

يك مورد کیست چادرینه بزرگ (Grand Epiploon)

دکتر علی نقیسی* دکتر تیمسار وکیلی** دکتر پرویز صمدیان***

کیست های چادرینه بزرگ اغلب در کودکان یا نوجوانان مشاهده میگردد. ندرتا امکان دارد این کیست ها در اشخاص مسن پیدا شود بدون اینکه قبلا کوچکترین عارضه ای برای بیمار ایجاد کرده باشد. وجود این کیست ها در دختر بچه ها و زنها بیشتر از مردها گزارش شده است.

آسیب شناسی Anatomie Pathologique

اولین مشاهده کیست اپیپلون بزرگ مربوط به سال ۱۸۵۳ میباشد که توسط Gairdner ذکر گردیده و پس از آن در حدود ۱۵۰ مورد دیگر گزارش شده است. اصولا کیست های چادرینه بزرگ بسیار نادر است و از نقطه نظر آسیب شناسی ماکروسکوپی به چهار دسته تقسیم می شوند:

۱- کیست های لنفاتیک که معمولا محتوی ماده Sereux بوده و به دو صورت کیست های واحد و یا لنفاتریم کیستیک که مقداری و یا تمامی اپیپلون را گرفته، مشاهده میگردد. از نظر پاتوژنی برای Ewing علت تشکیل کیست های لنفاتیک بسته شدن مجاری لنفاوی میباشد که در نتیجه در قسمت amount تولید دیلاتاسیون مینماید ولی از نقطه نظر Experimental این تئوری رد گردیده زیرا لیگاتور کانا لهای لنفاتیک تولید چنین دیلاتاسیون های کیستیک را باعث نگشته است.

۲- Lee علت تشکیل کیست های لنفاتیک را خروج لنف پس از پاره شدن مجاری لنفاوی میدانند که در نتیجه ایجاد Collection نهوده و سپس به تشکیل Pseudo-kyste منجر می شود.

۳- Ladd و Gross علل جنبی را مطرح میسازند. بنظر آنها این کیست ها از جدا شدن و رشد کردن يك کیسه لنفاتیک ابتدائی بوجود می آید.

محتوی کیست های لنفاتیک ممکن است بصورت Sereux زرد یا Chyleux شیری باشد و Bancorsi آزمایش بیوشیمی

آنها را مطالعه کرده است. کیست های Sereux وزن مولکولی ۱۰۱۳ - ۱۰۱۰، پروتئین ۳۵٪ گرم در لیتر و کلسترول ۶۰٪ تا ۷۰٪ میلی گرم. کیست Chyleux وزن مخصوص ۱۰۱۲-۱۰۱۵، پروتئین ۲٪ تا ۳٪ و کلسترول ۱٪ گرم تا ۱۰۰ میلی گرم.

۲- کیست های Dysembroye-Plastiques که از Inclusion های اپی درم بوجود می آید فرم ساده آنها کیست های درموئید Dermoide و فرم های Complexe را تراوم های کیستیک Teratomes تشکیل میدهند.

۳- کیست های پارازیتیک K. Parasitaires که اغلب اوقات کیست های هیداتیک و یا Echinococcie پریتونئال میباشد ۴- کیست های کاذب که بیشتر پس از يك Hematome و یا نکروز يك تومور بدخیم Maligne دیده میشود.

«علائم کلینیکی»

از نقطه نظر کلینیکی بیمارانی دیده میشوند که تابا نسبتا مبهمی دارند ولی گاهی به علت وجود عوارض مختلف مراجعه میکنند:

۱- بزرگ شدن ناگهانی حجم شکم که مریض ناچار است شکم خود را با دست نگه بدارد.

۲- دردهای مبهم شکمی توام با Dyspepsie. این دردها بیشتر در ناحیه Peri-omblical با انتشارات خلفی میباشد.

۳- وجود علائم Occlusif و یا Subocclusif ۴- وجود فشار روی احشاء شکمی و یا روی عروق و در نتیجه ظهور ورم پا که مریض را وادار به مراجعه به پزشک می کند.

۵- در حدود ۱۱٪ موارد بر حسب استاتستیک Montaigne این بیماران بعلا عوارض حاد شکمی و جراحی مراجعه میکنند.

در استاتستیک Oliver نزد هفده بیمار، تعداد دو نفر با علائم پیچ خوردگی عضوی داخل شکمی، شش نفر انسداد

چنانچه کیست حجیم و چسبیده باشد - پس از احتیاط لازم به خصوص اگر مسئله کیست هیداتیک مطرح باشد - کیست یا کیستها را تخلیه کرده و میتوان قسمتی از ساک کیستها را باقی گذاشت. در بیشتر موارد عمل درآوردن این کیستها ساده و نتیجه عمل بسیار خوب است. گاهی این کیست بسادگی جدا شده و فقط بایستی در چند نقطه لیگاتور انجام گردد.

در مواردیکه این کیستها مقدار زیادی از اپیپلون را گرفته باشد Resection مقدار یا تمامی اپیپلون لازم است. خطر عود کردن این کیستها معمولاً کم است و حتی بعضی از جراحان مقداری از کیستهای کوچک را در داخل شکم باقی میگذارند. بایستی متذکر شد که در مورد کیستهای هیداتیک، خطر عود بیشتر وجود دارد.

شرح حال بیمار

خانم زهرا باقری ۴۱ ساله خانه دار مقیم و اهل تهران که در بخش جراحی ۲ مرکز پزشکی لقمان الدوله ادهم بعلت تومور شکمی بستری میگردد.

از نظر سوابق شخص بیمار است که دارای ۷ فرزند (سه دختر و چهار پسر) میباشد سابقه دفع انگل داشته و برای این عارضه معالجه شده است. در سن ده سالگی رگل شده ولی اخیراً دچار دیسمنوره شده است. سابقه تماس با سگ و گوسفند نیز داشته است.

تاریخچه بیماری فعلی

از سه سال پیش احساس میکند که در داخل شکم توده ای به اندازه یک پرتقال وجود دارد. این توده گاهی کمی دردناک بوده و مریض به اسهالهای متناوب مبتلا بوده است ولی از اسهال خونی، استفراغ و عدم سوء هاضمه و یا بی اشتهائی شکایتی نداشته است فقط در موقع اسهال کمی لاغر شده و ضمناً عارضه دیگری از طرف بیمار ذکر نمیشود. در معایناتی که از این مریض بعمل آمد:

سر، مو، گلو، چشم و دندانها طبیعی هستند فقط دوتا از دندانها کرم خوردگی دارد. از نقطه نظر اندامهای تحتانی و ذوقانی عارضه ای مشاهده نمیکرد و آدنوباتی نیز وجود ندارد.

از نظر معاینات شکمی:

در معاینه شکم بزرگ به نظر می رسد. در پالپاسیون: شکم نرم و در زیر انگشتان توده بزرگی حس میشود که در ناحیه اپیگاستر تا ناحیه باسن و از F.I.D. تا F.I.G ادامه دارد. این توده در لمس به صورت منقطع و کمی در جهت بالا به پائین متحرک است. طحال و کبد طبیعی به نظر میرسد.

در دق این توده مات بوده و هیچ گونه تمپانیسم وجود ندارد. به علاوه هیچگونه سیرکولاسیون کولاترال مشاهده نمیشود. از نظر قلبی و ریوی مریض طبیعی است. فشار

روده ای، یک نفر خونریزی داخل کیستیک و بزرگ شدن ناگهانی حجم شکم و دوفنر با علائم Compression مراجعه نموده اند.

در معاینه کلینیکی در لمس این کیستها گاهی قابل ارتجاع و نرم و گاهی سفت میباشد و معمولاً ممکن است تمام و یا قسمتی از حفره شکمی را فرا گرفته به نحوی که در لمس این توده داخل شکمی از بالا پائین متحرک بوده و حرکت آن در جهت عرضی کمتر محسوس است. ولی گاهی اتفاق می افتد که بعلت چسبندگی با اعضاء مجاور، این توده بکلی بی حرکت باشد.

در معاینه گاهی اوقات Fremissant Kystique شبیه فرمیسمان Hydatique بدست میخورد. در معاینات پاراکلینیکی ممکن است رادیوگرافی ساده شکم، تیرگی در ناحیه Peri-omblical را نشان دهد لکن بیشتر اوقات رادیوگرافی ساده شکم طبیعی است. رادیوگرافی روده کوچک و بزرگ با ماده حاجب امکان وجود علائم زیر را نشان میدهد:

- ۱- طبیعی و سالم بودن روده های بزرگ و کوچک.
 - ۲- به عقب یا کنار زدگی این روده ها در اثر فشار.
 - ۳- وجود هر توموری در جلو روده ها مبین این است که این تومور به اپیپلون بزرگ بستگی دارد.
- از نظر آزمایشگاهی و در فرمهای بدون عارضه آنورمالی مشاهده نمیشود مگر اینکه کیستها مربوط به هیداتیک باشد در آن صورت امکان مثبت بودن تستهای Casoni یا Weinberg وجود دارد. بطور کلی در بیشتر موارد تشخیص فرم آناتوموپاتولوژیک این کیستها فقط با لاپاراتومی و آسیب شناسی امکان پذیر است.

«تشخیص افتراقی»

از نظر افتراقی میتوان تشخیص های زیر را مطرح کرد:

- ۱- کیستهای تخمدان بخصوص موقعی که بیمار با علائم Torsion مراجعه کرده باشد ولی کیستهای تخمدان معمولاً پدیدکوله بوده و در T.V. توده واژینال در Petit Bassin بدست میخورد.
- ۲- کیستهای Ouraque که معمولاً Sous Peritoneal بوده و بین ناف و مثانه قرار گرفته اند.
- ۳- کیستهای مزانتیر که معمولاً بیشتر متحرک بوده و جهت آنها عرضی میباشد و اغلب با علائم Occlusif بروز میکند.
- ۴- بالاخره در مورد کیستهای بزرگ و Flaxe مسئله آسیب را بایستی در نظر داشت.

«معالجه»

معالجه کیستهای چادرینه بزرگ توسط عمل جراحی میباشد که معمولاً بایستی این کیستها را از بدن خارج کرد.

خلاصه

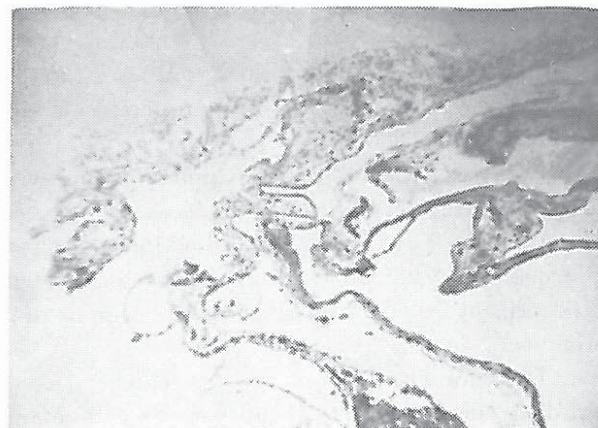
کیست‌های اپیمالون بزرگ بسیار نادر است و لنفاژیم‌های کیستیک اپیمالون تقریباً استثنائی میباشند. محتوی این کیست‌ها ممکن است Sereux یا Chyleux باشد. از نقطه نظر پاتولوژی، عمل جنین بیشتر مطرح و مورد قبول است و به نظر میرسد که این کیست‌ها از جدا شدن و رشد کردن یک کیسه لنفاطیک ابتدائی بوجود می‌آیند.

بیمار مورد بحث بعات بزرگ شدن تدریجی شکم از چند سال پیش توام با دردهای مبهم شکمی که اخیراً تشدید پیدا کرده، مراجعه کرده است.

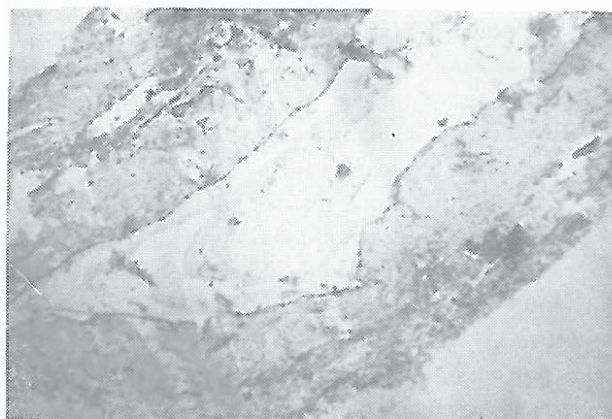
در لمس توده غیر مرتب و منقطع که تقریباً تمام شکم را فرا گرفته بدست می‌خورد. در T.V., T.R. نیز کیست‌هایی در Cul de sac های کناری و دوگلاس لمس می‌شود. معاینات پاراکلینیکی متعددی از بیمار بعمل آمد و در تشخیص‌های افتراقی کیست‌های مزانتریك و تخمدان و کیست هیداتیک، مطرح نبود.

انجام رادیوگرافیهای روده باریک و روده بزرگ بعات درد ناگهانی و شکمی - که ما را مجبور بعمل جراحی اورژانس نمود - امکان پذیر نشده در لاپاروتومی توده مذکور تقریباً تمام شکم را فرا گرفته و به آسانی اعضاء و احشاء مجاور جدا میشد. فقط در قسمت اپیمالون بزرگ چند لیگاتور انجام شده و توده En Bloc برداشته شد. محتوی این کیست ماده سفید رنگ زلالی بود و در بررسی داخل شکمی، تخمدانها و آپاندیس، کبد و طحال و سایر احشاء طبیعی بودند. آزمایش میکروسکوپی وجود لنفاژیم کیستیک را تأیید کرد.

بیمار در تاریخ ۵۳۹۹۱۴ بیمارستان را ترک کرد.



شکل شماره (۲)



شکل شماره (۳)

تشخیص

DX: Cystic Lymphangioma, giant size of great Omentum

تاریخ تشخیص ۵۳۹۹۱۰

در Post operative حال عمومی مریض بطور عادی ادامه می‌یابد. درن روز پنجم بعد از عمل برداشته شد. آزمایش

خون در تاریخ ۵۳۹۹۰۶ پس از عمل:

GB = ۴۷۶۰ با N = ۷۰٪ E = ۴٪
Lym = ۲۴ Mono = ۲٪ Hemo = ۱۴

مریض در تاریخ ۵۳۹۹۱۴ بیمارستان را ترک می‌کند.

RESUME

Tes kystes du grand Epiploon sont assez rares, et les lymphangiomes kystiques de grand epiploon assez exceptionnelles.

Le contenu de ces kystes lymphatiques peuvent etres soit sereux soit chyleux.

Au point de vue pathogenie, Ladd et Gross pensent que ces kystes proviennent de l'isolement et du developement d'un ou plusieurs kystes lymphatiques primitifs.

Dans l'observation que nous presentons, il s'agissait d'une femme agee de 41 ans mere de sept enfants. Forteuse d'une masse abdominale depuis plusieurs annees ayant des troubles dyspeptiques intermittents.

Cette masse augmentant de volumes presque tous les ans.

A l'examen clinique, a la palpation on sentait une masse enorme occupante presque la totalite de l'abdomen, etant un peu mobile dans le sens vertical. Le T.V. et le T.R. nous a fait sentir quelques masses kystiques dans les culs de sac.

Il n'existait aucune d'autre anomalie, ni au point de vue hdpatique ni ganglionnaires. Nous avons evou- que les diagnostics probables des kystes du mesentere, les kystes de l'ovaire, et les kystes hydatiques peritoneaux.

Nous avons demande le transit de l'intestine grele et le lavement baryte.

Mais le 3.9.53 la malade presentant une douleur vive abdominale surtout a gauche avec la contracture nous a oblige d'intervenir d'urgence sans avoir les investigations, radiologiques.

Les autres examens paracliniques ont ete normaux.

A l'interventions, nous sommes tombes sur une masse poly kystiques des grosseurs differentes, attaches les uns aux autres en forme de la patte d'araignee, et occupant presque la totalite de l'abdomen de l'epigastre au douglas, et lateralement tout l'abdomen.

Cette masse a ete, extirpee en bloc et sans difficulte, nous avons ete oblige de faire quelque ligatures sur son attachement au G.E. l'exploration du reste de l'abdomen a ete normale.

L'examen anatomo-pathologique a confirme qu'il s'agissait d'un lymphangiome kystique.

REFERENCES

- 1— Aness A. Bories, Azeau A. et Mimran—Les abdomens aigus d'origine epiploique—Montpellier chir. 1957, no 13, 88-89.
- 2— Asadov Gr.—Un kyste du grand epiploon—Akoucherstwo-Moscou-1961, no 1- 106-107.
- 3— Beahrs O.H. and Dockerty M.B.—Kystes epiploiques primaires d'importance clinique. Surg. Clin. North Amer. Aout 1950, 30, 1073-1079.
- 4— Beahrs O.H., Judd E. S., et Dockerty M. B.—Colloque sur la chirurgie abdominale: kystes chyleux de l'abdomen—S. Clin North America, aout 1950, 30, 1081-1096.
- 5— Chirurgie Memoire de l'academie de chirurgie Tome 101, 1975, no 1.
- 6— Chojnacki-Wojtkowski—kyste primitif du grand epiploon chez l'enfant. Polski Thygod-1969, 24, no 18, 686-687.
- 7— Daig E.—Les maladies de l'epiploon dans leurs rapports avec la mecanique de la vacite peritoneale—Langenbeck's Arch. Klin. Chir. 1963, 302, no 3-403-407.
- 8— Davy A.—Les lymphangiomes kystiques du grand epiploon—Ann. Chir. juin 1964, 18, no 11-12, 732-736.
- 9— Engels Theon clagell an Harisson—Chylous cysts of the abdomen Surg. Amer. 1961, 504, 593-599.
- 10— Ewing J.—Neoplastic Diseases: A treatise on tumors—W.B. Saunders edit. Philadelphie 1940.
- 11— Farrel W. and Grube—Intra-abd. Cyst lymph. Amer. Journal Surg. 1964, 108-790.
- 12— Fasske E. Deutsche med. Wochr 8 fev. 1963, 88 no 6-272-280.
- 13— Gephart H.R., Cherry J.—Lymph. de l'epip. se presentant comme une ascite—Amer. J. Serge. Juin 1968, 115, no 6-861-863.
- 14— Landon—2 cas de kystes lymphatiques primitifs du grand epiploon chez l'enfant—Polski Thygod-1969 24, no 9, 327-328.
- 15— Lasserre J.—Lymph. kystique du grand epiploon—Bordeaux chir. Oct. 1962, no 4, 166.
- 16— Lasserre-Pouyanne-Horton—Lymph. kystique que grand epiploon simulant une ascite hemorragique chez une fillette de 20 mois—Bordeaux chir. Janv. 1955, no 1- 42-44.
- 17— Lymphangiomas Omentum-cyst. Acta chir. Scand. 1974, 14 no 5 429.
- 18— Lymphangiome kystique du grand epiploon—A propos d'un cas de pseudo-ascitique chyleux.—Polyclinica dec. 1964-71 no 6-358-381.
- 19— Oliver G.A.—Le kyste epiploique: une cause rare de crise abdominal aigue,—Surgery, sept. 1964, 56, no 3, 588-593.
- 20— Popkoff—Un cas de lymphangiome kystique de l'epiploon, Khirourguia-Moscou-Janv. 1963, no 1, 78-79.
- 21— Singass Baboo and Pathak—Cystic. Lymph. in children report of 32 cases including lesions rare sites Surg. 1971-69-947.
- 22— Siurim H.S. and Kouhoukos—Intra Abd. cyst. lymph, presenting as a pancreatic pseudo-kyst. Amer. Journal of Surgery 1965-109-807.