

## گزارش مورد : همانژیوم طحالی بزرگ و علامت دار

دکتر سپیده حق‌ازلی<sup>\*</sup>، دکتر عبدالصمد غراوی<sup>\*\*</sup>، دکتر علی باستانی<sup>\*\*</sup>، دکتر تینا شوشتری زاده<sup>\*\*\*</sup>

<sup>\*</sup> فوق تخصص گوارش بالغین

<sup>\*\*</sup> دستیار داخلی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین

<sup>\*\*\*</sup> متخصص آسیب شناسی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

## چکیده

## زمینه یا سابقه

تومورهای عروقی شایعترین تومورهای اولیه طحال هستند که انواع خوش خیم یا بدخیم دارند. یکی از انواع این تومورها همانژیوم است که جزء تومورهای عروقی طحال و خوش خیم است. همانژیوم سیرکننده دارد و اندازه‌های بزرگ آن نادر است. این تومور در اغلب موارد بدون علامت است و بیشتر به صورت اتفاقی در زمان رادیوگرافی، لاپاراتومی یا اتوپسی دیده می‌شود.

## شرح مورد

بیمار خانم جوانی با علائم تهوع، استفراغ، خونریزی از بینی و بزرگی شدید طحال بستری شد. در بررسیهای رادیوگرافیک همانژیوم طحالی مطرح گردید پس از اسپلنکتومی و بررسی یافته‌های آسیب شناسی، تشخیص مورد تأیید قرار گرفت. علائم آزمایشگاهی و بالینی بیمار پس از جراحی بهبود یافت.

## نتیجه گیری

به نظر میرسد توده‌های طحالی گرچه ناشایع هستند، اما بررسی و پیگیری بالینی، آزمایشگاهی و رادیوگرافیک بیماران می‌تواند راهگشای تشخیص درست باشد. در بیماران علامت دار، با توجه به خطر بالای بیوپسی سوزنی از ضایعات طحالی، طحال برداری می‌تواند پایان بخش شک تشخیصی و علائم و نشانه‌های بیماری باشد.

کلیدواژه: همانژیوم، اسپلنومگالی، نئوپلاسم عروقی

گوارش / دوره ۱۳، بهار ۱۳۸۷، ۳۵ - ۳۸

## زمینه یا سابقه

تومورهای عروقی شایعترین تومورهای اولیه طحال هستند که انواع خوش خیم یا بدخیم دارند. یکی از انواع این تومورها همانژیوم است که گاهی به صورت اتفاقی در زمان طحال برداری به علل دیگر تشخیص داده

نویسنده مسئول: تهران، خیابان کارگر شمالی، بیمارستان دکتر شریعتی،

مرکز تحقیقات گوارش و کبد

تلفن و نمابر: ۸۸۲۲۰۰۲۶

آدرس الکترونیکی: sephagh@ams.ac.ir

تاریخ دریافت: ۸۷/۲/۴ تاریخ اصلاح نهایی: ۸۷/۳/۴

تاریخ پذیرش: ۸۷/۴/۷

می‌شود. (۱)

شایعترین تومورهای خوش خیم طحال لنفانژیوم و همانژیوم هستند. این تومورها اکثراً به طور اتفاقی در حین بررسیهای رادیوگرافی، لاپاراتومی یا اتوپسی یافت می‌شوند. (۲)

شیوع همانژیوم در اتوپسی بین ۰/۳ تا ۱/۴٪ می‌باشد و بیشتر در بالغین و در سنین بین ۳۰ تا ۵۰ سالگی یافت می‌شود. سیر رشد همانژیوم به طور معمول کند است. نشانه‌ها و عوارض این بیماری نیز بروز دیررسی دارند. در بسیاری از موارد نیز بیماران بدون علامت هستند. (۳)

همانژیوم طحالی به صورت علامت دار، با اندازه بزرگ و با رشد نسبتاً سریع، یافته کمتر شایعی است که در بیمار ذیل در سن ۲۲ سالگی و با رشد نسبتاً بارز دیده شده است.

جزء کیستیک وسیعی ندارند و به عنوان تومور خوش خیم طحال شناخته می شوند. (۴)

جدول ۱: آزمایش های شمارش خونی و آنزیم های کبدی

CBC	
WBC	4000/mm <sup>3</sup> (poly:51%, lymph 42%)
Hb (gr/dl)	8
Platelet	72000
PT	12.7 Sec.(INR=1.21)
LFT	
Alkaline phosphatase	125(80-300) U/l
Bilirubi T	0.7 mg/dl
D	0.4 mg/dl
AST	18 (5-40)U/l
ALT	16 (5-40)U/l

Corrected reticulocyte: 1.2%  
 Albumin: 3.6 (3.5-5.2) gr/dl  
 Total protein: 7.2 (6.2-8.2) gr/dl  
 Wright, coombs Wright, mono test: negative  
 ANA, Anti DNA (Elisa): negative



شکل ۱: سی تی اسکن بیمار با ماده حاجب

\*nonhematolymphoid

\*\*littoral cell angioma

### شرح مورد

یک زن ۲۲ ساله به علت درد قسمت فوقانی و چپ شکم (lower Upper Quadrorant-LUQ) بستری شد، درد بیمار در ابتدا به صورت درد مداوم و در قسمت فوقانی شکم بود، در مراجعات بعدی در طی یک سال درد بیشتر در LUQ متمرکز داشت. درد مداوم و بدون انتشار و مبهم و به صورت سنگینی حس می شد. بیمار تهوع، استفراغ پس از غذا و سیری زودرس داشت و به صورت متناوب از خونریزی بینی (اپیستاکسی) شاکی بود.

در طی ۱ سال قبل از مراجعه علائم بیمار فزاینده بود و در مراجعات پزشکی قبلی اقدامات تشخیصی و درمانی به صورت علامتی پیگیری شده بود. در معاینه، علائم حیاتی طبیعی، بیمار رنگ پریده بود و تنها یافته ی دیگر اسپلنومگالی شدید تا حد ناف بود.

در معاینه شکم، کبد طبیعی، حساسیت لمسی (تندرنس) در اپیگاسترو و LUQ مشاهده گردید. بیمار لنفادنوپاتی بارزی نداشت.

در بررسی های اولیه، کاهش دو رده سلولی خونی (بای سیتوپنی) مشخص گردید. آزمایش های دیگر اعم از آنزیم های کبد، آلبومین و پروتئین سرم، PT، آزمایش های رایت و ویدال، هیاتیت های ویروسی B، C و آزمایش HIV (human immunodeficiency virus) و بررسی مغز استخوان یافته غیر طبیعی را نشان ندادند (جدول ۱).

سونوگرافی توده طحالی را تأیید کرد. در آندوسکوپی فوقانی، بیمار یافته غیر طبیعی نداشت. سی تی اسکن شکم با ماده حاجب خوراکی و وریدی طحال را به ابعاد ۱۸ در ۱۴ سانتی متر نمایان ساخت که قسمت اعظم آن توده ای غیر یکنواخت بود که حاشیه آن از طحال قابل افتراق نبود و احتمال همانژیوم مطرح شد. این توده در مقایسه با سی تی اسکن ۳ ماه پیش بیمار رشد ۴ سانتی متری را نشان می داد (شکل ۱).

به علت علائم پیشرونده، بیمار جهت طحال برداری (اسپلنکتومی) معرفی شد و در پیگیری ۲ ماهه بیمار پس از جراحی، علائم بالینی و آزمایشگاهی بهبود یافته بود (شکل ۲). در آخرین مراجعه پلاکت به بیش از ۵۰۰/۰۰۰ میلی متر مکعب رسید.

در بررسی آسیب شناسی که ۳ بار انجام شد، در ۲ مورد تشخیص همانژیوم طحالی با خونریزیهای وسیع داخل تومور تأیید و در ۱ مورد احتمال لنفانژیوم مطرح شده بود. در لام بیمار گوشه هایی از طحال طبیعی نیز قابل رویت بود (شکل ۳).

### بحث

تومورهای اولیه طحال ناشایع و به صورت زیر تقسیم بندی می شوند: تومورهای لنفوئید، غیر هماتولنفوئید، و ضایعات تومور مانند. تومورهای عروقی شایعترین نوع غیر هماتولنفوئید\* هستند. غیر از همانژیوم دیگر تومورهای کمتر شایع عروقی عبارتند از هامارتوم لنفانژیوم و آنژیوم لیتورال سل\*\* (۲).

کیستهای واقعی در طحال نیز به این قرارند: اپیدرموئید، درموئید و بامنشا لنفانژیوماتوز یا همانژیوماتوز. البته همه همانژیومها یا لنفانژیومهای طحال

است، این ضایعه می تواند با هیپراسپلینسیسم شدید و عوارض دیگر همراه باشد. (۸)

همانژ یوم منتشر طحال در یک مرد ۵۹ ساله گزارش شده است. در این مورد خونریزی داخل همانژ یوم بدون پارگی طحال که یک عارضه بالقوه کشنده است، دیده شده است. (۹)

در بیمار بحث شده ما نیز خونریزی داخل تومور در آسیب شناسی مورد تأیید قرار گرفته است. عوارض همانژ یوم شامل پارگی، هیپراسپلینسیسم و دژنراسیون بدخیم است. پارگی به عنوان شایعترین عارضه در ۲۵٪ موارد اتفاق می افتد. (۳)

درمان در ضایعات بزرگ همانژ یوم طحال می تواند طحال برداری، آمبولیزاسیون\*\*، یا هر دو باشد. (۱۰)

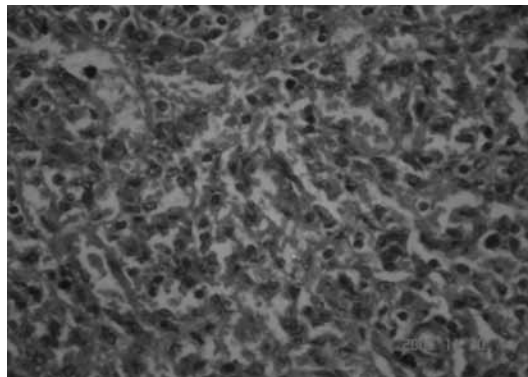
جراحی در موارد زیر ضرورت دارد: احتمال پارگی طحال (rupture)، اندازه خیلی بزرگ یا در موارد اختلال انعقادی (coagulopathy).

در همانژ یوم کبدی گاه برای تشخیص قطعی و نهایی از بیوپسی سوزنی با هدایت\*\*\* سونوگرافی یا سی تی اسکن بهره می برند اما بیوپسی سوزنی طحال در همانژ یوم با سوزن باریک نیز می تواند مخاطره آمیز باشد و بافت بدست آمده شامل سلولهای آندوتلیال و گلبولهای قرمز معمولاً برای تشخیص افتراقی غیر اختصاصی است. (۷)

یافته های آسیب شناسی نیز در بیشتر موارد حکایت از تکثیر کانالهای عروقی بدون کپسول با اندازه های مختلف از کاپیلر (مویرگی) تا کاورنوی (حفره ای) دارد و بیشتر ضایعات کمتر از ۲ سانتی متر هستند. (۳)



شکل ۲: طحال پس از جراحی



شکل ۳: بافت طحالی کنار تومور (X40)

### نتیجه گیری

به نظر می رسد توده های طحالی گرچه ناشایع هستند، اما بررسی و پیگیری بالینی، آزمایشگاهی و رادیوگرافیک بیماران می تواند راهگشای تشخیص درست باشد. در بیماران علامت دار، با توجه به خطر بالای بیوپسی سوزنی در ضایعات طحالی، طحال برداری می تواند پایان بخش شک تشخیصی و علائم و نشانه های بیماری باشد.

کلیه کیستهای غیر معمول (آتیپیک) باید در طحال هر ۳-۶ ماه پیگیری شوند. این کار با سی تی اسکن یا MRI (Magnetic Resonance Imaging) انجام می شود. (۵)، اما در کیست های ساده یا کلسیفیکاسیونهای طحالی و در موارد بدون علامت نیازی به پیگیری نیست.

یک گزارش، تجربه ۸ ساله ای از همانژ یوم طحالی در مایو کلینیک\* را بررسی کرده است که بدین قرار است: ۳۲ بیمار با تشخیص همانژ یوم طحالی در این مرکز شناخته شده اند. سن متوسط آنان ۲۳ تا ۹۴ سال با میانگین ۶۳ سال بوده است. ۱۷ نفر زن و ۱۵ نفر مرد بوده اند. ۶ بیمار با علائم ناشی از این ضایعه تشخیص داده شده اند و بقیه بدون علامت بوده اند. اندازه همانژ یوم در این بیماران بین ۰/۳ تا ۷ سانتی متر بوده است. (۶)

نماهای رادیولوژیک در این تومور می توانند یکنواخت یا غیر یکنواخت باشند. در مروری رادیولوژیک و پاتولوژیک در ۱۰ بیمار همانژ یوم طحالی در مدت ۱۵ سال نیز در سی تی اسکن مانند سونوگرافی دو طرح مشخص دیده شده است (الف) توده یکنواخت و توپر (solid)، (ب) توده مولتی سیستیک. (۷) در دو نوع شایعتر تومورهای طحالی یعنی همانژ یوم و لنفانژ یوم، سی تی اسکن می تواند حفره بندی های (لوکولاسیون های) متعدد را به خوبی نمایان سازد. (۴)

از نظر وسعت انتشار بیماری در طحال، همانژ یوماتوز منتشر طحالی نادر

\* Mayo clinic  
\*\* Embolisation  
\*\*\* guide

## References

1. Beauchamp RD, Holzman MD, Fabian TC. Spleen. In: Townsend M, Beauchamp RD, Evers BM, et al, editors. Textbook of surgery. 17th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2004. p. 1689.
2. Goodman J, Newman MI, Chapman WC. Disorders of the spleen. In: Greer JP, Foerster J, Luckens JN, et al, editors. Clinical hematology. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2004. p. 1903.
3. Abbott RM, Levy AD, Aguilera NS, Gorospe L, William M. Primary Vascular Neoplasms of the Spleen: Radiologic-Pathologic Correlation. *Radio Graphics* 2004; 24: 1137-63.
4. Coon WW. Splenectomy for conditions other than trauma. In: Zuidemo GD, Yeo CJ, editors. Shackelford's Surgery of the alimentary tract. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders company; 2002. p. 556.
5. Völk M, Strotzer M. Diagnostic imaging of splenic disease. *Radiologe* 2006; 46: 229-43.
6. Willcox TM, Speer RW, Schlinkert RT, Sarr MG. Hemangioma of the spleen: presentation, diagnosis, and management. *J Gastrointest Surg* 2000; 4: 611-3.
7. Ros PR, Moser RP Jr, Dachman AH, Murari PJ, Olmsted WW. Hemangioma of the spleen: radiologic-pathologic correlation in ten cases. *Radiology* 1987; 162: 73-7.
8. Steininger H, Pfofe D, Marquardt L, Sauer H, Markwat R. Isolated diffuse hemangiomatosis of the spleen: case report and review of literature. *Pathol Res Pract* 2004; 200: 479-85.
9. Ejeckam GC. Diffuse cavernous hemangioma of the spleen. *Can J Surg* 1976; 19: 354-6.
10. Islam S, Newman EA, Strouse PJ, Geiger JD. Antiangiogenic therapy for a large splenic hemangioma. *Pediatr Surg Int* 2005; 21: x1007-10.