

گزارش یک مورد تومور بسیار بزرگ رتروپریتوان فیبرو هیستئو سائتومای بدخیم از نوع میکزوئید

دکتر کامران دولتشاهی*، دکتر عبدالرضا کاظمی**

* استاد یار گروه جراحی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف آباد

** متخصص بیماری‌های داخلی

تاریخ دریافت: ۱۳۸۵/۸/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۵/۱۲/۲۴

چکیده:

یک مورد تومور بسیار بزرگ رترو پریتوان فیبرو هیستئو سائتومای بدخیم از نوع میکزوئید به وزن تقریبی ده و نیم کیلوگرم با درگیری آناتومیک کلیهٔ چپ بدون دست اندازی به آن، گزارش می‌شود. جالب بودن این مورد از نظر اندازهٔ آن است. این بیمار ۵۴ ساله که ساکن کشور اتریش بوده، به دلیل بزرگی زیاد از حد شکم که به گفته خودش به رژیم غذایی جواب نمی‌داده مراجعه نموده است. بیمار تحت عمل جراحی لاپاراتومی و رزکسیون کامل تومور قرار گرفت و بدون هیچ عارضه‌ای جهت ادامه درمان به متخصص انکولوژی معرفی شد.

واژگان کلیدی: تومور، رتروپریتوان، میکزوئید فیبرو هیستئو سائتومای بد خیم، معاینهٔ عمومی

تعداد صفحات: ۵
تعداد جدول‌ها: -
تعداد شکل‌ها: ۶
تعداد منابع: ۴

دکتر کامران دولتشاهی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف آباد

آدرس نویسندهٔ مسئول:

E-mail: kamdolat41@yahoo.com

مقدمه

به نامهای MFH malignant fibro histiocytoma و fibro xanthosarcoma ای fibrohistiocytic sarcoma نیز نامیده می شود و شایع ترین نوع سارکوم های نسج نرم می باشد. البته از نظر آسیب شناسی تشخیص MFH از بقیه سارکوم های نسج نرم بسیار مشکل می باشد. نوع myxoid MFH به طور شایع در اندام ها و چسبیده به فاسیای عضلات اصلی می باشد و پیش آگهی آن هم نسبت به MFH بهتر است و از نظر gross حالت mucoid و شیبیه به sarcoma myxoid lipo است.

MFH تمایل به عود موضعی داشته و متاستاز دوردست به ویژه به ریه و غدد لنفاوی دارد، از مهم ترین عوامل تعیین کننده پیش آگهی، اندازه و عمق موضعی تومور می باشد.

گزارش مورد

بیمار، آقای ۵۴ ساله ای بود که به علت بزرگی زیاد از حد شکم (به طوریکه در شکل مشخص است) مراجعه کرده و به گفته بیمار هنگامی که به پشت می خوابیده شکم بیمار مسطح نمی شده و همچنان بزرگ می مانده است (شکل ۱).



شکل ۱. بیمار قبل از عمل جراحی

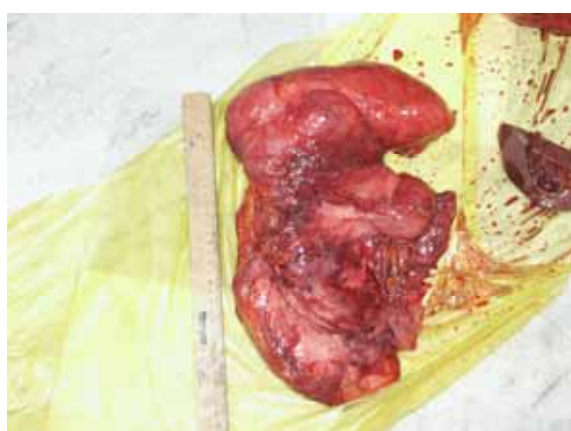
بیمار تحت معاینه و بررسی قرار گرفت. در شکم توده ای بسیار بزرگ و سخت وجود داشت که از قسمت چپ شروع شده و تا قسمت راست شکم ادامه پیدا کرده بود.

در سابقه وی سابقه یک بار عمل جراحی به دلیل ابتلا به آپاندیس حاد وجود داشت و عمل جراحی قبلی از طریق انسیزیون خط وسط انجام شده بود به طوری که اسکار عمل به خوبی دیده می شد. بررسی های لازم از نظر آزمایشات بیوشیمیایی، آنزیم های کبدی و دستگاه قلب و عروق انجام شد. در سونوگرافی توده ای بسیار بزرگ با پیشروی به سمت راست شکم گزارش شده بود. از بیمار سی تی اسکن شکم و لگن با کنتراست خوراکی و وریدی انجام شد که توده ای بسیار بزرگ با منشأ احتمالی رتروپریتون که از بالا تا دیافراگم چپ و از پائین تا لگن و از سمت راست تا سکوم پیشروی پیدا کرده بود و کلیه چپ در تومور پیچیده شده بود ولی تهاجم به کلیه چپ وجود نداشت، گزارش شد.

بیمار با رزرو ده واحد خون و گذاشتن سوند فولی و تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی به اتاق عمل برده شد و شکم از روی انسیزیون قبلی، باز شد. فتق های انسیزیونال بسیار کوچک در سرتاسر و دو طرف برش



شکل ۲. بیمار بعد از عمل جراحی



شکل ۳ تومور خارج شده

قبلی وجود داشت و توده‌های نسبتاً سخت و بسیار بزرگ (بیش از ۵۰ سانتیمتر طول) که از رترو پریتون چپ مبدا گرفته بود، وجود داشت که از بالا تا دیافراگم از پائین تا لگن و از سمت راست تا RLQ امتداد داشت به طوریکه تمام احشاء داخل شکم به سمت راست منحرف شده بودند. ابتدا از پائین، کلون سیگموئید و کلون چپ از تومور جدا شد سپس از جدار طرفی شکم برش توده شروع شد و یک قسمت از تومور با کپسول جدا و یک قسمت کوچک‌تر که حاوی کلیه چپ بود بعد از جداسازی از عروق کلیه و حالب و عروق ریشه مزاتر به صورت کامل از شکم بیمار خارج شد. دو قسمت تومور بر روی هم ده و نیم کیلوگرم وزن داشتند. در حین جداسازی، طحال تروماتیزه شد که ابتدا سعی در حفظ آن شد ولی موثر نبود و بیمار تحت عمل جراحی اسپلنکتومی قرار گرفت. فتق‌های متعدد انسیزیونال ترمیم و شکم بسته شد. دوران بعد از عمل به خوبی طی شد. درجه حرارت بدن بیمار در ۲۴ ساعت اول بعد از عمل به ۳۷/۵ درجه سانتی‌گراد رسید و بار دیگر به حال عادی برگشت. سوند فولی در روز اول بعد از عمل با توجه به طبیعی بودن برون‌ده ادراری خارج شد. رژیم غذایی در روز دوم شروع شد. درن از روز سوم کوتاه شد و در روز چهارم درن خارج و بیمار با حال عمومی خوب مرخص گردید (شکل ۲) (تومور خارج شده در شکل ۳ نشان داده شده است). گزارش پاتولوژی شامل malignant fibrohistocytoma myxoid بود، نمونه‌ها جهت بررسی ایمنو هیستوکیستمی (IHC) فرستاده شد که +antichemotripsin و +vimetin و -cytokeratin و -s100 و -desmin گزارش شدند.

بحث

اصطلاح MFH اولین بار در سال ۱۹۶۳ با اشاره به گروهی از تومورهای نسج نرم مطرح شد و MFH myxoid در ۱۹۷۶ به عنوان یک زیر گروه مجزای آن شناخته شد. براساس تعریف، این تومور از سلول های MFH تشکیل شده است و همچنین درجاتی متوسط تا شدید از nuclear atypia دارد به علاوه نیمی از تومور باید ویژگی زمینه myxoid فراوان داشته باشد و طبق تعریف این نوع تومور پیش آگهی بهتری نسبت به بقیه تومورهای MFH دارد.

MFH دومین تومور شایع سارکوم رتروپریتوان است که همه انواع این تومور در رتروپریتوان هم گزارش شده اند و یکی از آنها، نوع التهابی است که ممکن است با لوکوسیتوز محیطی همراه باشد.

بسیاری از تومورهای نامگذاری شده تحت عنوان pleomorphic rbdomyosarcoma یا pleomorphic liposarcoma در بین سال های ۱۹۷۰-۱۹۸۰ تحت نام MFH نامگذاری شده اند ولی در هر حال شباهت های ویژه ای در مورد MFH وجود دارد.

به طور کلی سارکوماهای نسج نرم دارای ویژگی کلی شامل پلئومورفیسم و آرایش موج دار

(storiform) می باشند که MFH هم از این قاعده، جدا نیست.

MFH دارای چندین مورفولوژی مختلف است که storiform-pleomorphic MFH شایع ترین نوع این گروه است و شایع ترین موارد این گروه در عمق بافت نرم اندام های بالغین دیده می شود که بیشتر هم در دهه هفت بروز می کند. البته محدود گزارشات محدودی هم در مورد کودکان وجود دارد.

در برخی موارد، بروز این تومور در محل هایی که قبلا پرتودرمانی دریافت کرده اند، گزارش شده است همچنین گزارش هایی در ارتباط با بروز این تومور در اطراف نسوج انفارکتوس یافته یا اجسام خارجی وجود دارد و به طور تقریبی، نیمی از این تومورها فاسیای عمقی یا عضلات اسکلتی را گرفتار می کنند و در اندام ها بیشتر این نوع تومورها در زمان تشخیص، بزرگ هستند و همانگونه که از نام این تومور پیدا است وجود سلول های پلئو مورفیک و موج دار از ویژگی های اصلی آنهاست. اجزاء التهابی هم شامل لنفوسیت، پلاسماسل و ائوزینوفیل هم در بیشتر موارد با سلول های نئو پلاستیک همراه هستند (۴).

MFH در دو سوم موارد عود و در یک سوم موارد، متاستاز دارد (۲).

منابع

1. Weiss Sw, Goldblum JR. Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors. 4th ed. New York: Mosby; 2001.
2. Rosai J, Ackerman LV. Rosai and Ackerman's Surgical Pathology. 8th ed. New York: Mosby; 1996.

3. Brunnicardi FC, Andersen DK, Billiar TR. Schwartz's Principles of Surgery. 8th ed. New York: McGraw-Hill Co; 2004.
4. Rosai J. Rosai and Ackerman's Surgical Pathology. 9th ed. New York: Mosby; 2004.

CASE REPORT

Journal of Isfahan Medical School
Vol 24, No 83, Winter 2007

Received:13.8.2006

Accepted:15.3.2007

A Case Report of a Huge Malignant Myxoid Retroperitoneal Fibrohystiocyoma Tumor

Dolatshahi K MD*, Kazemi A MD**

* Associate Professor, Department of Surgery, Azad University of Najafabad, Najafabad
** Internist**Abstract**

A huge retroperitoneal malignant fibrohystiocyoma myxoid type, 10.5 kg of weight, with anatomic involvement of left kidney but without metastasis is reported. It is reported because of its size. This 54-year-old patient lived in Austria, and his chief complaint was abdominal obesity that has been resistant to diet therapy. The patient underwent a successful laparotomy and was referred to an oncologist for further follow up

Key words: Retroperitoneal tumor, malignant fibrohystiocyoma myxoid, physical examination

Page count: 5**Tables:** 0**Figures:** 6**References:** 4**Address of Correspondence:**Kamran Dolatshahi MD, Azad University of Najafabad, Najafabad, Iran
E-mail: kamdolat41@yahoo.com