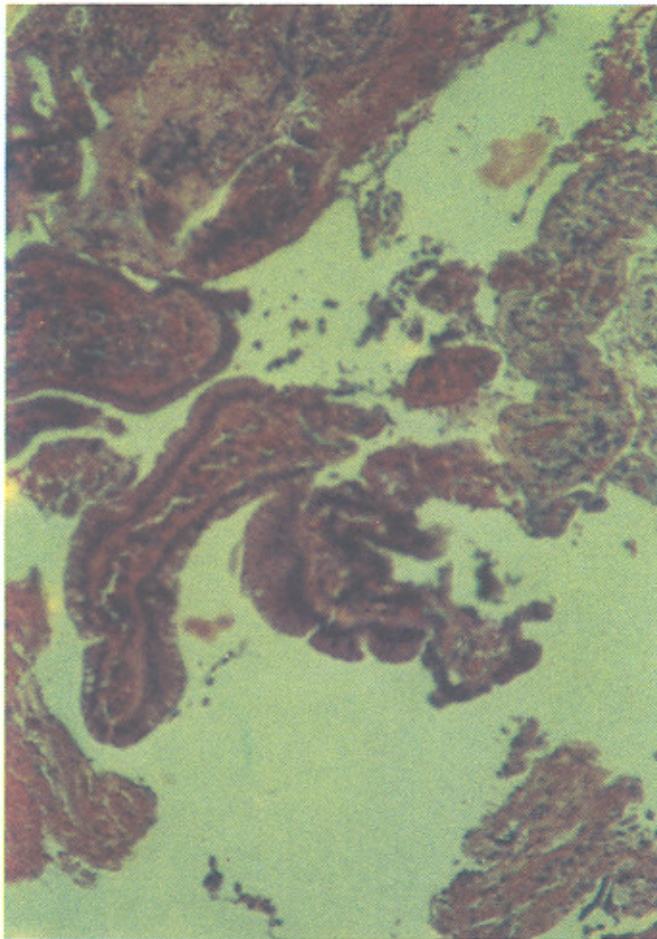
بیمار، زنی ۶۰ ساله با شرح حال تب و درد ربع فوقانی راست شکم RUQ<sup>۴</sup> به صورت کولیک، به مدت دو هفته در مرکز آموزشی - درمانی ۵ آذر گرگان بستری شد. در شرح حال بیمار نکات دیگری از علائم گوارشی وجود نداشت. تست های آزمایشگاهی مربوطه شامل تست های کبدی همگی طبیعی بودند و فقط آنزیم آلکالین فسفاتاز سرم، کمی از حداکثر طبیعی، بیشتر بود. سونوگرافی از بیمار، یک سنگ بزرگ در کیسه صفرا، و اتساع مجرای مشترک صفراوی را با قطر دو سانتی متر نشان داد.

بیمار، در روز دوم بستری، تحت عمل جراحی لاپاراتومی و کوله سیستکتومی قرار گرفت. در جریان جستجوی برای مشترک صفراوی سنگ گیر کرده در انتهای مجرا خارج شد و یک توده به ابعاد ۰/۵×۰/۵ سانتی متر، در یک سوم انتهایی مجرا به صورت پایه دار دیده شد که برش و جداسازی آن صورت گرفت و عمل با انجام آناستوموز کوله دوکودونوستومی خاتمه یافت و بیمار ۶ روز بعد با حال مناسب از بیمارستان مرخص شد.

گزارش آسیب شناسی، کوله سیستیت حاد و آدنوم مجرای مشترک صفراوی را نشان می داد (عکس شماره ۱).

## بحث

آدنوم های مجاری صفراوی خارج کبدی بسیار نادرتر از آدنوم های کیسه صفرا هستند. اگرچه به طور کلی، آدنوم در مجاری صفراوی و کیسه صفرا بسیار نادر دیده می شوند (۱ و ۲) آدنوم در مجاری صفراوی خارج کبدی بیشتر در مجرای مشترک صفراوی دیده می شود و نظاهر بالینی آن به صورت برقان



عکس ۱: توموری با نمای پاپیلری که پوشش پاپیلا از یک ردیف سلول استوانه ای ترشحی با هسته های قاعده ای تشکیل یافته است و بافت همبندی عروقی در ساقه آن دیده می شود (H&E ۱۰×۱۰)

انسدادی یا علائم شبیه به کوله سیستیت حاد است و در مواردی که برقان انسدادی ایجاد شود در تشخیص افتراقی سرطان های مجاری صفراوی قرار می گیرند (۱ و ۲)، اگرچه عامل مستعد کننده سنگ یا سرطان نمی باشند (۱).

آدنوم ها، از نظر ما کروسکوپی، پایه دار<sup>۵</sup> یا بدون پایه<sup>۶</sup> هستند (۳) و از لحاظ میکروسکوپی به صورت توبولار یا پاپیلاری یا مخلوطی از هر دو دیده می شوند. انواع آدنوم های مجاری صفراوی خارج کبدی شبیه به آدنوم های کیسه صفرا هستند و از لحاظ سلولی ممکن است به آدنوم های توبولار یا پاپیلاری

1 - common bile duct      2 - Pedunculated  
3 - sessile      4 - Right Upper Quadrant  
5 - Pedunculated      6 - Sessile

دیده شوند. در پاره‌های موارد نیز گیرنده‌های استروژن و پروژسترون در سلول‌های استرومای این آدنوم‌ها دیده می‌شوند (۲).

این اختلال در موارد بسیار نادر، پاپیلوماتوز است و در مجاری صفراوی داخل و خارج کبدی، مجرای پانکراس و کیسه صفرا حاوی آدنوم‌های متعدد است که بیشتر در افراد ۴۰-۵۰ سال دیده می‌شود. با توجه به خطر ایجاد سرطان، این وضعیت بیشتر، یک سرطان خفیف درون مجرای و چند کانونی پاپیلاری<sup>۱</sup> فرض می‌شود (۲). آدنوم‌های کوچک‌تر عامل مستعد کننده سرطان نمی‌باشند ولی احتمال ایجاد سرطان خصوصاً در ضایعات بزرگ‌تر وجود دارد (۱).

یافته‌های آزمایشگاهی چندان اختصاصی نیستند و تست‌های عملکرد کبد برای برقران انسدادی نقش تشخیصی دارند (۳). به طور کلی چنانچه حین تست‌های تشخیصی یا عمل جراحی آدنوم تشخیص داده شود برش و جداسازی کامل آن کافی است و اگر موجب بدخیمی شده باشد، درمان استاندارد سرطان‌های مجرای صفراوی ضرورت می‌یابد (۴-۷).

روده‌های<sup>۱</sup> شباهت داشته، یا از نظر شباهت بافتی به مجاری صفراوی شبیه باشند. آدنوم پاپیلاری و نوع بیلاری<sup>۲</sup> در ۲۰ درصد موارد، مخلوطی از نوع پاپیلاری و توبولارند (۲).

سیست آدنوم از انواع آدنوم‌های مجاری صفراوی خارج کبدی است که بسیار نادر بوده ولی در مجاری صفراوی خارج کبدی شایع‌تر از کیسه صفرا دیده می‌شود و از مشخصات بافتی آن تولید موسین است. این آدنوم در موارد نادری ممکن است در کبد، پانکراس و حتی خلف صفاق دیده شود. در مواردی حتی قطر آن ممکن است به ۲۰ سانتی متر برسد و علایم یرقان انسدادی یا علایم شبیه به کوله سیستیت ایجاد کند (۲).

از لحاظ ماکروسکوپی توده‌های بزرگ و چندقطعه‌ای<sup>۳</sup> و از نظر میکروسکوپی، لایه داخلی سیست اپتلیوم صفراوی می‌باشد، که حاوی موسین<sup>۴</sup> و استرومای سلولی مزانشیمی<sup>۵</sup> بالای خارج بافت فیروز هیالینه<sup>۶</sup> است. در برخی موارد، سلول‌های حاوی سروتونین در اپتلیوم دیده می‌شوند.

استرومای بافتی شبیه به استرومای تخمدان‌هاست. ادم، سلول‌های التهابی مزمن، خون‌ریزی و فیروز ممکن است

## منابع

- 1 - Ashley D. Histological appearances of tumours. fourth Ed. London : Churchilliving Stone Edinburgh 1990; p: 696-697.
- 2 - Damjanov I, Linder J. Anderson's Pathology. tenth Ed. Philadelphia : Mosby. 1996; Vol 2. pp: 1880-1.
- 3 - Sleisenger M. Gastrointestinal disease. Fourth Ed. Philadelphia: W.B. Sanders company. 1989; pp: 1663-1664.
- 4 - Cotran R, Kumar V, Robbins SL. Robbins Basic pathology. Sixth Ed, Philadelphia: W.B.Saunders company, 1997; pp: 554-5.
- 5 - Courtney M, Townsend JR. Sabiston. Text book of surgery. 16th Ed. Philadelphia: Mosby. 2001; vol 2, pp: 1104-1107.
- 6 - Schwartz S: Gallbladder and extrahepatic biliary system. In: Schwartz, S. Principles of surgery. Sixth Ed. NewYork: MC Graw - Hill book company. 1999; pp: 1457-1459.
- 7 - Yeo CJ, Cameron JL. Tumors of the gallbladder and bile ducts. In: Zinner MJ, Schwartz SI, Ellis H : Maingot's abdominal operations , 10th Ed . Prentice Hall International , INC, London, 1997, vol 2, pp: 1835-1855.

1 - Intestinal type                      2 - Biliary type  
3 - Multiloculated                    4 - Cellular mesenchymal  
5 - Stroma and hyalinized          6 - Fibrous tissue  
7 - Low grade multicentric intraductal papillary carcinoma