

پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی
سال ۱۹، شماره‌های ۳ و ۴، صفحه ۱۰۴ (مهر-اسفند ۱۳۷۴)

یک مورد کیست اپیدرموئید طحال

دکتر ابوالقاسم ظروفی*، دکتر میترا رفیع‌زاده*

خلاصه

کیست‌های غیرانگلی خوش خیم طحال ضایعات نادری هستند که به دو دسته اولیه و ثانویه تقسیم می‌شوند: گروه اولیه مفروش از پوشش اپی‌تلیالی و تحت عنوان کیست‌های اپیدرموئید نامیده می‌شوند؛ کیست‌های ثانویه شایعتر می‌باشند و ۸۰ درصد کیست‌های طحالی را تشکیل می‌دهند. در این نوشتار بیمار ۲۳ ساله‌ای گزارش می‌شود که با احساس وجود توده در شکم همراه با درد ناحیه ربع تحتانی ناحیه چپ شکم مراجعه می‌کند و با تشخیص بالینی کیست هیداتید طحال تحت عمل جراحی قرار می‌گیرد و آسیب‌شناسی کیست اپیدرموئید طحالی را گزارش می‌کند.

مهمترین عارضه این کیست‌ها پارگی است که با وجود نادر بودن اورژانس جراحی محسوب می‌شوند. درمان جراحی این کیست‌ها طحال برداری است.

مقدمه

در سونوگرافی توده بزرگی در سمت چپ شکم دیده شد که تا کرت ایلایک امتداد داشت و از داخل تا معده گسترش یافته بود. سایر اعضای شکمی طبیعی بودند. در سی تی اسکن توده هیپودانس بزرگ در ربع تحتانی چپ شکم با جدار کلسیفیه مشاهده شد که تشخیص کیست را مطرح کرد.

طحال برداری صورت گرفت و نمونه به بخش آسیب شناسی فرستاده شد. در بررسی آسیب شناسی ماکروسکوپی یک توده بزرگی به ابعاد $7 \times 10 \times 20$ سانتیمتر که پس از باز کردن دو ضایعه کیستیک هر یک به قطر تقریبی $10-12$ سانتیمتر و ضخامت تقریبی $6/0$ سانتیمتر مشاهده شد. سطح داخلی کیستها صاف به رنگ شیری مایل به سفید بود و در سطح داخلی یکی از آنها نواحی برآمده سفید رنگ مشاهده شد. این دو کیست توسط دیواره‌ای کاملاً از هم جدا شده بودند. قوام سطح داخلی یکی از کیستها نیز بسیار سفت و در حاشیه نیز قطعه‌ای از بافت طحال قابل تشخیص بود. در آسیب شناسی میکروسکوپی بافت طحال با پرخونی و اتساع سینوزوئیدها دیده شد. دو ضایعه کیستیک که یکی از آنها دارای اپی تلیوم سنگفرشی مطبق شاخی و انباشته از مواد شاخی رشته‌ای بود مشاهده شد. جداره کیست دیگر عمدتاً از بافت فیبروزی هیالینزه با نواحی کلسیفیکاسیون وسیع تشکیل شده بود.

بحث

کیستهای خوش خیم غیرانگلی طحال ضایعات بسیار نادری می‌باشند که در ۷۰ درصد موارد بدون علامت می‌باشند و معمولاً زمانی علائم بروز می‌کنند که خیلی بزرگ شده باشند. (۱، ۲ و ۵). اساساً در بیماران جوان با ارجحیت سنی ۱۵-۲۰ سالگی (میانگین ۱۷/۷ سال) می‌باشند (۱ و ۲). با بررسی ۱۶۰ بیمار گزارش شده از

کیستهای طحالی ضایعات نادری هستند که به انواع کیستهای انگلی و غیرانگلی تقسیم می‌شوند. انواع غیرانگلی نیز به دو دسته اولیه یا حقیقی و ثانویه یا کاذب تقسیم می‌شوند: کیستهای اولیه یا حقیقی دارای پوشش سلولی می‌باشند که می‌تواند اپی تلیال یا پوشش اپی تلیوم سنگفرشی مطبق یا آندوتلیال و یا مزوتلیالی باشد که شامل همانژیومها، لنفاژیومها و کیستهای ساده هستند. انواع آندوتلیالی و مزوتلیالی چهار برابر شایع تر از انواع اپی تلیالی است. در تعداد کمی از کیستهای اپی تلیالی (کمتر از ۱۰ درصد) در دیواره کیست فولیکولهای مو غدد سباسه مشاهده می‌شود که در دسته کیستهای درموئید قرار می‌گیرند. ولی آن دسته از کیستهای اپی تلیالی که در دیواره‌شان ضمامم پوستی دیده نمی‌شود تحت عنوان کیستهای اپیدرموئید طحال نامیده می‌شوند.

کیستهای ثانویه و یا کاذب به دنبال ضربه یا انفارکتوس طحال ایجاد شده، فاقد پوشش سلولی ارگانیزه می‌باشند و ۸۰ درصد کیستهای طحالی را تشکیل می‌دهند. دیواره کیست شامل کلاژن است و امکان دارد کلسیفیه شده باشد. در این نوشتار یک مورد کیست اپیدرموئید طحال که در سال ۱۳۷۳ در بخش آسیب شناسی بیمارستان بوعلی تشخیص داده شد، گزارش می‌شود.

معرفی بیمار

دختری ۲۳ ساله و ارمنی با احساس وجود توده در شکم همراه با درد خفیف در ربع تحتانی چپ شکم به بیمارستان مراجعه می‌کند. بیمار در معاینات جسمانی از وضع عمومی خوبی برخوردار بود و در معاینه شکم یک توده شکمی با سطح صاف و قوام سفت که از داخل تا خط میانی شکم و از طرف تحتانی تا محاذات ناف و کرت ایلایک لمس شده است با انجام KUB نمای کلسیفیه در سمت چپ و در زیر خط دنده ۱۲ دیده شد.

کیستهای خوش خیم از متاستازهای کیستیک در طحال است که بکارگیری روش Fine needle aspiration می‌تواند مفید باشد. گرچه این روش، در زمینه خوش خیم و بدخیم بودن ضایعات طحالی اطلاعاتی در اختیار ما قرار می‌دهد (۸). از عوارض این کیستها عفونت ثانویه، تشکیل آبسه و پارگی می‌باشد که نادر هستند (۳).

از ۱۶۰ مورد کیستهای طحالی گزارش شده از سال ۱۹۲۹ تنها ۴ مورد عفونی و ۴ مورد دیگر پاره شدن کیست گزارش شده که هیچ موردی با عوارض گسیختگی و عفونت تواما" گزارش نشده است (۲). تنها در یک مورد گزارش شده در ۱۹۹۰ عارضه عفونی همراه با سوراخ شدگی کیست بود که پریتونیت وسیع را باعث شد و عارضه عفونی یک عفونت سالمونلائی بود (۴). همچنین مهمترین عارضه آنها پارگی می‌باشد که اورژانس جراحی محسوب می‌شود (۳). کیستهای طحالی معمولاً خوش خیم هستند که به رغم وجود علائم توموری در دیواره کیست لزومی به برداشتن آن نیست. تنها ضرورتهای جراحی ناراحتی حاصل از آن مثل پارگی کیستها با علائم بالینی و یا کیستهای بدون علامت با افزایش خطر پارگی (قطر بیشتر از ۵ سانتیمتر) می‌باشند (۳). بزرگ شدن کیست علائم بالینی را تشدید می‌کند. درمان جراحی جهت کیستهای طحالی اسپلنکتومی است. انجام آنژیوگرافی قبل از عمل و تعیین ارتباط کیست با سیستم جریان خون طحال می‌تواند به تصمیم در مورد اسپلنکتومی پارشیال کمک کند (۹ و ۱۰).

سال ۱۹۲۹، ۶۸ درصد این بیماران کمتر از ۲۰ سال دارند و نیز این بیماری در زنان شایعتر از مردان است (۲). نسبت زن به مرد ۳ به ۲ می‌باشد. کیستها معمولاً تک حفره‌ای و منفرد می‌باشند و قطر متوسط آنها حدود ۱۰ سانتیمتر است (۱ و ۹).

منشاء کیستهای اپیدرموئید نامعلوم است؛ گرچه عده‌ای معتقدند که اپیتلیوم این کیستها از باقیمانده اپیتلیوم اسکواموس جنینی - به احتمال - در بین بافت سازنده طحال مشتق شده‌اند. عده‌ای دیگر بر این باورند که اپیتلیوم مطبق ممکن است از مزوتلیوم متاپلاستیک منشاء می‌گیرد (۶). با بررسی ایمونوهیستوشیمیkal غلظت سرمی مارکرهای توموری CEA (Ag Carbohydrate CA و Carcinoembryogenic) در ۳ مورد کیست اپیدرموئید از مجموعاً ۹ کیست طحالی (۶ مورد کیست اپیدرموئید، ۲ مورد کیست مزوتلیالی و یک مورد کیست کاذب) بررسی شده، افزایش یافته بود (در هر ۶ مورد کیست اپیدرموئید مارکرهای eA و CEA در لایه داخلی آنها دیده شده که یک منشاء مزوتلیالی برایشان در نظر گرفته شد (۱۰). در گزارشی دیگر از نظر ایمونوسیتوشیمیkal سلولهای اپیدرموئید قویاً" برای سیتوکراتین مثبت می‌شوند (۵). بنابراین با انجام تحقیقات ایمونوهیستوشیمیایی و مرفولوژیکی شامل میکروسکوپ الکترونی نشان داده شد. احتمال اینکه کیستهای اپیتلیالی از متاپلازی مزوتلیوما منشاء گرفته باشند زیاد است (۶، ۷ و ۱۰). وجه افتراق مهم در بررسی کیستهای طحالی تمایز بین

مراجع

- 1) Rapaport H: Tumors of the hematopoietic system. AFIP ATLAS of Tumor Pathology. See 3 Washington DC Fascicles 1966, 8:388-94.
- 2) Sir Inek KR, Evans WE: Nonparasitic splenic cysts case report of epidermoid cyst with review of the literature. Am J Surg 1973; 126:8-13.
- 3) Didlake RH, Miller RC: Epidermoid cyst of the spleen manifested as and abdominal abscess. South Med J 1986; 79:35-7.
- 4) Panossian DH, Wang N, Reeves CD, Weeks DA: Epidermoid cyst of the spleen presenting as a generalized peritonitis. Am Surg 1990; 56(5): 295-8.
- 5) Gumeron GS, Lau GYP: Epidermoid cyst of the spleen. J Ped Surg 1981; 435-6.
- 6) Cave PH, Garvin DF, Dookan DJ: metaplastic mesodermal cyst of the spleen. Am Surg 1977; 37:97-102.
- 7) Hanada M, Kimara M, Kitada M: Epidermoid cyst of accessory spleen. Acta Pathol JPN 1981; 31:863-72.
- 8) Nerlich A, Permanetter W: Fine needle aspiration cyst diagnosis of epidermoid cysts of the spleen. Acta Cytol 1991; 35(5): 567-9.
- 9) Burkigk F: Epithelial (True) splenic cyst. Am Surg Pathol 1988; 12:275-86.
- 10) Walz MK, Metz A and Eigler FW: Splenic cysts morphology diagnosis, and therapy (Germ). Allgemeine chirurgie, universitatlinikum, Med Woch ENSCHR 1991; 176(37): 1377-83.

Report of one case of splenic epidermoid cyst

Zurofi A, Rafeezadeh M

Shaheed Beheshti University of Medical Sciences & Health Services

SUMMARY

The non parasitic benign cysts of spleen are rare lesions and can be divided into two groups, primary and secondary. In the cysts in the primary group an epithelial lining is present. Secondary cysts are far more frequent, accounting for 80% of all splenic cyst. In this article we report about an 23

year old girl admitted with LLQ pain and feeling of abdominal mass. After splenectomy with clinical diagnosis of splenic hydatid cyst, pathologic examination revealed epidermoid cyst of spleen. Splenectomy is the treatment of choice.

R.B.C labeled scintigraphy in a case with hemorrhagic intestinal vascular malformation

Neshandar Asli I, Fotouhi F, Pourghorbani H, Mirghaffari Y, Jalili M

Shaheed Beheshti University of Medical Sciences & Health Services

SUMMARY

This is a case report of a 3 year- old boy with anemia and lower intestinal bleeding. Colonoscopy revealed vascular ectasia of the colon. In R.B.C

labeled scintigraphy, expansion of intestinal blood pool (due to vascular malformation) and multiple bleeding sites have been identified.