

گزارش یک مورد مزوتلیوم بدخیم با درد ناگهانی قفسه سینه

کیوان گوهری مقدم (M.D.) * غلامعلی گدازنده (M.D.) **
کتایون گوهری 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 هیچ‌گونه 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 آدنوپاتی؛ توده و یا گرفتاری پارانشیمال را نشان می‌دهد. در توراکوسکوپی، سطح پلور، ندولر و سیتولوژی 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.

واژه های کلیدی : مزوتلیوم‌ها، تشخیص، قفسه سینه، بیماریهای جنب ریه

مقدمه

عوامل خطر ساز شناخته شده غیر از آزبست می‌باشند (۱،۳).

درد غیر پلورتیک قفسه سینه؛ تنگی نفس؛ سرفه؛ کاهش وزن و تب به ترتیب کاهش فراوانی از علایم تومور می‌باشند (۱). تمام این علایم غیر اختصاصی 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 خودبه خودی، پنوموتوراکس راجعه، درد ناگهانی کمر و دیسفاژی از اشکال غیر معمول آن می‌باشد. موردی که در سطور بعد به معرفی آن خواهیم پرداخت به علت

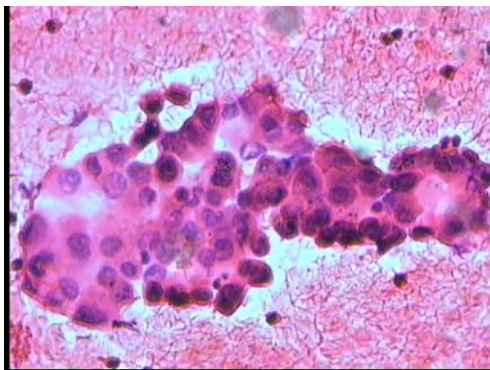
مزوتلیوم بدخیم تا ۱ درصد بدخیمی‌های بدن را تشکیل می‌دهد (۱). حدود ۷۰ درصد موارد، تماس ثابت شده و قطعی با الیاف آزبست دارند (۱،۲). این تومور عمدتاً در دهه پنجم و ششم مشاهده می‌شود که به علت ۲۰ تا ۳۰ سال زمان نهفته برای پیدایش آن می‌باشد.

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

* 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 بیمارستان آریا تهران
✉ ساری: خیابان امیرمازندرانی- مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره)

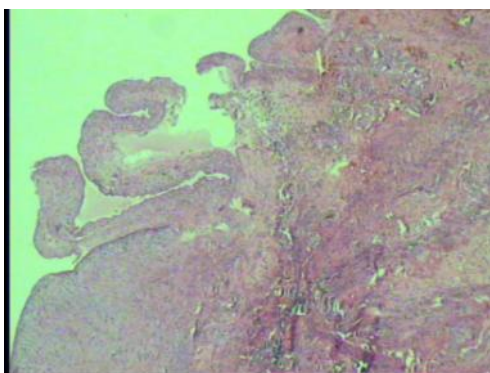
**** پاتولوژیست، عضو هیأت علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران
تاریخ دریافت: ۱۳۸۲/۴/۳۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۸۲/۱۰/۳۰ تاریخ تصویب: ۱۳۸۳/۲/۲۰

سیتولوژی، دسته‌های سلول نئوپلاستیک 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، توراوسکوپي درخواست شد و ندول‌های متعدد روی سطوح پلور مشاهده شد. پرولیفراسیون سلول‌های مزوتلیال بدخیم با سیتوپلاسم اسیدوفیلیک و هسته‌های پلئومورف به صورت تجمعی و پایبلا 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، ۴، ۵). بیمار به عنوان مرحله Ib تحت عمل Pleural pneumonectomy قرار گرفت.



تصویر شماره ۳: بزرگ‌نمایی ۱۵× بیوپسی توراوسکوپي

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. ترومبوسیتوز در ۹۰ درصد مشاهده می‌شود و به اینترلوکین ۸ نسبت داده می‌شود (۱). شایع‌ترین یافته در رادیوگرافی، تجمع مایع پلورال می‌باشد (۴، ۱)، 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 همی‌توراکس 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 پرفوزیون درخواست شد که منفی بود. CT scan انجام شد که تنها یافته مثبت آن مایع پلورال بود (شکل شماره ۱). مایع تورااستر، کدر اما غیر خونی بود و مشخصات اکزوداتیو را نشان داد:

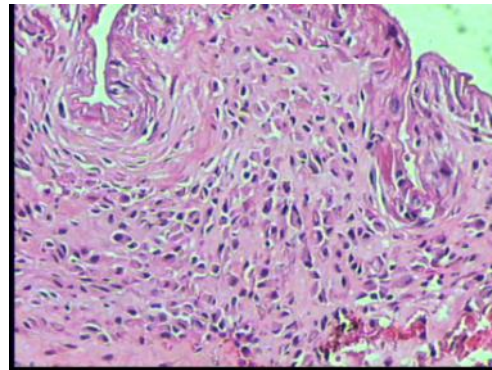


تصویر شماره ۱: نمای CT اسکن تورااکس

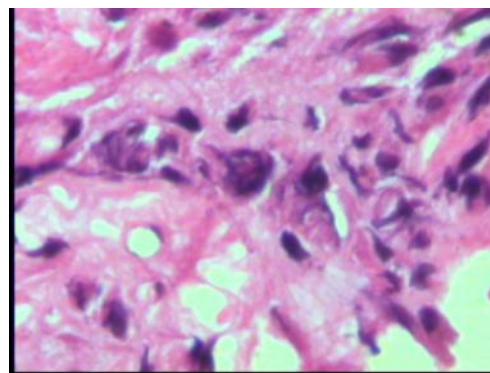
WBC: 4600/ml (30% L, 70% P); LDH: 675 IU/ml; Protein: 4.8 g/dl.

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 آزیست نداشت، اگرچه تا ۸۰ درصد سابقه‌ای از تماس را می‌دهند (۱۰،۲). در حقیقت این تومور به عنوان دیررس ترین عارضه تماس با آزیست (۲۰ تا ۳ سال) در سن ۴۵ تا ۵۵ سالگی بروز می‌کند. از طرفی به علت غیراختصاصی بودن علائم آن و گاهی علائم 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 آزیست را نداشته‌اند، ممکن است با عوامل خطر ساز دیگر در تماس بوده باشند. ممکن است که شیوه همه‌گیری شناسی مزوتلیوم بدخیم در ایران شبیه کشور همسایه - ترکیه - باشد. Baris (۱۹۸۰) دو گروه بیماران مبتلا به مزوتلیوم بدخیم با و بدون تماس با آزیست را مورد مطالعه قرارداد (۱۱). در ناحیه cappadocia در فلات آناتولی Anatolia تماس محیطی با الیاف زنولیتی غیر آزیستی (Erionate) از بدو تولد شروع می‌شود. این کانی در خاک منطقه وجود دارد و به علت رنگ سفیدی که به خاک می‌دهد به عنوان سفیدکننده دیوار از آن استفاده می‌شود. او مشاهده کرد که سن متوسط بروز و مرگ گروهی که تحت تاثیر عوامل محیطی (خاک حاوی آریونیت) قرار گرفته بودند از گروه ناشی از شغل (تماس با آزیست) کم‌تر بود (۱۱). جنبه‌های دیگر پرتونگاری و آزمایشگاهی و سیتولوژیک شبیه دیگر مطالعات بود (۴، ۱۲ و ۱۳). در این مطالعات، تجمع مایع یک طرفه در پلور و تجمع سازمان یافته (ارگانیزه) سلول‌های مزوتلیال بدخیم از شایع ترین یافته‌ها بودند. چون سن پایین‌تر از ۵۵ سال، کارایی بدنی



تصویر شماره ۴: بزرگ‌نمایی ۱۰۰× نمونه بیوپسی توراکوسکوپ



شکل شماره ۵: بزرگ‌نمایی ۱۰۰× نمونه بیوپسی توراکوسکوپ

بحث

مزوتلیوم بدخیم ممکن است به اشکال غیر معمول ظاهر کند. پنوموتوراکس خود به خودی؛ پنوموتوراکس راجعه، درد ناگهانی کمر و دیسفاژی 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 پرفوزیون، منفی و سی تی اسکن که گرفتاری پارانیشیم را نشان نمی‌داد، کاملاً به ضرر تشخیص آمبولی و انفارکتوس ریه بود. در موارد معدودی درد ناگهانی مزوتلیوم، بدخیم گزارش شده است. Yama guchi (۱۹۹۷) و Zierhut (۱۹۹۱) دو مورد

مناسب مرحله I (۱۴،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). اگرچه 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

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 تظاهر بسیار غیر معمول بیماری فوق بود که به علت برخورد کلاسیک با افوزیون پلورال (انجام توراستنز و گزارش دقیق آسیب شناس) منجر به تشخیص به موقع تومور و انجام عمل جراحی رادیکال برای بیمار شد.

فهرست منابع

1. Malignant pleura mesothelioma 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 nzjmed* 1993feb ; 23(1): 19-25.
3. Brochard P, epidemiological approach to
mesothelioma *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: acase
series and review *amjind med* 2000 aug 38(2):
195-198.
6. Handasi,Wilkinson recurrent pneumothorax: an
scottmedy 1989 dec 3(6): 556.
7. Yamagu chik, naitoh, nomuras. A case of
MPM and peritoneum detected by sudden
onset back pain. *nihon kyobu shikkan gakkai*
zasshi 1997 sep; 3(9): 313-316.
8. Maroyb E. pleural mesothelioma with
predominant mediastinal involvement.
Unusual presentation with dysphgia and
pneumo thorax. *ann radiol* 1981; 2(8): 661-
4.
9. Dysphagia as an unusual from of presentation
of MPM. *rev esp enferm dig* 1996 mar, 88(3):
212-20.
10. Zierhutd D, Vojt P, Andreoli P, Greminger P.
thoracic pain. *schweiz runds ch med prax* 1991
may 7, 80(19): 78 83.
11. Baris Y. The clinical and radiological aspects
of 185 cses 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 6(12) 115-120.
13. Spriggs ai, grunzeh 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
Spyty, Waller DA, Obyrne J prognostic
factors for malignant mesothelioma in 142
patients *thorax* 2000Sep ,55(9):175-8.
16. Fuscov 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.