

لنفانژیم روده باریک و انواژیناسیون

دکتر بیژن روستا * دکتر پرویز کشکولی *

نگریده است. در بیمارستان، آزمایشهای زیر انجام گرفت.

۱- رادیوگرافی ساده شکم و ریتین و کلسیتوگرافی و ترانزیت مری و دهده که تمام آنها طبیعی میباشند. در قسمت انتهای ژرونوم وایلثون، مخاط نامنظم است.

۲- آزمایش کامل خون که جز آنمی نورموسیترو نورموکرومیک مختصر با هموگلوبین ۷/۸ و هماتوکریت ۳۵/۷ و لکوسیتوز ۱۲۵۰۰، نکته غیر طبیعی دیگری قابل ذکر نیست.

۳- با آزمایش کامل ادرار، نتایج در حد طبیعی بودند.

در تاریخ ۵۴/۷/۱۳ در بیمار، علائم بالینی حاد شکم و پریتونیت مشاهده شد و در نتیجه لاپاراتومی گردید. در حین عمل مقداری خونابه در شکم وجود داشت و نمای خارجی احشاء شکمی پاک بود. در بررسی روده باریک، انواژیناسیون ژرونوم مشاهده گردید که یک سگمان ۶۰ سانتیمتری روده رزکسیون گردید. در موقع آناستوموز - در ناحیه دیستال روده برداشته شده - یک توده پولیپی شبیه برگ به ابعاد ۴/۳/۱ سانتیمتر دیده شد که در محل بایه آن رزکسیون گردید.

در بررسی پاتولوژیک سگمان روده باریک، علائم نکروز همراه با خونریزی در یک طول ۲۰ سانتیمتری روده دیده شد که مخاط صاف و در وسط این ناحیه زخمی وجود داشت. جدار روده نازک و بنفش رنگ و قوام نرم بود و روده در دواتها طبیعی بنظر رسید. پولیپ که بطور جداگانه بررسی شد نمای برگ داشته، ابعاد آن ۴/۳/۱ سانتیمتر و قطر پایه آن حدود یک سانتیمتر و سطح مخاطی آن چین دار و منظم بود (شکل ۱). در برش نسج سفید رنگ با قوام نرم و کانونهای لانه زنبوری جلب نظر مینمود.

در بررسی میکروسکوپی مخاط پولیپ منظم و در زیر آن کانالهای لنفاوی پرولیفرة و متسع وجود داشت.

سلولهای آندوتلیال این مجاری منظم و درمجرای بعضی از آنها لنف مشاهده شد (شکل ۲).

مجاری لنفاوی تومورال در چند ناحیه به مخاط نفوذ

لنفانژیم تومور نسبتاً کمیاب بوده و بیشتر در موقعیت زیر جلدی و یا در لای نسج گردن و در زبان یافت میشود. جایگزینی در روده باریک نادر و نسبت آن بین تومورهای خوش-خیم روده حدود ۲ درصد میباشد.

طبیعی است که لنفانژیم را باید بعنوان نئوپلازی خوش خیم و موضعی عروق لنفاوی تلقی نمود و تشخیص افتراقی آن را با لنفانژ-کتازی منتشر روده باریک در نظر گرفت. در مورد پاتوژنی لنفانژیم اختلاف نظر وجود دارد. برخی از مؤلفین معتقدند که هیپرپلازی عروق لنفاوی را باید بعنوان یک ضایعه مادرزادی تلقی نمود که در مرحله ای از زندگی، بصورت تومور کاذب خودنمایی مینماید.

جمعی دیگر را عقیده بر آن است که لنفانژیم نئوپلاسم واقعی با خواص سایر تومورهای خوش خیم میباشد. لنفانژیم مانند بسیاری از تومورهای خوش خیم روده باریک میتواند بدون علائم بالینی بوده و فقط در هنگام کالبد شکافی و یا اعمال جراحی تشخیص داده شود و یا در مواردی با زخم سطحی و خونریزی و انسداد و یا ولوولوس و یا انواژیناسیون خودنمایی نماید. بنابراین در صورت تشخیص ضایعه عمل جراحی و برداشتن تومور بعنوان تنها راه درمان و جلوگیری از عواقب این تومور توصیه میگردد.

در این مقاله یک مورد لنفانژیم روده باریک نزد مردی ۳۰ ساله همراه با انواژیناسیون روده معرفی و مطرح میگردد.

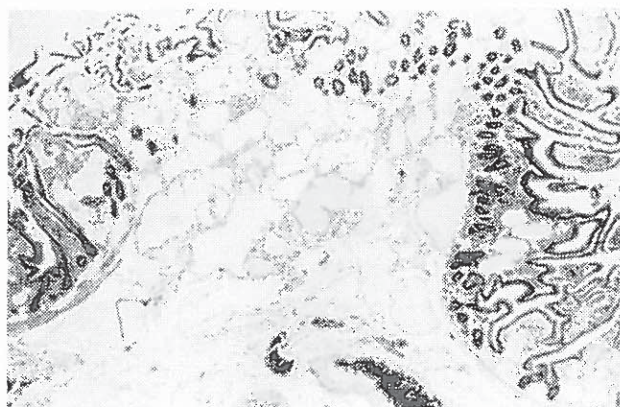
معرفی بیمار

آقای ع. ن. جوانی است ۳۰ ساله که در تاریخ ۵۴/۶/۱۹ با علائم بالینی درد شدید شکم در ناحیه هیپو گاستر همراه با تهوع و استفراغ و ملنا و حالت Subocclusion به بیمارستان جرجانی مراجعت مینماید.

بیمار مدت ۴ سال است که درد شکم داشته که گاه با تهوع و استفراغ همراه بوده است.

علائم بالینی او ۴ ماه قبل شدت یافته و با وجود مراجعات زیاد به کلینیکهای مختلف و درمانهای متفاوت، بهبودی حاصل

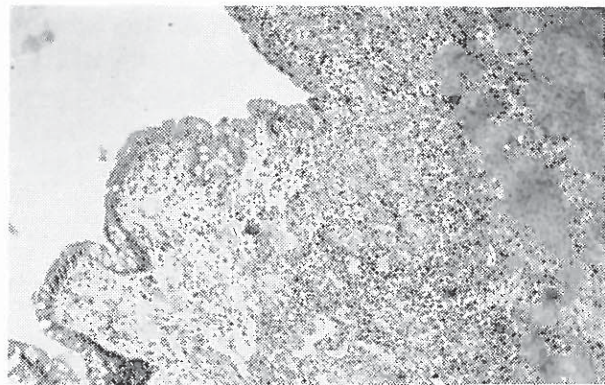
نموده و لابلای ویلوزیته‌ها و کریپتها وجود داشت (شکل ۳).



شکل (۳) - (PAS - 40X) نفوذ عروق لنفاوی تومورال به مخاط در این عکس نشان داده شده است.

زخم واضح مشاهده نشد و از طرف دیگر در زیر لایه Muscularis mucosa و در بین الیاف ماهیچه‌ای صاف‌دار نیز عروق لنفاوی تومورال یافت می‌شد. در لابلای کانالهای غاری شکل لنفاوی مقدار کمی بافت همبند و تعدادی سلول التهابی لنفوپلاسموسی وجود داشت.

در برشهای تهیه شده از قسمت انفارکته روده، زخم و خونریزی و بافت گرانولاسیون جوان دیده شد (شکل ۴). دو انتهای نمونه بررسی شده بدون ضایعه بوده بدخیمی در هیچیک از لامها مشاهده نگردید.

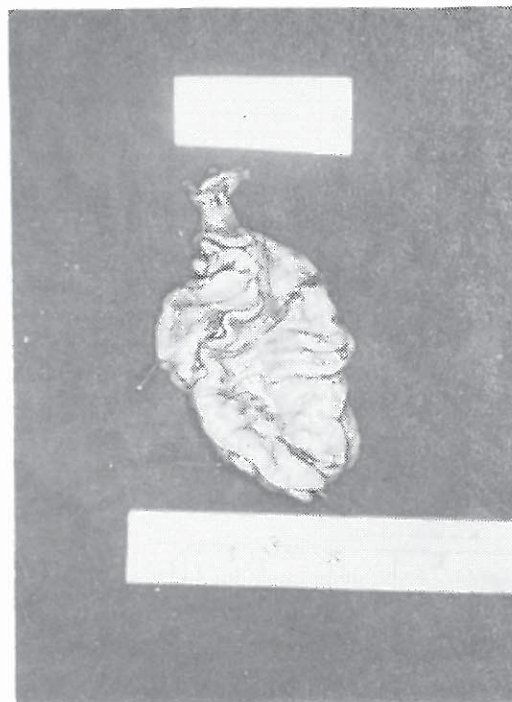


شکل (۴) - (HE - IOX) التهاب و زخم مخاط روده در ناحیه انواژیناسیون و انفارکتومی روده.

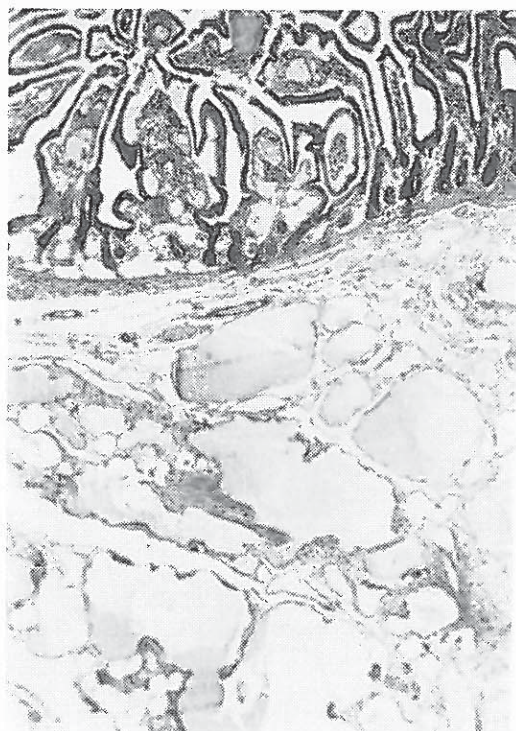
مرحله بعد از عمل بیمار بدون عارضه و اختلال سپری گردید و بیمار بعد از ۱۵ روز بدون ناراحتی مرخص گردید.

((بحث))

تومورهای خوش خیم روده باریک بین ۳۵ تا ۵۰ درصد کل تومورهای این ناحیه را تشکیل می‌دهند و عبارتند از گروه تومورهای اپی‌تلیال و گروه تومورهای کاذب.



شکل (۱) - نمای ماکروسکوپی توده تومورال بانمای پولیپی.



شکل (۲) - (PAS - 40X) نمای میکروسکوپی تومور، در قسمت بالای عکس مخاط سالم ژروئوم مشاهده می‌شود. در زیر لایه Muscularis-Mucosa نمای غاری شکل مجاری لنفاوی تومورال دیده می‌شود.

نادر علاوه بر تومورهای روده باریک در زیر پوست و یا سایر احشاء نیز لیپومهای متعدد یافت می‌گردد .

لیپومیوم بین تومورهای غیر اپی تلیال روده باریک شایع - ترین نوع آن می‌باشد و علائم بالینی آن مانند سایر تومورهای روده باریک انسداد و لولوس و انواژیناسیون و زخم و خونریزی می‌باشد .

همانژیم‌های روده باریک بصورت غاری و یا مویری و همانژیوپیری سیتم دیده می‌شود و این بار برخلاف سایر تومورهای خوش خیم غیر اپی تلیال خونریزی جزئی علائم اولیه بیماری است .

لنفانژیم - برای معرفی این تومور، از اصطلاحات مترادف مانند شیلانژیم و یا شیلانژکتازی بندرت استفاده می‌شود . این تومور از رشد و تکثیر تومورال مجاری لنفاوی تشکیل شده است و تومور نادر روده باریک می‌باشد .

لنفانژیم در روده باریک شیوع بیشتری از روده بزرگ دارد . بیشتر این تومورها بدون علائم بالینی می‌باشند و بطور اتفاقی در حین اعمال جراحی بر روی روده و یا در موقع اتوپسی کشف می‌شوند .

از نظر بالینی در بعضی از موارد سبب ولولوس و یا - انواژیناسیون می‌گردند .

لنفانژیم تومور خوش خیم و محدود برنگ خاکستری زرد می‌باشد که در زیر مخاط و یا در سطح سروزی روده یافت می‌شود و در بعضی از موارد نمای کیستی دارد که علت آن اتساع زیاد تعدادی از مجاری است . در لمس تومور نرم و بندرت ممکن است سفت باشد . اندازه تومور متفاوت و از چند میلیمتر تا چند سانتیمتر است . سطح یرش تومور نمای لانه زنبوری داشته در آن مایع شفاف سفید رنگ یافت می‌شود .

در بررسی میکروسکوپی تومور از مجاری لنفاوی تشکیل شده است و در لایای عروق نئوپلازیک نسج همبند یافت می‌شود . سلولهای آندوتلیال عروق لنفاوی یک طبقه و منظم هستند . همانطور که قبلاً ذکر گردید از نظر پاتولوژی تشخیص افتراقی لنفانژیم - بعنوان یک تومور خوش خیم - با لنفانژکتازی - بعنوان اتساع مجاری لنفاوی - در بعضی از موارد مشکل می‌باشد ، بویژه در - مواردیکه لنفانژکتازی موضعی بوده با التهاب همراه باشد . لازم به تذکر است که تبدیل لنفانژیم به تومور بدخیم لنفانژیوسارکم بخصوص در سطح روده ، نادر است .

پ - دسته تومورهای کاذب روده باریک :

این دسته شامل لنفومهای کاذب و کیست اپی تلیال و کیست مزوتلیال می‌باشد که چه از نظر بالینی و چه از نظر رادیولوژی مانند تومورها خود نمائی میکنند و فقط در بررسی پاتولوژیک میتوان طبیعت این دسته از ضایعات غیر نئوپلاستیک را مشخص نمود .

آ - تومورهای اپی تلیال آدنومهای روده باریک ، حدود $\frac{1}{3}$ تمام تومورهای خوش خیم روده باریک را تشکیل می‌دهند . این تومورها شایع ترین تومورهای ناحیه دئودنوم هستند . علائم بالینی آدنومهای ناحیه دئودنال با تومورهای خوش - خیم سایر قسمت‌های روده باریک متفاوت می‌باشد انواژیناسیون که معمولاً از عواقب تومورهای ژنوم وایلئون است بندرت در دئودنوم پیش می‌آید و علت آن به احتمال زیاد وجود لیگمانها و ثابت بودن قسمت اول روده می‌باشد . آدنومهای روده باریک معمولاً از خود علائم بالینی زیادی نشان نمی‌دهند و فقط زخم سطح آن و خونریزی است که وجود ضایعه را برملا می‌سازد .

بطور کلی منشاء تومورهای اپی تلیال خوش خیم روده باریک عبارتست از :

- ۱- سلولهای اپی تلیال پوشش مخاطی .
- ۲- غدد زیر مخاطی بخصوص غدد برنر Brunner
- ۳- نسج هتروتیپیک مانند پانکراس اکتوپیک و هماتوم
- ۴- بقایای جنینی نسج مختلف در جدار روده بخصوص دیورتیکول میکل Meckel
- ۵- تومورهای کارسینوئید روده باریک .

آدنومهای روده باریک غالباً بصورت تومور تنها یافت می‌گردند ولی در بعضی از موارد ضایعه بصورت آدنوماتوز و تومورهای متعدد در تمام قسمت‌های روده یافت می‌گردد . نمونه کلاسیک آدنوماتوز روده باریک سندرم Peutz - Jeghers می‌باشد که در آن آدنوماتوز منتشر و متعدد معده و روده همراه با پیگمانتاسیون قهوه‌ای ، سیاه بر روی مخاط لب تحتانی و مخاط دهان می‌باشد .

تومور کارسینوئید روده باریک دارای خواص و مشخصات مخصوص بخود است و بحث آن زیاد و از عنوان مورد مطالعه خارج می‌باشد .

ب - تومورهای غیر اپی تلیال : این تومورها نادر بوده و حدود ۷٪ تومورهای خوش خیم روده باریک را تشکیل می‌دهند . این گروه از فیروم و لیومیوم و نوروفیروم و همانژیم و لنفانژیم تشکیل شده است . فیروم روده باریک معمولاً در ناحیه زیر مخاطی و یا زیر سروز پدیدار می‌شود .

این دسته از تومورها غالباً خالص نبوده و در آن کانونهای هیالینوز و کالسیفیکاسیون و نسج ماهیچه‌ای صاف مشاهده می‌شود . فیبرومهای روده باریک میتوانند متعدد باشند و در مزانترویدار ناحیه رتروپریتنال نیز مشاهده گردند . لیپوم روده باریک در ایلئون شایع تر است و غالباً بدون سمپتوم بوده و در کالبد شکافها بطور اتفاقی یافت می‌شود و یا در بعضی موارد نزد بیماران تولید خونریزی مزمن و آنمی و یا تولید انسداد و یا انواژیناسیون مینماید . لیپوم میتواند تنها و یا بطور متعدد یا لیپوماتوز باشد و در موارد

Resumé

Nous présentons le cas d'un jeune homme de 25 ans qui s'est présenté à notre service avec le symptomatologie de l'abdomen aigue. Les investigations préopératoire ne montrent pas l'étiologie de son état.

A. laparotomie on trouve une tumeur polypeuse (Lymphangiome) de la muqueuse jéjunale causant l'invagination et la nécrose de la paroi intestinale.

Bibliographie

- 1— Ackerman L.V. cavernous hemangiomata of small and large bowel. Cancer 30-1948.
- 2— Ackerman, surgical pathology. The C.V. Mosby company.
- 3— Bangle R. and Becker, E.B. Giant hypertrophy of the jejunal circular rugae associated with recurrent intussusception. Am. J. Path. 30-1954.
- 4— David A. Wood. Tumors of the intestines. Armed forces institute of pathology.
- 5— B. Rosta, ch. Garin, G. Lanitis et F. Saegesser Tumeurs de L'intestin grêle, Revue anatomoclinique Helv. Chir. Acta 42-579-582 (1975).