

گزارش یک مورد مزوتلیومای خوش خیم مولتی سیستیک داخل شکمی

دکتر سیدهدای میرهاشمی*، دکتر شهرام ثابتی**، دکتر امین رضازاده***

چکیده:

مزوتلیومای مولتی سیستیک شکمی تومور نادری است که عمدتاً در زنان، در سنین باروری اتفاق می‌افتد. تاکنون بیش از ۱۳۰ مورد از آن گزارش شده است. مشخصه بیماری، ایجاد کیست‌های چند حفره‌ای متعدد با جدار نازک بوده و غالباً بصورت توده‌های بزرگ شکمی بروز می‌کند. هنگامی که تومور در شکم تظاهر می‌یابد به سطوح سروزی داخل صفاق از قبیل روده، امتوم، طحال، کبد و یا ارگان‌های خلف صفاق از قبیل پانکراس می‌چسبد. افتراق آن از بیماری‌های کیستیک دیگر فقط با کمک بافت‌شناسی بوده و جراحی جهت تشخیص و درمان ضروری است. در این مقاله به معرفی خانم ۵۲ ساله‌ای می‌پردازیم که به دلیل توده شکمی ۱۵×۲۰ سانتیمتر تحت عمل جراحی قرار گرفته است. تشخیص هیستوپاتولوژی آن مزوتلیومای مولتی سیستیک خوش خیم با گسترش به سمت احشاء خلف صفاق بود.

واژه‌های کلیدی: توده شکمی، مزوتلیوما خوش خیم، مولتی سیستیک

زمینه و هدف

مزوتلیومای بدخیم با آزیستوز ارتباطی ندارد.^۱ با توجه به بروز نسبتاً شایع این بیماری در زنان، در سنین باروری حساسیت هورمونی این ضایعه مطرح شده است و به دنبال درمان با آنتاگونیست‌های آزادکننده گنادوتروپین (GnRH) و تاموکسیفن سایز توده کوچک می‌شود^۲ اما به هر حال جراحی جهت تشخیص پاتولوژیک و درمان قطعی ضایعه ضروری می‌باشد.^۱

معرفی بیمار

بیمار خانم ۵۲ ساله‌ای است که با شکایت درد مبهم شکم، احساس توده بزرگ شونده در ناحیه فوقانی چپ شکم از ۴

مزوتلیومای مولتی سیستیک تومور نادری است که از مزوتلیوم صفاقی منشأ می‌گیرد و در واقع نئوپلاسم با درجه متوسط سلول‌های پریتوتن می‌باشد. تومور تمایل دارد که به صورت موضعی رشد کند.^۱ این ضایعه اغلب در زنان در سنین باروری اتفاق می‌افتد. در سابقه اکثر بیماران، جراحی شکم قبلی، لیومیوم رحم، بیماری التهابی لگن و اندومتریوز وجود دارد.^۱ مواردی از آن در کودکان و مردان هم گزارش شده است. بیماری ممکن است در شکم با گسترش به سمت احشاء داخل صفاقی و یا خلف صفاقی بروز کرده و یا خارج از حفره شکم ایجاد شود.^۳ این ضایعه در اغلب موارد به صورت توده بزرگ شکمی تظاهر می‌یابد.^۴ پاتونز آن ناشناخته بوده، بر خلاف

نویسنده پاسخگو: دکتر سیدهدای میرهاشمی

تلفن: ۵۵۴۱۹۳۹۰

E-mail: sh.mirhashemi@gmail.com

* استادیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان لقمان حکیم

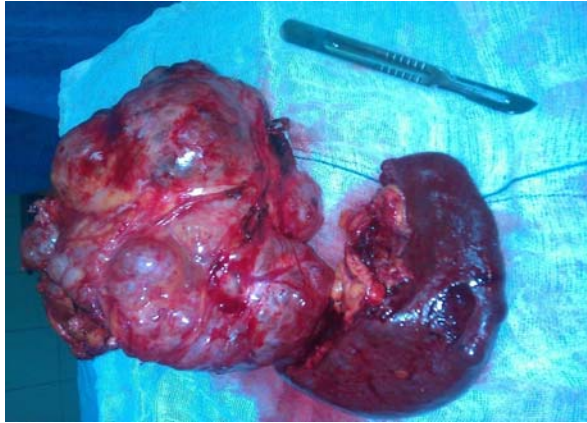
** استادیار گروه پاتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان لقمان حکیم

*** دستیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان لقمان حکیم

تاریخ وصول: ۱۳۸۹/۱۱/۲۶

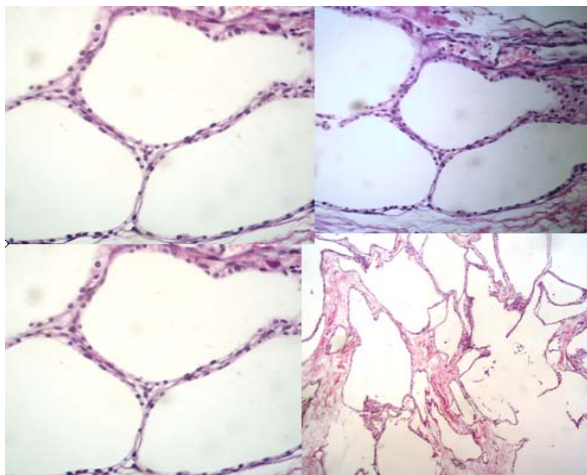
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۰۸/۱۵

واضح در خلف صفاق مشاهده شد که جدا از پانکراس و معده و با چسبندگی به ورید و شریان طحالی در سمت داخل طحال بود. توده بطور کامل همراه با طحال اکسیزیون شد (تصویر ۲).



تصویر ۲- نمای ظاهری توده به همراه طحال

گزارش پاتولوژی: نمای ماکروسکوپی توده به صورت ضایعه مولتی سیستیک با جدار نازک بود که اندازه کیست‌ها از چند میلیمتر تا ۶ سانتیمتر متغیر بوده و حاوی مایع زرد رنگ بود و در نمای میکروسکوپی ضایعه کیستیک متشکل از یک ردیف سلول‌های مزوتلیال مکعبی که در سطح برجستگی شماری از آنها به داخل لومن مشهود و با استرومای فیبروواسکولار احاطه شده بود و شواهدی از آتیپی سلولی، افزایش فعالیت میتوتیک یا نکروز رویت نگردید (تصویر ۳).



تصویر ۳- نمای ریزبینی از ضایعه برداشته شده

ماه و سیری زودرس از ۲ ماه قبل مراجعه کرده است. در سابقه بیمار، جراحی میوم رحمی و کوله سیستکتومی در چند سال قبل وجود دارد. شرح حال فامیلی و دارویی بیمار منفی است.

در معاینه: علائم حیاتی، معاینه سر و گردن و قلب و ریه طبیعی بود. شکم بیمار در نگاه علاوه بر محل برش جراحی قبلی، غیر قرینه بوده، تورمی در ناحیه فوقانی چپ شکم مشهود بود که در لمس توده‌ای به ابعاد تقریبی ۱۰×۲۰ سانتیمتر با قوام سفت و تحرک کم، بدون نبض و بدون حساسیت در همان ناحیه احساس می‌شد. معاینه لگن و دستگاه تناسلی بیمار هم طبیعی بود.

در بررسی آزمایشگاهی: شمارش سلول‌های خونی، آمیلاز، تست‌های عملکرد کبد و کلیه و بیوشیمی طبیعی بوده است. در سی تی اسکن انجام شده از شکم و لگن با کنتراست خوراکی و تزریقی، توده‌ای هتروژنس متشکل از اجزای سیستیک با دیواره‌های داخلی و ناهمگون به ابعاد ۲۰×۱۳ سانتیمتر در فضای پارا رنال قدامی چپ گزارش شد که در مجاورت قدامی ورید طحالی و کلیه چپ و سمت داخلی طحال قرار داشت. یافته‌های فوق مطرح کننده ضایع نئوپلاستیک در تنه و دم پانکراس بود که معده را به جلو جابجا کرده بود (تصویر ۱).



تصویر ۱- نمای توده در سی تی اسکن شکم و لگن با کنتراست خوراکی و وریدی

CEA و CA19-9 بیمار طبیعی بود. آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی گاستریت مزمن سطحی را گزارش نمود. بیمار تحت عمل جراحی با برش مید لاین قرار گرفت که توده‌ای به ابعاد ۲۰×۱۳ سانتیمتر با اجزای کیستیک و کپسول

سی تی اسکن و ام - آر - آی می تواند جهت تشخیص کمک کننده باشد. آسپیراسیون سوزنی از ضایعه قبل از جراحی، نیز در محدود کردن تشخیص های افتراقی مفید است.^{۱۵} و^{۱۴} تشخیص این ضایعه با مطالعه میکروسکوپ الکترونی و آزمون ایمونوهیستوشیمیایی تأیید می شود. بنابراین جراحی جهت تشخیص و درمان آن ضروری است و تشخیص قطعی فقط از طریق بررسی بافت شناختی و آزمون ایمونوهیستوشیمیایی صورت می گیرد.

نتیجه گیری

اگر چه مزوتلیومای مولتی سیستیک شکمی تومور نادری است و چسبندگی آن به احشاء داخل و یا خارج صفاقی در نماهای رادیولوژیک می تواند باعث اشتباه در قضاوت بالینی پزشک معالج شده و آن را لاعلاج تلقی نماید، اما توجه به شرح حال گذشته بیمار می تواند مانند مورد گزارش شده، زمینه ساز یک اقدام جراحی رادیکال بوده که تنها راه درمان قطعی است. انجام جراحی محدود و غیر تهاجمی با باقی گذاشتن بخشی از تومور می تواند زمینه ساز عود بعدی بوده و بیمار را متحمل جراحی های مکرر نماید.

بیمار ۷۲ ساعت پس از جراحی با حال عمومی خوب ترخیص گردید و در پیگیری ۱۲ ماهه عود نداشت.

بحث

مزوتلیومای مولتی کیستیک خوش خیم اولین بار توسط Smith Mannemeyer در سال ۱۹۷۹ شرح داده شد.^۷ و^۸ این ضایعه اکثراً در زنان در سنین تولید مثل اتفاق می افتد اما به هر حال در مردان و کودکان هم گزارش شده است.^۹ شایعترین تظاهرات بالینی آن درد پایین شکم و لگن است، اما بصورت کاهش وزن و توده شکمی نیز ظاهر می یابد.^{۱۰} تشخیص های افتراقی آن شامل توده های کیستیک بد خیم و خوش خیم می باشد. ضایعات سیستیک خوش خیم مثل لنفانژ یوما (سیستیک هیگروما)، فرم سیستیک Endo Salpingiosis، اندومتريوز، کیست مولرین خلف صفاق، تومورهای آدنوئید سیستیک و بقایای سیستیک مجرای مزونفریک است.^{۱۱} ضایعات بدخیم نیز شامل مزوتلیوم بدخیم و تومورهای سرروزی پريتوان است.^{۱۱} تشخیص آن از نئوپلاسم های سیستیک خوش خیم و بدخیم ذکر شده، حتی با استفاده از روش های تصویربرداری پیشرفته نیز دشوار است.^{۱۲} و^{۱۳} سونوگرافی،

Abstract:

A Case Report of Benign Multicystic Mesothelioma of Abdomen

Mirhashemi S. H. MD^{}, Sabeti Sh. MD^{**}, Rezazadeh A. MD^{***}*

(Received: 15 Feb 2011 Accepted: 6 Nov 2011)

Benign multicystic abdominal mesothelioma is a rare tumor that occurs mainly in women in their reproductive age. To date 130 cases have been reported. It is characterized by the formation of multilocular cysts with thin-walled that frequently appears as large, intraabdominal masses. When tumor appears in the abdominal cavity, it attaches to intra-peritoneal organs like intestine and omentum, spleen, liver or progress toward retroperitoneal organs such as pancreas. Differentiation from other cystic lesions could be only with histologic study and surgery is mandatory for diagnosis and treatment. In this study we report a case of 52-year-old woman with 20×15cm abdominal mass that undergone surgery. Histopathological examination revealed a multicystic mesothelioma with retroperitoneal progression.

Key Words: Abdominal Mass, Benign Mesothelioma, Multicystic

** Assistant Professor of General Surgery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Logman Hakim Hospital, Tehran, Iran*

*** Assistant Professor of Pathology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Logman Hakim Hospital, Tehran, Iran*

**** Resident of General Surgery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Logman Hakim Hospital, Tehran, Iran*

References:

1. Michael C Safioleas, kontzogliou Constantinos, Stamatukos Micheal: Benign multicystic peritoneal Mesothelioma: A case report. Journal Gastroenteral: 2006; 12(35): 5739-42.
2. Obioka H, Matsouk S, Sano F, Mori M: multicystic Mesothelioma of spermatic cord. Histopathology: 1995; 27: 479-481.
3. Lane TM, Wildo M, Schofield, Trott GA, Benign cystic mesothelioma of tunica vaginalis. BJV Int 1999; 84: 533-534.
4. Nuket Uzum, Necdet Ozkay, Omur Atagol, Benign multicystic peritoneal Mesothelioma: Turkish journal of Gastroenterology: 2009; 20(2): 138-141.
5. Weiss SW, Tavassoli FA: multicystic Mesothelioma; An analysis of pathologic finding & biologic behavior in 37 cases. Am J Surg pathol: 1988, 12(10): 737-745.
6. Jerbi M, Hidar S, Ziad S, Khairi H. Benign multicystic peritoneal Mesothelioma. Int J Gynaecol abstract. 2006; 93(3): 267-68.
7. Petrou G, Macindoe R, Ceanes. multicystic peritoneal Mesothelioma in a 60 year old woman after cholecystectomy. A NZ J Surg 2001: 71: 71-8.
8. Mannemeyer R, Smith M, multicystic peritoneal Mesothelioma: A Report with electron microscopy of case mimicking intra- and amniotic cystic hyaline (lymphangioma). Cancer, 1979-44: 692-8.
9. Sawh Rn, Multidia A, Deavers MT, et al. multicystic peritoneal Mesothelioma of the peritoneum: a clinical copathology study of 17 cases and immunohistochemical analysis of steroid and progesterone receptors. Hum pathol, 2003; 34: 369-74.
10. Hafner M. Dova cek. G, Herbst F et al. Giant benign cystic mesothelioma: A report and review of literature: Eur J Gastroenterol Hepatol 2002; 19: 77-80.
11. Ross MJ, Welcome WR, Scully RE, Multiocular, peritoneal inclusion cyst (so-called cystic mesothelioma) cancer 1989; 64: 1336-1346.
12. Safioleas M.C Constantion K, Micheal Setalbeniasin, Benign multicystic peritoneal mesothelioma: a case report and review of the literature. world J Gastroenterol 2006; 12: 5739-42.
13. Ozgeh A, Akata D. Akhan, Akhan D, Et al. Giant Benign multicystic peritoneal Mesothelioma: US, CT and MRI finding. Abdominal Imaging 1998; 23, 502.
14. Tuo Lc, Aspiration biopsy cytology of mesothelioma Diagn cytopathol 1989; 5: 14-21.
15. Van Ruth S, Bronkhorst MW, Van Coevorden F, Zoetmulder FA. Peritoneum benign cystic mesothelioma: a case report and review of the literature. Eur J Surg Oncol 2002; 28: 192-195.