گزارش مورد

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره شانزدهم شماره۵۷ فروردین و اردیبهشت سال ۱۳۸۵ (۱۱۲-۱۰۸)

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

سپیده پیوندی(M.D.) *+ **عبدالرضا علیپور** (M.D.) **
نرگس مسلمی زاده(M.D.) *** **فرشاد نقشوار** (M.D.)****

چکیده

مزوتلیومای کیستیک خوش‌خیم یک ضایعه ناشایع صفاقی است که عمدتاً در زنان در سن باروری مشاهده می شود. بیمار معرفی شده دختر مجرد ۲۱ ساله می‌باشد که به علت درد دوره‌ای 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 ناودان‌های پاراکولیک دو طرفه مشاهده شد. در بررسی عللی آسیت، نکته مثبت یافت نشد. در لاپاراسکوپی کیست‌های 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 می‌باشد که بیمار به علت آسیت تحت بررسی قرار گرفته است.

واژه های کلیدی : مزوتلیومای کیستیک خوش خیم، کیست صفاقی

مقدمه

مزوتلیومای کیستیک خوش‌خیم یک ضایعه ناشایع صفاقی است که عمدتاً در زنان در سن باروری رخ می‌دهد. صفاق لگن، شکم و گاهی فضای پشت صفاقی درگیر می‌شوند. از تظاهرات بیماری وجود کیست‌های متعدد، با جدار نازک و چند حفره‌ای در شکم می‌باشد که سبب می‌شود بیمار به علت درد و یا احساس توده در شکم مراجعه کند(۱). در موارد بدون علامت، ممکن است به طور اتفاقی کیست‌ها در سونوگرافی مشاهده 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 کیست‌های 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

* متخصص زنان و زایمان، فلوشیپ نازایی، عضو هیأت علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران + ✉ **مولف 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

Archive
www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

تظاهرات آسیت بود. بیمار معرفی شده دومین مورد در بین موارد گزارش شده مزوتلیومای کیستیک خوش خیم می‌باشد 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 می‌کرد. سیکل قاعدگی بیمار نامنظم بوده و از لکه بینی قبل از قاعدگی نیز شاکی بود. علایم ادراری، گوارشی، کاهش وزن، بی‌اشتهایی، تعریق شبانه، خستگی را ذکر نمی‌کرد. 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 ۷۵۰-۱۰۰۰cc 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. ضخامت جداری لوپ روده مجاور کولون نزولی افزایش داشت و دانسیتی تخمدان‌های دو طرف نیز افزایش یافته بود. پس از انجام CT اسکن تصمیم به Tap مایع آسیت با هدایت سونوگرافی شد که موفقیت‌آمیز 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 از۳ تا ۸ سانتی‌متر 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. جدارکیست‌ها 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 رنگ‌آمیزی ایمونوهیستونی‌هایی منطبق بر مزوتلیومای کیستیک خوش خیم بود.

بحث

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

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

www.SID.ir

گروه کیست‌های مزانتریک قرارمی‌گیرند(۵). کیست‌های مزانتریک 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 دراستفاده ازمیکروسکوپ الکترونی، سلول‌های اندوتلیال را می‌توان از سلول‌های مزوتلیال تفکیک کرده و بر اساس محتویات کیست، تظاهرات کلینیکی و اتیولوژی تقسیم‌بندی‌های مختلفی کیست‌های مزانتریک وجود دارد(۵). تقسیم‌بندی جدید کیست‌های مزانتریک براساس معیارهای جدید هیستولوژی، و ساختاری و ایمونوهیستوشیمیایی می‌باشد که این کیست‌ها را به ۶ گروه تقسیم می‌کند :

۱) کیست‌هایی که منشاء لنفاتیک دارند
a) کیست لنفاتیک 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 (مجاری ولف یا مولر)
۵) تراتومای کیستیک بالغ (درموئید کیست)
۶) پسودوکیست 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 مزانتریک خوش‌خیم می‌باشند(۵).

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

تمایز بین کیست‌های ساده مزانتریک و لنفاتیک از لنفانژیوما و مزوتلیومای کیستیک خوش‌خیم، بر اساس ظاهر ماکروسکوپیک است. کیست‌های ساده معمولاً کوچک و تک حفره‌ای هستند (۵-۱ سانتی متر) در حالی‌که لنفانژیوما و مزوتلیومای کیستیک خوش‌خیم، 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 مزانتریک در دوران جنینی به وجود می‌آیند. در مورد ماهیت مزوتلیومای کیستیک خوش‌خیم اختلاف نظر وجود دارد، برخی معتقدند که این ضایعه ماهیت نئوپلاستیک دارد در حالی‌که 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

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

www.SID.ir

درصد)، تهوع، استفراغ(۴۵ درصد) یبوست (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، روده‌بزرگ، لوله فالوپ، کلدوساک و جداره‌های لگن قرار می‌گیرند. با استفاده از سونوگرافی می‌توان ضایعات کیستیک را از ضایعات توپر تشخیص داد. ضخامت جدارکیست، 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 دربین موارد گزارش شده مزوتلیومای کیستیک خوش‌خیم می‌باشد که به علت آسیت تحت بررسی قرار گرفته و در زمان لاپاروسکوپی، تشخیص و درمان انجام شد. معمولاً تظاهر بیماری به صورت اتساع شکم واحساس 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 کاملا بدون عروق بوده و شواهدی از بدخیمی ارگان‌ها مشاهده نشد. بررسی هیستولوریک به نفع تشخیص مزوتلیومای کیستیک خوش خیم بود. تفاوتی که بین مورد گزارش شده و بیمار این مطالعه وجود داشت این بود که بررسی‌های رادیولوریک قادر به تشخیص کیست‌های صفاقی نبودند و مایع درون کیست به‌صورت اسیت تفسیر شده بود(۱۱). بنابراین در افراد جوان با گزارش آسیت شکم بدون حضور سایر علایم، کیست‌های مزانتریک با منشاء سلول‌های مزوتلیال را باید در نظر داشت.

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.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

www.SID.ir

5. Marc de parrot, marie-Anne Brundler, Martin totsch, 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. Gastrooenterol.*** 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, mesentric 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 ultra sonographic and clinical study of 15 patients. ***Gastrointest. Radiol.*** 1991; 16: 311-314.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

www.SID.ir