

معرفی يك مورد تومور کارسینوئید

دکتر فرزانه (بتول) رحیمی *

خلاصه

یک مورد تومور کارسینوئید دختر ۱۰ ساله ای - که با علائم آپاندیسیت حاد و افزایش گویچه های سفید مراجعه کرده بود و پس از جراحی، در آسیب شناسی، تومور کارسینوئید با تهاجم به عروق لنفاوی تشخیص داده شد - گزارش می شود.

معرفی بیمار

نازک شده و روی آنرا چرک پوشانیده است. در مقطع، مجرای آپاندیس، بجز در یک سوم پروکسیمال، متسع و حاوی چرک است. مجرای آپاندیس در یک سوم پروکسیمال توسط توموری سفت به اندازه ۱/۵ سانتیمتر، به رنگ زرد مایل به خاکستری مسدود شده است. میکروسکوپی. در ریزینی قطعات برداشته شده از آپاندیس علاوه بر علائم میکروسکوپی دال بر التهاب حاد، منظره یک تومور متشکل از دسته های متراکم سلولی با یاخته های ریزیکنواخت، گرد یا بیضی دیده می شود. هسته یاخته ها گرد و نسبتاً پرکروماتین است. اطراف دسته های سلولی را بافت همبند احاطه کرده است. تومور، تمام لایه های جداری آپاندیس را مورد تهاجم قرار داده است و یاخته های آن در درون عروق لنفاوی نیز دیده می شوند.

دختری ۱۰ ساله به علت درد شکم، تب و استفراغ مراجعه می کند. درد از دور ناف شروع شده و در ناحیه ربع تحتانی راست شکم متمرکز شده است. در معاینه شکم حساسیت به لمس وجود دارد. دمای بدن ۳۸/۱ درجه سانتیگراد، تعداد نبض ۱۴۰ در دقیقه و تعداد تنفس ۱۹ بار در دقیقه است. تعداد گویچه های سفید ۱۶۳۰۰ با افزایش گویچه های چند هسته ای بود. آزمایش ادرار طبیعی بود. بیمار با تشخیص آپاندیسیت حاد به اتاق عمل برده می شود و تحت عمل جراحی قرار می گیرد.

گزارش آسیب شناسی. نمونه ارسالی شامل یک آپاندیس به طول ۷ سانتیمتر و قطر متوسط ۱/۵ سانتیمتر است. جدار آپاندیس در اکثر نقاط

آرژانتا فینوما یا تومور سلول درون ریز argentaaffinoma or endocrine cell tumor نامیدند. این تومور را می توان در بافتهای دیگری مثل پستان، تیموس، کیسه صفرا، کبد، ریه، تخمدان و مجرای ادرار دید. این تومورها در همه جای دستگاه گوارش غالباً از کاردیا تا مقعد ظاهر می شوند.

این نئوپلاسم در روده از سلولهای درون ریز غدد لیبرکون که به نام سلولهای کولت شیتزکی kulitschitzky یا آنتروکرومافین enterochromafin نامیده می شوند منشأ می گیرد (این سلولها با نمکهای کرم رنگ می گیرند).

بیشتر این تومورها می توانند انواع مختلف آمین ها و فرآورده های پپتیدی مثل هیستامین، سروتونین، ACTH، کالیکرین kalikrein و گاهی پروستاگلاندین را تولید کنند.

پرز Pears اولین کسی بود که در سال ۱۹۶۹ تشخیص داد بعضی از سلولهای درون ریز دارای منشأ جنینی مشترک هستند؛ در تمام بدن منتشرند و خصوصیات مشترک سیتوشیمیایی، ساختار میکروسکوپی الکترونی Ultrastructural، و بیوسنتزی دارند. مهمترین وجه مشترک این سلولها کسب آمینها، کربوکسیل زدایی آنها و ساختن آمینهای فعال حیاتی یا هورمونهای پلی پپتیدی است و از این رو آنها را یاخته های کسب پیشاهنگ اسیدهای آمینه و کربوکسیل زدایی یا به اختصار سلول های آپود می نامند Amine Precursor Uptake and Decarboxylation (Apud Cells)

تا کنون در حدود چهل نوع از این سلولها شناخته شده اند. در بسیاری از اندامهای بدن وجود دارند. از جمله در هیپوتالاموس، هیپوفیز، بخش مغزی غدد فوق کلیوی، سلولهای تیروئید، سلولهای درون ریز دستگاه گوارش، جزایر لانگرهانس، لوزالمعده و ریه. تومورهایی که از این سلولها به وجود می آیند - چه خوش خیم و چه بدخیم - آپودوم Apudomas نامیده می شوند (۱ و ۳). بنابراین، تومور آرژانتوفینوم را به نام آپودوم کارسینوئید Carcinoid Apudoma هم می خوانند.

در یک بررسی کلی که در مورد تومورهای کارسینوئید به عمل آورده اند میزان و نحوه انتشار آنها را به شرح زیر گزارش نموده اند (۴):

۱. آپاندیس ۳۵ درصد، روده باریک ۲۵ درصد، راست روده و سیگموئید ۱۲ درصد، کولون صرف نظر از آپاندیس ۷ درصد، مری و معده ۲ درصد، ریه و نایژه ۱۴ درصد و سایر نقاط بدن ۵ درصد.

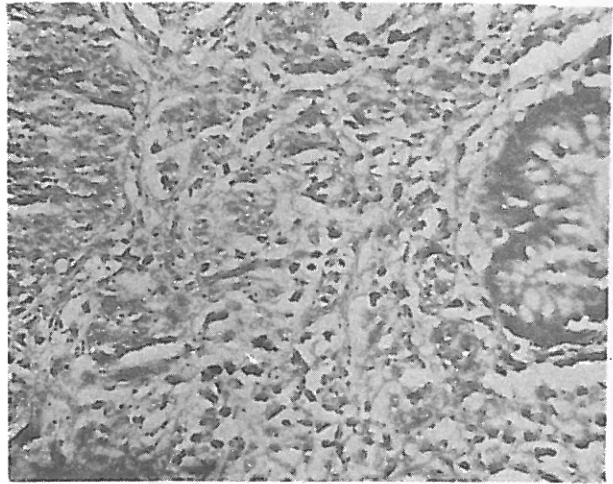
۲. تومور آپاندیس در ۷۱ درصد موارد در نوک آن، ۲۲ درصد موارد در تنه آن و ۷ درصد موارد در قاعده آن دیده می شود (۵).

۳. تومور آپاندیس غالباً بدون علامت است ولی گاهی به علت انسداد مجرای آپاندیس به شکل آپاندیسیت حاد ظاهر می شود.

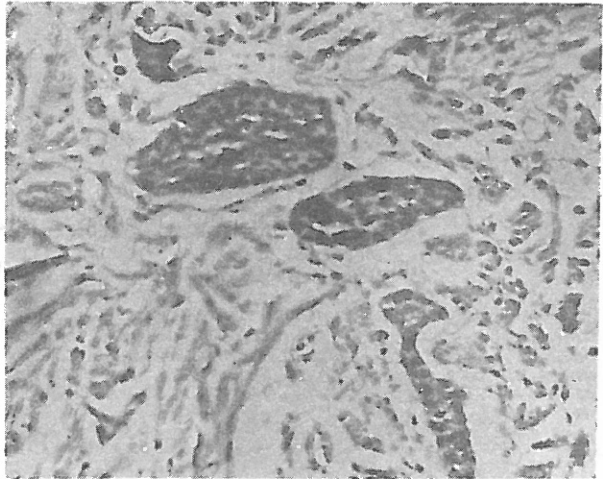
۴. گاهی ۲۰ تا ۳۰٪ اشکال مختلف تومور را در جاهای مختلف بدن یک بیمار می توان دید (۶).

ظاهر تومور سفت، به رنگ زرد مایل به خاکستری و در ۷۰ درصد موارد کوچکتر از یک سانتیمتر است. از نظر میکروسکوپی تومور کارسینوئید به سه شکل دیده می شود:

۱. نوع کلاسیک. تومور از دسته های متراکم سلولهای یک شکل



شکل ۱. در طرف راست تصویر بخشی از غدد مخاطی آپاندیس مشهود و در بقیه تصویر سلولهای نئوپلاستیک را به طور گسترده می توان دید.



شکل ۲. گروههای سلولهای نئوپلاستیک در لایه عضلات جدار آپاندیس دیده می شود.

بحث

اصطلاح «کارسینوئید» در سال ۱۹۰۷ توسط ابرندورفر Oberndorfer به دسته ای از تومورهای روده باریک اطلاق شد که سیر کند داشتند و سالها بدون علامت باقی می ماندند. نامهای دیگر این ضایعه نئوپلاسم بدخیم با سیر کند malignant neoplasm in slow motion یا شبه کارسینوم Carcinoma-like می باشد. در سال ۱۹۵۳ Lembeck متوجه شد که بعضی از این تومورها سروتونین ترشح می کنند و نشانگان کارسینوئید را تولید می نمایند. بعدها این تومور را

ظاهر می شود. معمولاً انسداد مجرا تولید نمی کند و موجب اتساع آپاندیس نیز نمی شود. این نوع از نظر میکروسکوپی شبیه دو نوع قبلی است ولی غالباً رشد زیر مخاطی دارد. تهاجم به عضلات و سروزشایع است. مخاط بجز در محل ارتباط تومور و قاعده کریپت گرفتاری واضحی ندارد. تومور از جزایر سلولی کوچک یکدست که نمای حلقه انگشتی دارند تشکیل می شود. گاهی غدد کوچک می سازند و نمای غدد برورن Brunner را بخود می گیرند. با رنگ آمیزی موسی کارمین سلولها رنگ می گیرند. این سلولها در ۸۸ درصد موارد آرژیروفیلیک می باشند. این نوع تومور از دو نوع قبلی مهاجم تر است، و در ۸-۲۰ درصد موارد متاستاز می دهد، در حالی که متاستاز تومور کارسینوئید نوع کلاسیک لوله ای معمول نیست و اگر متاستاز بدهد به عقده های لنفاوی همان ناحیه محدود خواهد بود. در امتحان با میکروسکوپ الکترونیکی توانسته اند قطرات موسین و دانه های عصبی - ترشحی را درون یاخته ها تشخیص دهند. معمولاً تومورهای بزرگتر از ۲ سانتیمتر متاستاز می دهند.

در بیمار مورد بحث، بیماری با علائم بالینی آپاندیسیت حاد ظاهر شده بود که لوکوسیتوز یا افزایش چند هسته ایها احتمال این تشخیص را بیشتر می کرد. در آزمایش آسیب شناسی، تومور کارسینوئید با شواهدی دال بر متاستاز به عروق لنفاوی دیده شد.

کوچک که نمای غده ای و تسبیحی Rosette دارند تشکیل می شود. میتوز بینهایت نادر است. سلولهای توموری را می توان در غلاف اعصاب آپاندیس مشاهده کرد. واکنش آرژانتافین و دیاژو Diazو تقریباً همیشه مثبت است. تهاجم به عضلات و غدد لنفاوی معمولاً دیده می شود و انتشار به پرده صفاق هم نادر نیست.

۲. نوع دوم که به نام آدنوکارسینوئید نوع لوله ای Tubular Type Adenocarcinoid خوانده می شود (ورکل Workel و همکارانش) غالباً با کارسینوم اولیه یا متاستازی اشتباه می شود. منظره اصلی آن به شکل غده ای است و موسین هم ترشح می کنند. جزایر تراکم یاخته ای دیده نمی شوند. واکنش آرژانتافین در ۷۵ درصد موارد و واکنش Argyrophilic در ۸۹ درصد موارد مثبت است. میتوز و بدساختی در یاخته ها دیده نمی شود که این خود تشخیص را آسان می کند. میکروسکپ الکترونیکی وجود دانه های عصبی - ترشحی را درون سیتوپلاسم این یاخته ها نشان می دهد.

۳. نوع سوم که به نام تومور کارسینوئید موسینی Mucinous Carcinoid Tumor، کارسینوئید سلول ساغری Carcinoid Goblet Cell یا کارسینوم میکروگلاندولر خوانده می شود، در مناطق مختلف آپاندیس به صورت صفحات سفید رنگ، که گاهی قوام موکوئید دارند،

مراجع

1. Philip Felig, John D Baxter, Arthur Broadus, Lowerence A Frohman: Endocrinology and Metabolism, McGraw Hill, London, 1981, 1265-1269
2. Richard E. Behreman M D, Victor Vaughan III M D: Nelson's Textbook of Paediatric. W B Saunders Company, U.S.A., 1983, 947
3. Stanley L, Robbins M D, Ramzi S, Contran M D, Vinag Kumar M D: Pathology Bases of Disease. W B Saunders Company, U.S.A, 842-5
4. Peter G, Jones & Peter E Campbell: Tumor of Infancy and Childhood, BlackWell Scientific, Oxford, London, 1976, 639-40
5. Juan Roaai, Ackersman Surgical Pathology, 6th ed., Volume One, Mosby Company, 1981, 486-496
6. John M, Kissane: Pathology, Andersons Volume One & Two Butler and Tanner. Ltd, Great Britain, 1985, 573-74, 1087-88