

گزارش یک مورد از مزوتلیومای کیستیک خوش خیم حفره صفاقی با تظاهر آسیت شکم

عبدالرضا علیپور (M.D.) **

سپیده پیوندی (M.D.) *

فرشاد نقشوار (M.D.) ***

نرگس مسلمی زاده (M.D.) ***

چکیده

مزوتلیومای کیستیک خوش خیم یک ضایعه ناشایع صفاقی است که عمدتاً در زنان در سن باروری مشاهده می شود. بیمار معرفی شده دختر مجرد ۲۱ ساله می باشد که به علت درد دوره ای شکم و اتساع مختصر شکم که از ۴ سال قبل شروع شده بود مراجعه کرد. معاینات کلینیکی بیمار نرمال بود مختصر اتساع شکم وجود داشت. در سونوگرافی و CT اسکن آسیت و مایع آزاد در لگن و ناودان های پاراکولیک دو طرفه مشاهده شد. در بررسی عللی آسیت، نکته مثبت یافت نشد. در لاپاراسکوپی کیست های متعدد و شفاف در لگن و کلدوساک مشاهده شد که از طریق لاپاراسکوپی خارج شدند. یافته پاتولوژی منطبق بر مزوتلیومای کیستیک خوش خیم بود. بررسی مطالعات نشان داد که این دومین مورد از موارد گزارش شده کیست مزوتلیال حفره صفاقی می باشد که بیمار به علت آسیت تحت بررسی قرار گرفته است.

واژه های کلیدی: مزوتلیومای کیستیک خوش خیم، کیست صفاقی

مقدمه

شوند (۲). درمان نگهدارنده در این ضایعه موثر نبوده و معمولاً نیاز به جراحی دارد. جهت تشخیص دقیق پاتولوژی، جراحی ضروری است و احتمال عود پس از جراحی وجود دارد (۳). در مطالعات انجام شده تا سال ۲۰۰۲، ۱۳۰ مورد از مبتلایان به کیست های مزوتلیال و مزوتلیومای کیستیک خوش خیم گزارش شد که ۲۰ مورد آن در مردان بوده (۴) و فقط یک مورد از مزوتلیومای کیستیک خوش خیم حفره صفاقی با

مزوتلیومای کیستیک خوش خیم یک ضایعه ناشایع صفاقی است که عمدتاً در زنان در سن باروری رخ می دهد. صفاق لگن، شکم و گاهی فضای پشت صفاقی درگیر می شوند. از تظاهرات بیماری وجود کیست های متعدد، با جدار نازک و چند حفره ای در شکم می باشد که سبب می شود بیمار به علت درد و یا احساس توده در شکم مراجعه کند (۱). در موارد بدون علامت، ممکن است به طور اتفاقی کیست ها در سونوگرافی مشاهده

* متخصص زنان و زایمان، فلوشیپ نازایی، عضو هیأت علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران ✉ مؤلف مسئول: ساری - مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره)

** متخصص بیماری های داخلی، بیمارستان امام خمینی بهشهر

*** متخصص زنان و زایمان، عضو هیأت علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران

**** متخصص پاتولوژی، عضو هیأت علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ دریافت: ۸۵/۲/۲۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۵/۶/۲۰ تاریخ تصویب: ۸۵/۷/۲۶

تظاهرات آسیت بود. بیمار معرفی شده دومین مورد در بین موارد گزارش شده مزوتلیومای کیستیک خوش خیم می باشد که به علت آسیت تحت بررسی قرار گرفته است.

معرفی بیمار

بیمار، دختر مجرد ۲۱ ساله بود که به علت درد مزمن شکم و گزارش سونوگرافی حضور مایع آزاد داخل شکم ارجاع شده بود. بیمار احساس درد مبهم و دوره‌ای در ناحیه هیپوگاستریک را از ۴ سال قبل ذکر می کرد. سیکل قاعدگی بیمار نامنظم بوده و از لکه بینی قبل از قاعدگی نیز شاکی بود. علایم ادراری، گوارشی، کاهش وزن، بی اشتهایی، تعریق شبانه، خستگی را ذکر نمی کرد. در معاینه بیمار نکته غیرطبیعی یافت نشد تنها اتساع مختصر در شکم وجود داشت. لمس شکم فاقد حساسیت بود و توده‌ای نیز در لمس شکم و معاینه رکتوم به دست نخورد. در سونوگرافی (۸۲/۷/۳۰)، مایع آزاد در لگن و فضای پاراکولیک با حجم حدود ۷۵۰-۱۰۰۰ cc گزارش شد و رحم و تخمدان‌ها نرمال بودند. در سونوگرافی مجدد (۸۳/۹/۳۰) کبد، کیسه صفرا، کلیه‌ها، رحم و تخمدان‌ها نرمال بودند اما مایع آزاد در لگن و فضای پاراکولیک دو طرفه وجود داشت. بعد از آن، بیمار تحت بررسی جهت علت آسیت قرار گرفت. CBC، الکترولیت‌های سرم، آلبومین سرم، سطح آنزیم‌های کبدی، هورمون‌های تیروئید، تست‌های سرولوژیک هپاتیت، ANA و تومور مارکرها همگی نرمال بودند. تست PPD و لاواژ ترشحات معده از نظر باسیل کخ نیز منفی بود. IVP انجام شده نیز طبیعی گزارش شد. در گزارش CT اسکن (۸۳/۱۰/۱۵) طحال، کبد، کلیه‌ها، پانکراس نرمال و کلیه‌ها به طور نرمال ترشح کردند. آدنوپاتی شکم و لگن وجود نداشت و مایع آزاد در لگن و پاراکولیک دو طرفه مشاهده شد.

ضحامت جداری لوپ روده مجاور کولون نزولی افزایش داشت و دانسیته تخمدان‌های دو طرف نیز افزایش یافته بود. پس از انجام CT اسکن تصمیم به Tap مایع آسیت با هدایت سونوگرافی شد که موفقیت آمیز نبود و مایعی خارج نگردید. جهت تشخیص نهایی تصمیم به لاپاروسکوپی گرفته شد. در لاپاروسکوپی سطح کبد، روده‌ها، دیافراگم نرمال بود. آسیت در شکم و لگن وجود نداشت ولی در لگن در ناحیه کلدو ساک خلفی کیست‌های متعدد با جدار نازک و شفاف در کنار یکدیگر قرار داشت که کل فضای لگن را اشغال کرده و رحم و تخمدان‌ها را به سمت قدام لگن جابجا نموده بودند و اندازه آنها از ۳ تا ۸ سانتی متر متفاوت بود. با فورسپس لاپاروسکوپی اقدام به گرفتن یکی از کیست‌ها شد که به راحتی از کف لگن جدا شد. در هنگام خروج کیست از تروکار جدار کیست پاره شد که مایع داخل آن شفاف و حالت ژلاتینی داشت بقیه کیست‌ها نیز به ترتیب خارج شدند. هیچ چسبندگی بین کیست‌ها و کف لگن وجود نداشت. جدار کیست‌ها جهت پاتولوژی ارسال گردید و شستشوی داخل شکم و ساکشن انجام شد. در بررسی مجدد لگن، نقاط اندومتریوزیس در ناحیه کلدوساک و یوترساکرال وجود داشت که کوتر شدند. بیمار در روز دوم پس از جراحی مرخص گردید و به مدت ۹ ماه پس از جراحی پیگیری شد، شواهدی از عود دیده نشد. نمونه بافتی از نظر میکروسکوپی بررسی گردید، جدار کیست از بافت همبند loose و یک لایه سلول مکعبی شکل مزوتلیال تشکیل شده بود. یافته بافت‌شناسی و رنگ آمیزی ایمونوهیستونی‌هایی منطبق بر مزوتلیومای کیستیک خوش خیم بود.

بحث

مزوتلیومای کیستیک خوش خیم جزء ضایعات نادر صفاقی هستند و از نظر تقسیم‌بندی هیستولوژیک در

گروه کیست‌های مزاتریک قرار می‌گیرند (۵). کیست‌های مزاتریک ضایعات نادر داخل شکمی می‌باشند که شیوع آنها ۱ مورد به ازای ۱۰۰/۰۰۰ فرد بزرگسال و یک مورد به ازای ۲۰/۰۰۰ کودک می‌باشد (۶). با استفاده از پیشرفت‌های جدید در استفاده از میکروسکوپ الکترونی، سلول‌های اندوتلیال را می‌توان از سلول‌های مزوتلیال تفکیک کرده و بر اساس محتویات کیست، تظاهرات کلینیکی و اتیولوژی تقسیم‌بندی‌های مختلفی کیست‌های مزاتریک وجود دارد (۵). تقسیم‌بندی جدید کیست‌های مزاتریک بر اساس معیارهای جدید هیستولوژی، و ساختاری و ایمونوهیستوشیمیایی می‌باشد که این کیست‌ها را به ۶ گروه تقسیم می‌کند:

(۱) کیست‌هایی که منشاء لنفاتیکی دارند

(a) کیست لنفاتیکی ساده

(b) لنفانژ یوما

(۲) کیست‌های که منشاء مزوتلیال دارند

(a) کیست مزوتلیال ساده

(b) مزوتلیومای کیستیک خوش خیم

(c) مزوتلیومای کیستیک بدخیم

(۳) کیست‌هایی که از روده منشاء می‌گیرند

(۴) کیست‌هایی که از سیستم اروژنیتال منشاء می‌گیرند (مجاریOLF یا مولر)

(۵) تراتومای کیستیک بالغ (درموئید کیست)

(۶) پسودو کیست غیر پانکراتیک

(a) منشاء تروماتیک

(b) منشاء عفونی

مزوتلیومای کیستیک بدخیم تنها کیست بدخیم واقعی در این تقسیم‌بندی است که بسیار نادر است. بقیه انواع کیست‌های مزاتریک خوش خیم می‌باشند (۵).

کیست‌های مزوتلیال ساده با استفاده از پارامترهای ایمونوهیستوشیمیایی از کیست‌های لنفاتیکی ساده متمایز می‌شوند. جدار کیست‌های مزوتلیال از یک لایه سلول مکعبی، مسطح و یا منشوری مفروش می‌شود و در جدار کیست‌ها بافت فیروز بدون حضور ساختمان‌های لنفاتیکی دیده می‌شود. جدار کیست‌های لنفاتیکی از سلول‌های اندوتلیال مسطح مفروش می‌شود و دیواره کیست‌ها از سلول‌های عضلانی صاف، بافت لنفوئید و گاهی سلول‌های foam cell تشکیل می‌شود (۷-۹).

تمایز بین کیست‌های ساده مزاتریک و لنفاتیکی از لنفانژیوما و مزوتلیومای کیستیک خوش خیم، بر اساس ظاهر ماکروسکوپیکی است. کیست‌های ساده معمولاً کوچک و تک حفره‌ای هستند (۵-۱ سانتی متر) در حالی که لنفانژیوما و مزوتلیومای کیستیک خوش خیم، معمولاً بزرگ بوده و چند حفره‌ای هستند. گاهی اوقات ظاهر کیست‌ها مشابه بوده و تمایز ممکن نیست. در انواع بدخیم پرولیفراسیون و آتیپی دیده می‌شود (۵).

کیست‌های مزوتلیال ساده منشاء مادرزادی دارند و به علت اشکال در به هم پیوستن مجاری مزاتریک در دوران جنینی به وجود می‌آیند. در مورد ماهیت مزوتلیومای کیستیک خوش خیم اختلاف نظر وجود دارد، برخی معتقدند که این ضایعه ماهیت نئوپلاستیک دارد در حالی که عده‌ای معتقدند که این یک پروسه واکنشی است (۱۰،۱). این ضایعات عمدتاً در زنان که سابقه جراحی شکمی دارند، مبتلایان به اندومتریوزیس و یا PID دیده می‌شود، مواردی نیز در آقایان و کودکان قبل از سن بلوغ گزارش شده است (۱۱،۱). علایم مختلف و غیر اختصاصی بوده و تظاهرات بیماری تحت تاثیر اندازه کیست‌ها و سن بیمار می‌باشد. مزوتلیومای کیستیک خوش خیم معمولاً شرایط پایداری داشته و در طول زمان بدون علامت بوده و یا علایم با همان شدت قبلی باقی می‌ماند (۵،۲). ممکن است درد شکم (۸۴

تظاهر بیماری به صورت اتساع شکم و احساس توده در شکم می‌باشد (۹،۷،۴،۳،۱) و فقط یک مورد گزارش از مزوتلیومای کیستیک خوش خیم در سال ۱۹۹۴ در لندن در یک دختر ۲ ساله وجود داشت که تظاهر بیماری مشابه این بیمار به صورت آسیت و اتساع بدون درد شکم بوده است. درسونوگرافی و CT اسکن بیمار اسیت و کیست‌های متعدد با جدار نازک درون شکم گزارش شده بود و در زمان جراحی نیز کیست‌های شفاف متعدد درون صفاق وجود داشت که کاملاً بدون عروق بوده و شواهدی از بدخیمی ارگان‌ها مشاهده نشد. بررسی هیستوپاتولوژیک به نفع تشخیص مزوتلیومای کیستیک خوش خیم بود. تفاوتی که بین مورد گزارش شده و بیمار این مطالعه وجود داشت این بود که بررسی‌های رادیولوژیک قادر به تشخیص کیست‌های صفاقی نبودند و مایع درون کیست به صورت اسیت تفسیر شده بود (۱۱). بنابراین در افراد جوان با گزارش آسیت شکم بدون حضور سایر علائم، کیست‌های مزانتریک با منشاء سلول‌های مزوتلیال را باید در نظر داشت.

درصد)، تهوع، استفراغ (۴۵ درصد) بیوست (۲۷ درصد) و اسهال (۶ درصد) وجود داشته باشد (۱۲،۵). توده شکمی با استفاده از معاینه و یا سونوگرافی و CT اسکن در ۶۱ درصد بیماران یافت می‌شود. کیست‌ها اغلب در سطوح تخمدان‌ها، روده بزرگ، لوله فالوپ، کلدوساک و جداره‌های لگن قرار می‌گیرند. با استفاده از سونوگرافی می‌توان ضایعات کیستیک را از ضایعات توپر تشخیص داد. ضخامت جدار کیست، حضور دیواره داخل کیست و کلسیفیکاسیون یافته‌های مهم برای تشخیص افتراقی هستند (۱۴،۱۳). جهت تشخیص دقیق پاتولوژی، جراحی و خارج کردن کیست لازم است. در موارد خوش خیم معمولاً کیست از بافت اطراف به راحتی جدا می‌شود، در صورت برداشت ناکامل احتمال عود پس از جراحی وجود دارد (۵،۳). درمان نگه‌دارنده در ضایعات کیستیک موثر نمی‌باشد.

بیمار معرفی شده دومین مورد در بین موارد گزارش شده مزوتلیومای کیستیک خوش خیم می‌باشد که به علت آسیت تحت بررسی قرار گرفته و در زمان لاپاروسکوپی، تشخیص و درمان انجام شد. معمولاً

فهرست منابع

1. Ravindranauth N. SAwh, MB, DM, ANAIS MALPICA, MD, Michael T. Deavers MD, Jinsong liu, MD. Benign cystic mesothelioma of the peritoneum: a clinicopathologic study of 17 cases and Immuno histochemical analysis of estrogen and progesterone receptor status. *Human Pathol.* 2003; 34(4): 369-374.
2. Takiff H, calabria R, qine L, stabile BE. Mesenteric cysts and intraabdominal lymphangiomas. *Arch Surg.* 1985; 120: 1266-1269.
3. Daniel w Birch, Adrian park, Vickichen Laparoscopic resection of an intra-abdominal cystic mass: A cystic mesothelioma. *Canadian. J. Surg.* 1998; 41(2): 161-164.
4. Paul Samson, BS (Hons), MB ChB, Shas cacala. Rare case of benign multicystic peritoneal mesothelioma. *ANZ J. Surg.* 2005; 75(7): 619-620.

5. Marc de parrot, marie-Anne Brundler, Martin totschi, Gilles menthe, philippe morel. Mesenteric cysts. *Digest. Surg.* 2000; 17: 323-328.
6. Vanek VW, Phillips AK: Retroperitoneal, mesenteric and omental cysts. *Arch. Surg.* 1984; 119: 838-842.
7. Carpenter HA, Lancaster JR, Lee RA: multilocular cysts of the peritoneum. *Mayo. Clin. Proc.* 1982; 57: 634-638.
8. De Parrot M, Rostan O, Morel P, Le Coulter C. Abdominal lymphangioma a in adults and children. *Br. J. Surg.* 1998; 85: 395-397.
9. Gourtsoyiannis Nc, Bays D, Malams M, moutchouris A. Mesothelial cyst complicated by torsion: preoperative evaluation. *Hepato. Gastroenterol.* 1993; 40: 509-512.
10. Daya D, Mc Caughey WTE. Pathology of the peritoneum: a review of selected topics. *Semin. Dia. Gh. Pathol.* 1991; 8(4): 277-289.
11. McCullagh M, Keen C, Dykes E: cystic mesothelioma of the peritoneum: A rare cause of ascites in children. *J. Pediatr. Surg.* 1994; 29: 1205-1027.
12. Sardi A, Parikh KJ, Singer JA, Minken SL, mesenteric cysts. *Am. Surg.* 1981; 53: 58-60.
13. Stoupis C, Ros PR, Abitt PL, Burtonss, Gauger J. Bubbles in the belly, imaging of cystic mesenteric and omental masses. *Radiographics.* 1994; 14: 729-737.
14. Chou YH, Tiu CM, Lui WY, Chang T. mesenteric and omental cysts: An ultrasonographic and clinical study of 15 patients. *Gastrointest. Radiol.* 1991; 16: 311-314.

Archive of SID