

پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی
سال ۱۹، شماره‌های ۳ و ۴، صفحه ۹۹ (مهر-اسفند ۱۳۷۴)

یک مورد بسیار نادر فیروس هیستوسایتوم بدخیم طناب اسپرماتیک

دکتر محسن حجتی *

خلاصه

پیدایش فیروس هیستوسایتوم بدخیم MFH (Malignant Fibrous Histiocytoma) در طناب اسپرماتیک به عنوان منشاء اولیه از جمله محل‌های بسیار نادر بروز تومور می‌باشد که از سال ۱۹۶۷ تاکنون حدود ۱۲ مورد از آن گزارش شده است (۴، ۸ و ۱۰). به طور کل فیروس هیستوسایتوم بدخیم از جمله تومورهای پلئومرفیک بدخیم بافت نرم می‌باشد که اولین بار در سال ۱۹۶۳ توسط اوزلو (Ozzello) و همکارانش توصیف شد (۱۱) و بیشتر در دهه ششم و هفتم زندگی، با ارجحیت در مردان، دیده می‌شود (۱). تومور از سلولهای اولیه مزانشیمال که هم خاصیت سلولی فیروبلاستیک و هم خاصیت یاخته‌ای هیستوسیتیک دارند، منشاء می‌گیرد (۲).

از نظر شیوع عضوی حدود دو سوم تا سه چهارم مورد آن در اندامها خصوصاً اندام تحتانی عارض می‌شود و مکان‌های بروز با شیوع کمتر تنه، شانه، رتروپریتون و با شیوع بسیار نادر در اسپرماتیک کورد و ماندیبول می‌باشد (۱). در این نوشتار یک مورد هیستوسایتوم فیروس بدخیم با منشاء طناب اسپرماتیک که سیزدهمین مورد معرفی شده در جهان می‌باشد و بیمار با تشخیص اولیه فتق مغبنی مراجعه کرده بود، معرفی می‌شود.

مقدمه

MFH از انواع تومورهای بدخیم نسج نرم می‌باشد که از دو جزء فیروبلاستیک و هیستوسیتیک تشکیل شده است (۱۱). ابتدا تصور می‌شد که تومور منشاء هیستوسیتیک دارد که می‌تواند به اجزاء فیروبلاستیک تبدیل و متمایز شود ولی مطالعات جدید با استفاده از پادتن‌های تک دودمانی نشان داده است که فیروبلاستها منشاء هیستوسیتی تومور می‌باشد (۱۱). این تومور طیف وسیعی از تظاهرات هیستولوژیک دارد که به انواع زیر گروه‌های زیر تقسیم می‌شود.

Myxoid - Storiform - Pleomorphic.

Angiomatoid - Inflammatory - Giantcell.

که از میان آنها نوع اول (میکسوئید) شایعتر می‌باشد. نوع آنژیوماتوئید بیشتر در کودکان و بالغین جوان ظاهر می‌شود.

MFH غالباً در ابتدا به شکل توده‌ای بدون درد تظاهر می‌کند که معمولاً زمان شروع علائم کمتر از یک سال تا هنگام مراجعه می‌باشد (۱). توده مزبور بیشتر از همه در اندام تحتانی و شایعتر از همه در ران ظاهر می‌شود (۱). از جمله محل‌های بسیار نادر تومور ماندیبول، لارنکس، طناب اسپرماتیک، مدیاستن، دستگاه گوارش، استخوان و ریه گزارش شده است (۵ و ۱۲).

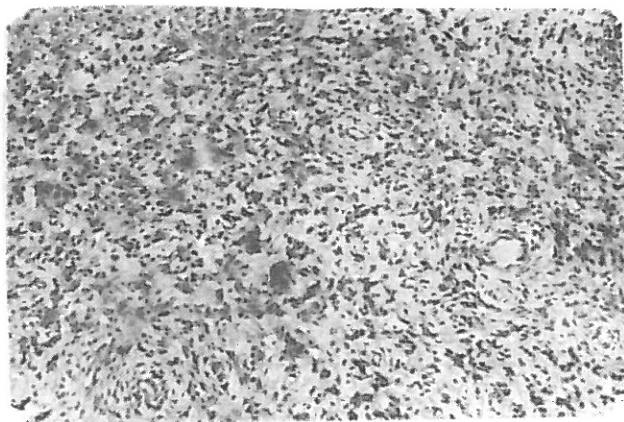
معرفی بیمار

بیمار آقای م. ک. پرونده شماره ۵۸-۹۳-۰۰، ۵۸ ساله ساکن رشت و کشاورز می‌باشد. وی قبل از مراجعه سابقه مثبتی از بیماری مهم یا عمل جراحی را ذکر نمی‌کند. در تاریخ ۲۳ مهر ۱۳۷۰ بیمار با شکایت تورم ناحیه اینگوینال چپ مراجعه کرده بود. سابقه تورم مزبور از حدود ۲ سال قبل بوده که گاه خودبخود برطرف می‌شده است ولی از حدود ۴۰ روز قبل برآمدگی ناحیه

مغبنی برطرف نشده بود.

در معاینه عمومی بیمار نکته خاصی یافت نشد. شکم نرم و بدون اتساع بود. آزمایشهای بیوشیمی و فرمول شمارش خون در حد طبیعی بود. در ناحیه اینگوینال چپ توده‌ای به ابعاد حدود ۲×۲ سانتیمتر که تا ابتدای اسکروتوم امتداد داشت، لمس می‌شد. بیمار با تشخیص فتق مغبنی غیرمستقیم چپ و هیدروسل بیضه چپ در تاریخ ۲۴ مهر ۱۳۷۰ تحت عمل جراحی قرار گرفت. هنگام عمل جراحی علاوه بر ساک فتق و لیپوم روی کورد توده سفت و خاکستری رنگ دیگری روی کورد سمت چپ که بنظر نکروتیک می‌آمد، یافت شد که به احتمال متاستاز از بیضه چپ علاوه بر هر نیورافی برای بیمار رادیکال ارکیوتومی چپ انجام شد.

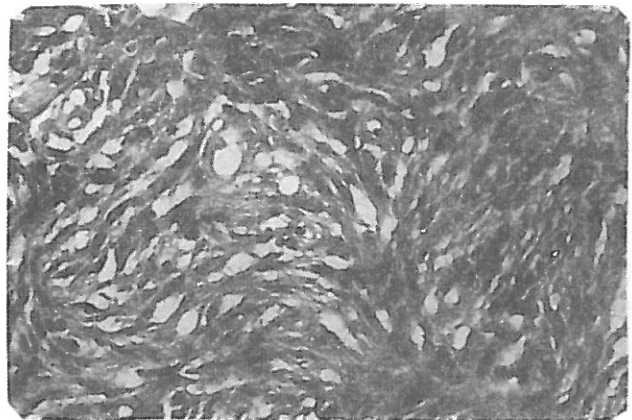
پس از عمل طی دوره نقاهت جواب پاتولوژی بیمار MFH طناب اسپرماتیک گزارش شد، در حالی که بیضه چپ طبیعی بود (شکل ۱ تا ۳). بیمار تحت بررسی قرار گرفت: در سی‌تی‌اسکن شکم و لگن توده بافت نرم در اطراف سرخرگ ایلیاک چپ تا حد فوقانی خارجی چپ



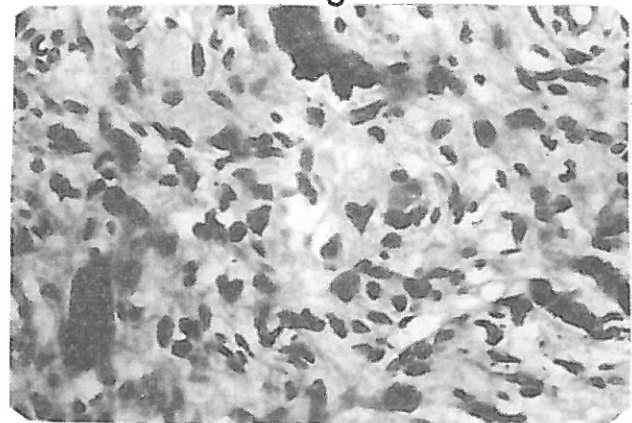
شکل (۱)

دو سال عود کرد. بیمار در مرداد ماه ۱۳۷۲ مجدداً تحت لاپاراتومی و توموربرداری (Debulking) ۹۵ درصد قرار گرفت و جهت ادامه درمان مجدداً به اونکولژیست معرفی شد. این بار علاوه بر شیمی-درمانی، پرتودرمانی هم برای بیمار انجام شد ولی به علت پیشرفت شدید و عدم پاسخ به درمان تکمیلی (Adjunctive) جهت لاپاراتومی و توموربرداری (Debulking) نزد ما عودت داده شد.

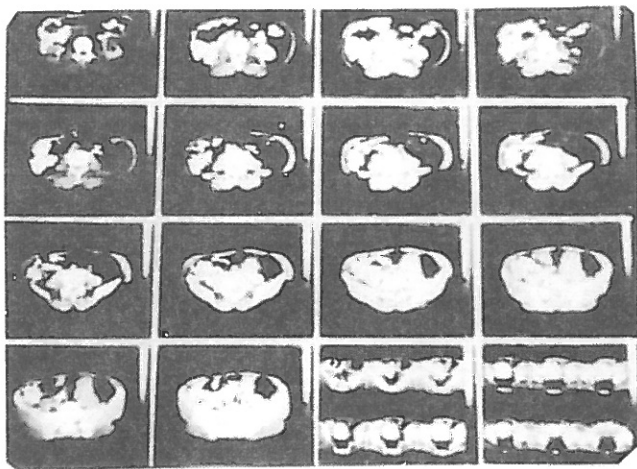
در آخرین بررسی انجام شده در سی‌تی‌اسکن (شکل‌های ۵ و ۶) توده نسج نرم وسیع در نیمه چپ تحتانی و میانی شکم گزارش شد که در آبان ماه ۱۳۷۳ با تشخیص عود هیستوسایتوم تحت عمل جراحی قرار گرفت. این بار با توده لوبولر بزرگی که تمام لگن و نیمه



شکل (۲)



شکل (۳)



شکل (۴)

مثانه مشاهده شد (شکل ۴). در باریم انما نیز اثر فشار روی طرف چپ لگن در ناحیه inlet همراه با مختصر جابجایی سیگموئید و اثر فشار روی رکتوم مشاهده شد. با توجه به توده مشخص شده در سی‌تی‌اسکن، بیمار مجدداً تحت لاپاراتومی قرار گرفت که در سمت چپ و پایین شکم توده مولتی لوبولر به ابعاد کلی ۱۵×۱۰ سانتیمتر مشاهده شد که پس از آزادسازی به طور کامل برداشته شد. گزارش آسیب شناسی دوم نیز نتوپلاسمی از سلولهای فیروپلاست و هیستوسیت پلئومرف و اشکال سلولهای ژانت با هسته‌های هیپرکروم بود که جابجا توسط نسج همبندی چربی انفیلتره شده بود که تشخیص نهایی MFH را مطرح می‌کرد. بیمار پس از طی دوره نقاهت جهت درمان تکمیلی تحت نظر اونکولژیست قرار گرفت و با وجود درمان، تومور پس از

بحث

با توجه به گزارش آسیب‌شناسی و مشاهده نسج تومورال MFH در طناب اسپرماتیک، منشاء تومور از طناب اسپرماتیک بوده و درگیری غدد لنفاوی رتروپریوتون ناشی از متاستاز آن مطرح می‌شود. همان‌گونه که اشاره شد بروز MFH در طناب اسپرماتیک از جمله محل‌های بسیار نادر بیماری است که بنا به گزارش‌های قبلی فقط حدود ۱۲ مورد از آن گزارش شده است.

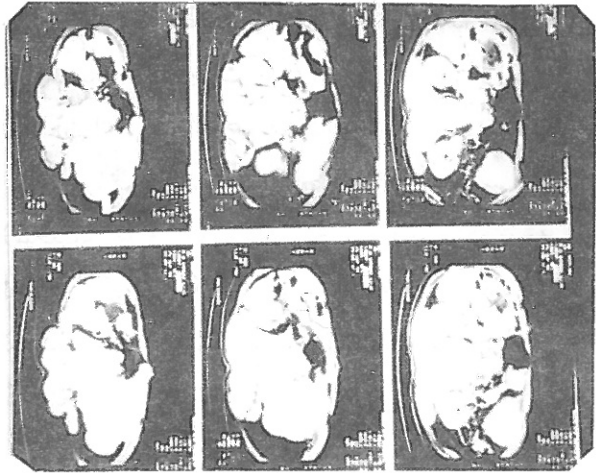
تمام ۱۲ مورد گزارش شده قبلی با توده بدون درد در ناحیه مغبنی مراجعه کرده بودند و میانگین سنی موارد قبلی ۵۹ سال بود (بیمار ما ۵۸ ساله بود) که با شیوع سنی تومور تطبیق دارد.

اشکال عمده در بیشتر بیماران گزارش شده اشکال تشخیصی به هنگام عمل بوده است که حدود یک‌سوم این بیماران به واسطه عدم وجود تشخیص قطعی موقع عمل، توده به طور موضعی برداشته شد. در حالی که درمان مقبول جهت MFH طناب اسپرماتیک بدون متاستاز ارکیوتومی رادیکال بعلاوه برش وسیع بافت اطراف است (۷، ۱۳ و ۱۴).

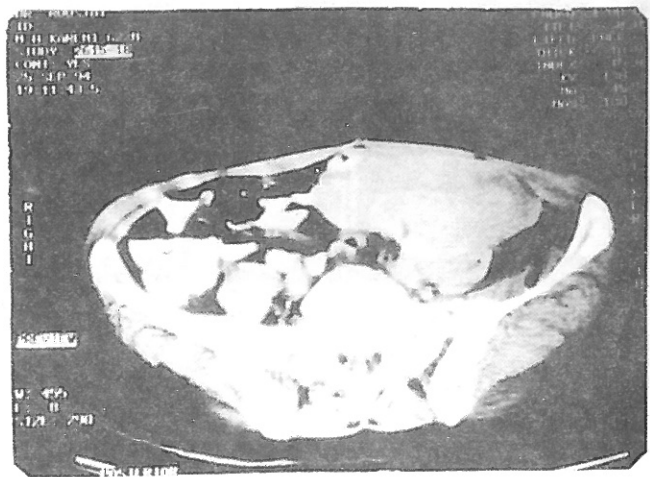
انزینگر و وایز (Weiss, Enzinger) شیوع ۱۲ درصد برای متاستاز غدد لنفاوی در MFH را گزارش کرده‌اند که با این وجود هیچ‌کدام از ۱۲ مورد MFH طناب اسپرماتیک عقده‌های لنفاوی درگیر در موقع تشخیص وجود نداشت. لذا شیوع کم متاستاز غدد لنفاوی خلف صفاق در این نوع بیماران نقش احتمالی دیسکسیون (برداشت کامل) غدد لنفاوی خلف صفاقی را مورد سوال قرار می‌دهد.

گرچه پاسخ سارکوم‌های بافت نرم به پرتودرمانی گزارش شده است ولی اثر مثبت پرتودرمانی روی MFH نشان داده نشده است. انجام شیمی درمانی افزایش برزیستی (Survival) قابل توجهی را نشان داده است (۶ و ۹). هرچند در بعضی گزارش‌ها پاسخ موضعی

چپ تحتانی و میانی شکم را احاطه کرده بود مواجه شدیم که علاوه بر درگیری عروق ایلیاک جدار لگن و کلیه چپ، فوق‌العاده شکننده و خونریزی دهنده بود و متأسفانه تخلیه کامل تومور میسر نشد.



شکل (۵)



شکل (۶)

عمل و تاثیر کم رادیوتراپی و شیمی درمانی در این نوع از MFH درمان مقبولتر اکسزیون وسیع جراحی شامل رادیکال ارکیوتومی و در صورت وجود متاستاز خلف صفاقی تخلیه وسیع توده شکمی و متاستازهای خلف صفاق می باشد. لذا این مسئله بررسی دقیق تر توده ها با احتمال نئوپلاسم ناحیه کورد و کانال مغبنی و اتخاذ روش جراحی رادیکال تر و وسیع تر این بیماران را ایجاب می کند.

نسجی تا حدود ۳۳ درصد را با استفاده از شیمی درمانی گزارش کرده اند (۶ و ۹).

از سوی دیگر MFH دارای میزان عود حدود ۳۰-۶۰ درصد می باشد و علاوه بر متاستاز، غدد لنفاوی شایعترین محل های متاستاز دور دست ریه و استخوان می باشد (۲).

با توجه به احتمال کم تشخیص در موقع مراجعه و

مراجع

- 1) Andersons Pathology. 9th edition vol. 2, 1990
- 2) Silverberg. Steven: Principles and practice of surgical pathology. 2nd edition vol. 1, 1990
- 3) Cesar Moran: Malignant fibrous Histosarcoma of the glanspenis. The American Journal of Dermatology 1990; 12(2): 182-187
- 4) Chan YF, et al: Recurent dediff. Liposarcoma of the spermatic cord. Pathology 1987; 19(1): 99-102
- 5) Dias R, Fernandes M, and Gaetz HP: Malignant Fibrous Histosarcoma of the Spermatic cord. Urology 1978; 12: 365
- 6) Ekfors TO and Rantakokko V: An analysis of 38 Malignant fibrous Histosarcoma in the Extremities. Acta Path Microliol Scand 1978; 86:25
- 7) Farah RN and Bohne AW: Malignant fibrous Histosarcoma of the spermatic cord. Urology 1974; 3 : 782
- 8) Hernaez I, Recarte JM: Malignant Fibrous Histosarcoma of the spermatic cord. Acta Urology Esp 1984; 8-6: 487-90
- 9) Leite C, Goodwin JW, Sinkovics JG. Baker: Chemotherapy of malignant fibrous Histosarcoma. A south west oncology group report. Cancer 1977; 40:2010
- 10) Marceij FM, Bebruin, et al: Malignant fibrous histosarcoma of the sp. cord. The Journal of Urology 1989; 142
- 11) Raisa N, Katz BA, et al: Malignant fibrous histosarcoma of the G.T. The American Journal of gastroentrology 1990; 85:11
- 12) Sogani PC, et al: Spermatic cord sarcoma in adults. J Urology 1978; 120:301
- 13) Williamson JC, et al: Malignant fibrous Histosarcoma of the spermatic cord. J Urology 1980; 123:785
- 14) Weiss SW, et al: Malignant fibrous Histosarcoma; an analysis of 200 cases. Cancer 1978; 41:2250

Nutrition status in Zabolian women and its relation to the number of pregnancies and socio-economic state

Forozani M, Sotodeh G, shahraki M, Rafrat M

SUMMARY

In a cross-sectional survey, the nutritional status [on the basis of weight(Wt), height(Ht), body mass index(BMI) and mid-arm circumferences (MAC)] of 451 women attending the health centers in Zabol city was investigated. The results showed that 14.4% of women were underweight and 2.2% stunted. On the basis of BMI 36.4% of women had wasting and 18.8% overweight. Also, 31.8% had mid-arm circumference under fifth the percentile.

The relationships between the above

anthropometric measurements and a few socioeconomic factors, as well as the fertility history, were determined. In the stepwise multiple regression analysis, the relations between Wt and number of pregnancies ($P < 0.001$) and occupation ($P < 0.02$) and MAC and age ($P < 0.001$), and occupation ($P < 0.04$), were positive and statistically significant. The results of this study showed that the most important problem in the women is present malnutrition.

A case of malignant fibrous histiocytoma

Houjjati M

Shaheed Beheshti University of Medical Sciences & Health Services

SUMMARY

Occurrence of Malignant Fibrous Histiocytoma (MFH) of the spermatic cord as a primary source is so rare that since 1967 just 12 of such cases have been reported (4,8,10).

MFH is one of the pleomorphic soft tissue malignant tumors which has been studied for first time by Ozzello and Co workers in 1963.

The tumor originates from primary mesenchymal cells which have both histiocytic & fibroblastic properties (2). From the anatomic stand

point tumor occurs 2/3 to 3/4 of times on extremities especially lower extremities. The other sites of occurrence with lower prevalence are truck-shoulder-retroperitoneum and as the very rare sites are spermatic cord and mandible.

This report represents a very rare case of MFH of the spermatic cord which is the 13th reported case since 1967 which has been seen by the primary diagnosis of the inguinal hernia.