

گزارش یک مورد مزوتلیوم بدخیم با درد ناگهانی قفسه سینه

کیوان گوهري مقدم * (M.D)
غلامعلی گذازنده ** (M.D)
کتایون گوهري مقدم *** (M.Sc)
امید عمادیان **** (M.D)

چکیده

مزوتلیوم بدخیم پلورال عارضه بسیار دیررس تماس با آزبست می‌باشد. این مقاله یک مورد ناشایع تظاهر بیماری را ارائه می‌نماید. مرد ۳۲ ساله‌ای بدون سابقه هیچ گونه تماس با آزبست و ترکیبات آن با شکایت اصلی درد ناگهانی پلورتیک قفسه سینه به پزشک مراجعه می‌کند. رادیوگرافی قفسه سینه، تجمع خفیف مایع در پلور و سی تی اسکن قفسه سینه، تجمع مایع بدون آدنوباتی؛ توده و یا گرفتاری پارانشیمال را نشان می‌دهد. در توراکوسکوپی، سطح پلور، ندولر و سیتوولژی مایع، مطرح کننده آدنوکارسینوم متاستاتیک بود. توراکوسکوپی و نمونه منجمد شده حین عمل و پس از آن مزوتلیوم بدخیم پلورال (مخلوط) (Mixed or Biphasic) را نشان داد. نکته قابل توجه در مورد این بیمار، عدم تماس با آزبست؛ سن پایین و درد ناگهانی پلورتیک به عنوان تابلوی غالب بیماری می‌باشد.

واژه‌های کلیدی : مزوتلیوم‌ها، تشخیص، قفسه سینه، بیماری‌های جنب ریه

مقدمه

عوامل خطرساز شناخته شده غیر از آزبست می‌باشند (۱، ۲).

درد غیر پلورتیک قفسه سینه؛ تنگی نفس؛ سرفه؛ کاهش وزن و تب به ترتیب کاهش فراوانی از علایم تومور می‌باشند (۱). تمام این علایم غیراختصاصی می‌باشند و در هر نوع گرفتاری التهابی پلور و یا تومورهای ریه مشاهده می‌شوند. مزوتلیوم بدخیم ممکن است. به اشکال غیر معمول تظاهر کند. پنوموتوراکس خود به خودی، پنوموتوراکس راجعه، درد ناگهانی کمر و دیسفازی از اشکال غیر معمول آن می‌باشد. موردی که در سطور بعد به معترضی آن خواهیم پرداخت به علت

مزوتلیوم بدخیم تا ۱ درصد بدخیمی‌های بدن را تشکیل می‌دهد (۱). حدود ۷۰ درصد موارد، تماس ثابت شده و قطعی با الیاف آزبست دارند (۱). این تومور عمدتاً در دهه پنجم و ششم مشاهده می‌شود که به علت ۲۰ تا ۳۰ سال زمان نهفته برای پیدایش آن می‌باشد.

مزوتلیوم بدخیم تمایل به گسترش موضعی و تهاجم و در برگفتن اعضای مجاور دارد. اما ممکن است تا ۵۰ درصد موارد متاستاز بدهد (۱). سابقه تماس با الاف مصنوعی مثل شیشه فیبر Fiber glass؛ الیاف معدنی غیرآزبست مثل Erionate، اشعه؛ ویروس؛ SV 40؛ تماس با ماده حاجب توراتوراست Thoratorast از

✉ ساری: خیابان امیر مازندرانی - مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره)

*** پاتولوژیست بیمارستان آریا تهران

* فوق تخصص بیماری‌های ریه، عضو هیأت علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران

** فوق تخصص جراحی قفسه سینه، عضو هیأت علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران

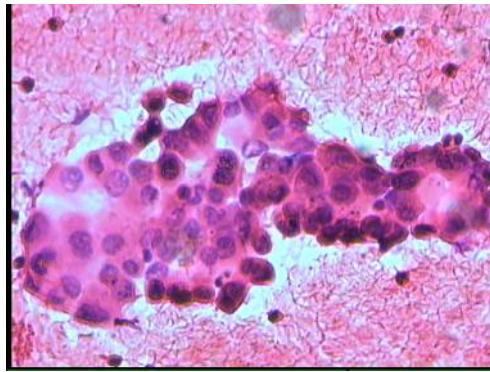
**** پاتولوژیست، عضو هیأت علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ تصویب: ۱۳۸۴/۲/۲

تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۸۲/۱۰/۳

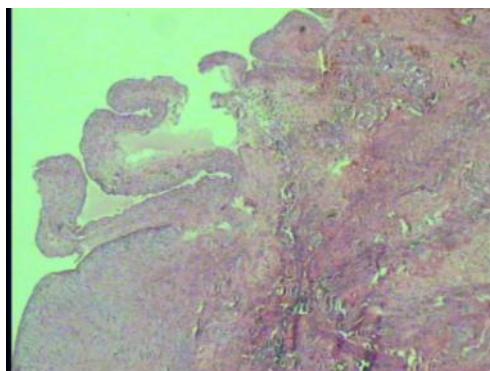
تاریخ دریافت: ۱۳۸۲/۶/۳۰

سیتولوژی، دسته‌های سلول نوپلاستیک و تمایل به تشکیل ساختمان‌های غددی را نشان داد و آدنوکارسینوم متاستاتیک را مطرح کرد(شکل شماره ۲).



تصویر شماره ۲: سیتولوژی مایع پلور

برای تشخیص قطعی، توراکوسکوپی درخواست شد و ندول‌های متعدد روی سطوح پلور مشاهده شد. پرولیفراسیون سلول‌های مزوتلیال بدخیم با سیتوپلاسم اسیدوفیلیک و هسته‌های پلشورمف به صورت تجمعی و پایلا و در برخی نواحی، نمای دوفازی نشان داد که از یافته‌های آسیب‌شناسی بود که منجر به تشخیص مزوتلیوم بدخیم پلور از نوع مخلوط شد(شکل شماره ۳). بیمار به عنوان مرحله Ib تحت عمل Extra Pleural pneumonectomy قرار گرفت.



تصویر شماره ۳: بزرگنمایی ۱۵× بیopsی توراکوسکوپی

عدم سابقه تماس با آزبست، سن پایین بیماری و مهم‌ترین جنبه آن یعنی درد ناگهانی پلورتیک به نحوی که شک به آمبولی ریوی و پلورزی عفونی را به عنوان تشخیص اول و دوم مطرح می‌کرد و در بررسی متون تنها به دو مورد از تظاهر بیماری با درد ناگهانی برخورد کردیم، حائز اهمیت می‌باشد. ترموبوسیتوز در ۹۰ درصد مشاهده می‌شود و به اینتلوكین ۸ نسبت داده می‌شود(۱). شایع ترین یافته در رادیوگرافی، تجمع مایع پلورال می‌باشد(۱،۴)، اما ندول پلاک و افزایش ضخامت نیز از یافته‌های دیگر می‌باشد.

معرفی بیمار

بیمار مرد ۳۲ ساله، کارمند بدون تماس شغلی با آزبست است که با درد ناگهانی پلورتیک همی توراکس چپ در خرداد ۸۲ به بیمارستان امام خمینی ساری مراجعه کرده است. در معاینات کاهش صدای تنفسی و در رادیوگرافی، مایع پلورال خفیف وجود داشت. با توجه به ناگهانی بودن علایم، اسکن پروفزیون درخواست شد که منفی بود. CT scan انجام شد که تنها یافته مثبت آن مایع پلورال بود(شکل شماره ۱). مایع توراستر، کدر اما غیر خونی بود و مشخصات اکزووداتیو را نشان داد:

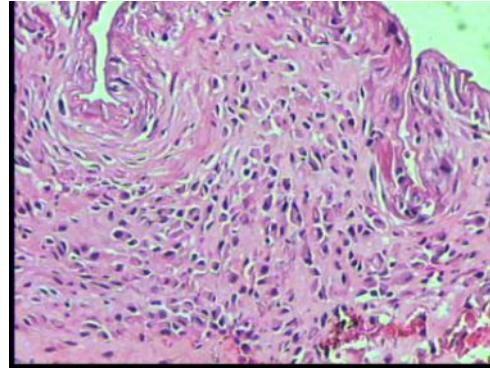


تصویر شماره ۱: نمای CT اسکن توراکس

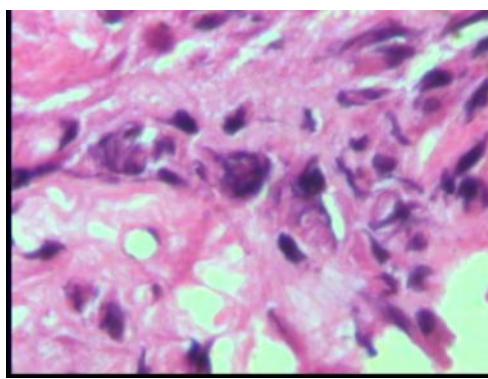
WBC: 4.600/ml(30% L, 70%P); LDH: 675 IU/ml; Protein: 4.8g/dl.

با بروز حاد را گزارش کردند(۱۰،۷). علت بروز درد حاد تومور، مشخص نیست. در بیمار مذکور پنوموتوراکس و یا آمبولی و انفارکتوس ریوی که توجیه کننده تابلوی بیماری باشد، دیده نشد.

بیمار سابقه تماس با آزبست نداشت، اگرچه تا ۸۰ درصد سابقه‌ای از تماس رامی دهنده(۱۰،۲)، در حقیقت این تومور به عنوان دیررس ترین عارضه تماس با آزبست(۲۰ تا ۳ سال) در سن ۴۵ تا ۵۵ سالگی بروز می‌کند. از طرفی به علت غیراختصاصی بودن عالیم آن و گاهی عالیم نادر چون مورد فوق و این که روش‌های معمول مثل بیوپسی سوزنی بسته به تشخیص کمک نمی‌کند، باعث تشخیص بیماری در مراحل پیشرفته می‌شود. بنابراین مورد اخیر و سایر مواردی که سابقه تماس با آزبست را نداشته اند، ممکن است با عوامل خطرساز دیگر در تماس بوده باشند. ممکن است که شیوه همه‌گیری شناسی مزوتیلیوم بدخیم در ایران شبیه کشور همسایه- ترکیه- باشد. Baris (۱۹۸۰) دو گروه بیماران مبتلا به مزوتیلیوم بدخیم با و بدون تماس با آزبست را مورد مطالعه قرارداد(۱۱). در ناحیه Anatolia cappadocia در فلات آناتولی با محيطی با الیاف زئولیتی غیرآزبستی(Erionate) از بد و تولد شروع می‌شود. این کانی در خاک منطقه وجود دارد و به علت رنگ سفیدی که به خاک می‌دهد به عنوان سفید کننده دیوار از آن استفاده می‌شود. او مشاهده کرد که سن متوسط بروز و مرگ گروهی که تحت تاثیر عوامل محیطی (خاک حاوی آربونیت) قرار گرفته بودند از گروه ناشی از شغل(تماس با آزبست) کم تر بود(۱۱). جنبه‌های دیگر پرتونگاری و آزمایشگاهی و سیتولوژیک شبیه دیگر مطالعات بود(۱۲،۴). در این مطالعات، تجمع مایع یک طرفه در پلور و تجمع سازمان یافته (ارگانیزه) سلول‌های مزوتیلیال بدخیم از شایع ترین یافته‌ها بودند. چون سن پایین تر از ۵۵ سال، کارایی بدنی



تصویر شماره ۴: بزرگنمایی $\times 100$ نمونه بیوپسی توراکوسکوپی



شکل شماره ۵: بزرگنمایی $\times 1000$ نمونه بیوپسی توراکوسکوپی

بحث

مزوتیلیوم بدخیم ممکن است به اشکال غیر معمول تظاهر کند. پنوموتوراکس خود به خودی؛ پنوموتوراکس راجعه، درد ناگهانی کمر و دیسفاری از اشکال غیر معمول آن می‌باشد(۵ تا ۹). معمولاً درد قفسه سینه تدریجی و غیر پلورتیک است؛ در حالی که مورد مذکور درد ناگهانی پلورتیک شبیه انفارکتوس ناشی از آمبولی ریه داشت. اما اسکن پروفوژیون، منفی و سی تی اسکن که گرفتاری پارانشیم را نشان نمی‌داد، کاملاً به ضرر تشخیص آمبولی و انفارکتوس ریه بود. در موارد محدودی درد ناگهانی مزوتیلیوم، بدخیم گزارش شده است. Zierhut (۱۹۹۷) و Yama guchi (۱۹۹۱) دو مورد

برای نوع اپی تلیوئید می‌باشد. در مجموع به نظر می‌رسد تشخیص زودرس بیماری و عمل جراحی رادیکال انجام شده، پیش آگهی را بهتر کند. درد ناگهانی و پلورتیک ظاهر بسیار غیر معمول بیماری فوق بود که به علت برخورد کلاسیک با افزایون پلورال (انجام توراستر و گزارش دقیق آسیب شناس) منجر به تشخیص به موقع تومور و انجام عمل جراحی رادیکال برای بیمار شد.

مناسب مرحله I^(۱۲) و نداشتن تماس با آزیست^(۱۴) نشان دهنده پیش آگهی بهتر و مذکر بودن و درد قفسه سینه، نشان دهنده پیش آگهی بدتر در این بیمار است^(۱۵,۱۴,۱۲). آگرچه Fusco و همکاران^(۱۹۹۳) در آنالیز چند متغیری عوامل پروگنوستیک تنها متغیر بافت شناسی را در پیش آگهی دخیل دانسته‌اند، بدترین پیش آگهی برای نوع سارکوماتوئید و بهترین پیش آگهی

فهرست منابع

1. Malignant pleura mesthelioma in fishman *text book of pulmonary diseases and disorders* 1998. 3th. ed. Newyork : McGrow- Hill.
2. Driscolltr. TR, Baker GJ, Danielss, lee J,Thomson R, Ferguson DA et al.clinical aspects of malignant mesothelioma in Australia. *aust nzmed* 1993 feb ; 23(1): 19-25.
3. Brochard P, epidemiological approach to mesotheliaha *rev prat* 1997 jun is; 47 (912): 1326-32.
4. Ptaryleda, laksh minarayans sahn sa. Pleural mesotheliomas- an analysis of 18 cases and review of literature *medicine* (balltimore) 1976 ,arjss(2) 153-62.
5. Alkujas. S, Miller A, Mostellone AJ, Markwite S. malignant pleural mesothelioma presenting as spontaneous pneumothorax: a case series and review *amjind med* 2000 aug 38(2): 195-198.
6. Handasi,Wilkinson recurrent pneumothorax: an *scottmedy* 1989 dec 34(6): 556.
7. Yamagu chik, naitoh, nomuras. A case of MPM and peritoneum detected by sudden onset back pain. *nihon kyobu shikkai gakkai zasshi* 1997 sep; 36(9): 313-316.
8. Maroyb E. pleural mesothelioma with predominant mediastinal involvement. Unusual presentation with dysphgia and pneumo thorax. *ann radiol* 1981; 24(8): 661-4.
9. Dysphagia as an unusual from of presentation of MPM. *rev esp enferm dig* 1996 mar, 88(3): 212-20.
10. Zierhut D, Vojt P, Andreoli P, Greminger P. thoracic pain. *schweiz rundsch med prax* 1991 may 7, 80(19): 78-83.
11. Baris Y. The clinical and radiological aspects of 185 cases of malignant pleural mesothelioma. *iarc sci publ* 1980(30): 27-32.
12. Pisant RJ, Colby TV, Williams de malignant mesothelioma of the pleural *mayo clin proc* 1988 dec 63(12): 115-120.
13. Spriggs ai, grunze an unusual cytologic presentation of mesothelioma in serous effusions. *acta cytol* 1983 may- jun 27(3): 95-98.
14. Viallatjr Jr, Farisee P, Reg F, Bouth C.epidemiology and etiology of mesothelioma. *rev prat* 1990 sep 11; 40(20): 45-46.
15. Edwards JG, Abroms KR, Leverment T Sppty, Waller DA, Obrynek J prognostic factors for malignant mesothelioma in 142 patients *thorax* 2000 Sep ,55(9):175-8.
16. Fusco V, Ardrzzonni A, merlo F, Cinquergrona A, Feranelli B, Depelma M et al malignant pleural mesothelioma.. Multi variety analysis of prognostic factors on 113 patients a anti cancer. *resp* 1993 may- jun; 13(3): 313-316.