

مزوتلیومای اولیه پریکارد و معرفی یک مورد آن

دکتر صدیقه کیهانی * دکتر ها کوپ پاپازیان * دکتر رضا سلطانی نسب **

خلاصه ای راجع به تومورهای اولیه پریکارد :

تومورهای خوش خیم پریکارد شامل : کیست های ساده ،
لنفانژیوم ، آنژیوم و لیپوم و تومورهای بدخیم آن شامل
مزوتلیوم و آنژیوسارکوم میباشد (جدول شماره ۱) .

جدول شماره (۱) : تومورهای اولیه قلب و پریکارد

خوش خیم	بدخیم
کیست ساده - لنفانژیوم آنژیوم - لیپوم پریکارد	مزوتلیوم آنژیوسارکوم
رابدومیوم - فیبرم - لیپوم میوکارد	رابدومیوسارکوم - آنژیوسارکوم فیبروسارکوم - میکروسارکوم
میکزوم - تومورهای پاپیلروکیست های خونی دریچه ای آندوکارد	
مزوتلیوم - ندول کیست ایی تلیال و تراتوم هتروتوپی های داخل قلب	تراتوم

* بخش پاتولوژی مرکز پزشکی سعادت آباد .

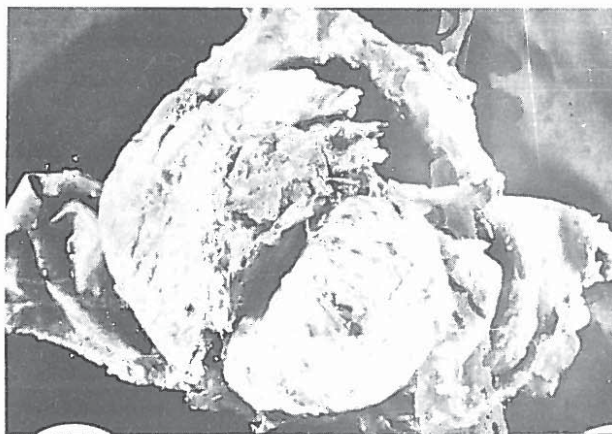
** استاد گروه پاتولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه ملی ایران .

در E.C.G. نشانگان پریکاردیت کنسروکتیو مشاهده میگردد .
سیتولوژی مایع پریکارد ، از نظر سلول تومورال ، معمولا "
اطلاعات ناچیزی میدهد .

در صورت امکان با مطالعه فضای داخل پریکارد توده
Intrapericardial همراه ضخیم شدن پریکارد
و با عدم دخول هوادر قسمتی از فضای داخل پریکارد ملاحظه
میگردد .

در آنژیوگرافی ممکن است ضایعات تنگ شدگی ، در سیستم
وریدی و یا شریان ریوی نشان داده شود .

در کلیه مواردی که تشخیص در زمان حیات بیمار داده
شود جراحی تجسس و بیوپسی برای تشخیص قطعی ضروری است .
ماکروسکوپی : تومور ممکن است لکالیزه و خوش خیم بصورت
پلاکهای فیبرو ، بدون نشانگان انوازیون باشد و یا کاملا "
بزرگ و فضاگیر و تا قطر ۲۵ سانتیمتر برسد ، ولی نوع بدخیم
(۷۵٪) موارد شایعتر است (۱) . در اغلب موارد جراحی و
یا کالبدگشائی ، قلب توسط تومور احاطه شده و پریکارد شدیداً "
ضخیم است و اغلب به میوکارد چسبیده است . میوکارد
غالباً "گرفتار ولی آندوکارد معمولا "آزاد است . دهلیز راست
ممکن است مستقیماً " و یا از طریق سینوس اکلیلی گرفتار شود ،
همچنین امکان دارد تومور شرایین کرونر را مسدود سازد و علائم
انفارکتوس میوکارد بوجود آورد . گاهی نشانگان تامپوناد حاد
قلب دیده میشود اغلب تومور بطور محلی در هر دو طرف تراکس
و مدیاستن منتشر میشود و متاستازهای خارج قفسه صدی نادر
است (شکل شماره (۱)) .



شکل شماره (۱) : سطح مقطع تومور داخل پریکارد شامل
مناطق منراکم ، رهمینطور مناطق نکروزه و هموراژیک میباشد .

غیر از میکروم دهلیز چپ سایر تومورهای اولیه قلب خیلی
نادرند .

کیستهای ساده اغلب یک حفره ای ، محتوی مایع روشن
و مفروش از یک ردیف سلول مزوتلیال می باشند ، بزرگترین
کیستی که گزارش شده 37×25 cm بوده است .

اغلب آنها علامتی ندارند و در پرتونگاری پیدا میشوند
و بندرت با محوطه پریکاردیال ارتباط پیدا میکنند ، بدخیمی
در آنها دیده نشده است و گاهی لنفانژیومها نیز همین منظره
را دارند .

آنژیومهای پریکارد نیز گزارش شده که در دو مورد موجب
خونریزی و تامپوناد شده است . نسوج هتروتوپیک حفره پریکارد
بصورت قسمتهای متراکم و کیستیک که گاهی به عروق بزرگ نیز
مربوط است دیده میشوند . نسج تیروئید و تیموس گاه بصورت
هتروتوپیک در پریکارد دیده شده است .

بعلاوه در مورد فتوکروموسیتوم و لیپوم پریکارد نیز
گزارشهایی وجود دارد .

مزوتلیومای پریکارد :

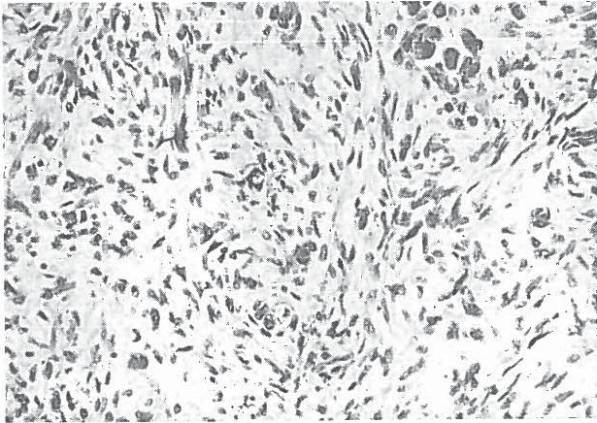
$\frac{1}{40}$ مزوتلیومای پلور میباشد و همهگیری آن یک در ۴۰
میلیون نفر در سال گزارش میشود و حدود نصف تومورهای
پریکارد را تشکیل میدهد (۳) .

نشانگان بیماری بصورت دردهای قفسه صدی و سرفه
خشک و علائم نارسائی قلب ظاهر میشود ، وریدهای گردنی
اغلب محتقن و صداهای قلب اغلب ضعیف میباشند و فروتمان
پریکارد شنیده میشود .

بطور کلی نشانگان بیماری بصورت پریکاردیت کنسروکتیو
و یا هموراژیک میباشد و گاه با انفارکتوس میوکارد اشتباه میشود .
در یک مورد مزوتلیومای پریکارد با کاردیت رماتیسمال و تنگی
میترال همراه بوده است (۴) .

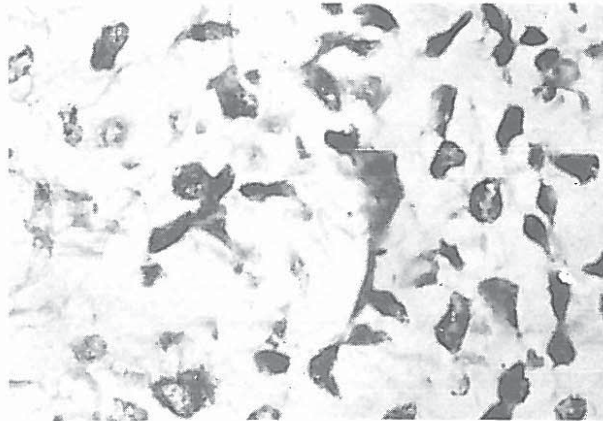
آریتمی شایع نیست ولی بلوک قلبی در گرفتاری
Cardiac Conduction system دیده میشود .
در رادیوگرافی قفسه صدی بیشتر تومورهای شایع مدیاستن
قدامی مطرح میشود ولی تصویر مربوط به مزوتلیومای پریکارد
پائین تر قرار میگیرد . Cardiac Constriction
با سونداژ مشخص میشود .

میکروسکپی: مانند مزوتلیوما ی پلور ریه سه شکل اپی تلیال و فیبری و یا مخلوط این دو دیده میشود . رنگ آمیزی ویژه سلولها برای نشان دادن موکوپلی ساکارید در تشخیص اهمیت زیادی دارد (شکل های شماره ۲، ۳، ۴ و ۵).



شکل شماره (۳): در بعضی مناطق سلولهای با هسته های اپی تلیال در کنار سلولهای دوکی شکل قرار دارند . (x200)

شکل شماره (۲): در بعضی مناطق تومور منحصرا "از سلولهای بانمای دوکی شکل تشکیل شده است . (x80)



شکل شماره (۵): در ریزینی ، مناطق وسیع نکروزه دارای سلولهای التهابی از نوع تک هسته ای مشاهده میشود . (x80)

شکل شماره (۴): در بعضی قسمتها ، تومور منحصرا " از سلولهای اپی تلیال درشت تشکیل شده است (x800)

برخلاف مزوتلیومای پلور و صفاق که گفته میشود ارتباط زیادی با Asbestosis دارد در مورد مزوتلیومای پریکارد چنین رابطه ای ذکر نمیشود (۱ و ۵) .
درمان اختصاصی برای این ضایعه وجود ندارد و ۶۰ درصد بیماران در مدت ۶ ماه میمیرند . درمان با اشعه ممکن است بطور موقت نشانگان را کاهش دهد . بنظر عده ای در مورد تومورهای قلب (۶) جراحی در مراحل اولیه ضروری میباشد .

معرفی بیمار

شرح حال بالینی - بیمار خانم "فاطمه - ه . " چهل ساله در تاریخ ۵۶/۱۰/۲۹ با تنگی نفس ، درد قفسه صدری تپش قلب و ادم پاها ، که از ۴ ماه قبل شروع شده و همچنین سرفه خشک ، تب نامشخص ، لاغری شدید مراجعه کرده و به درمان نارسائی قلب جواب نداده است . پیونکسیون مایع پریکارد همورازیک بود ، پریکاردکتومی و بیوپسی پریکارد شد که نتیجه پاتولوژی آن Chribuc Fibrous Peri- carditis گزارش گردید .
نبض ۱۲۰ ، فشارخون $\frac{90}{55}$ mmhg ، هموگلوبین ۱۰ ، هماتوکریت ۳۳ و WBC ۱۷۴۰۰ و سدیمانتاسیون ساعت اول ۱۰۶ بود .

Baso. = 0
Cos. = 1
Stab. = 0
Seg. = 78
Lym. = 20

فشار وریدی بطور غیرعادی بالا و وریدهای گردنی شدیداً "محتقن" بود . درسمع قلب صداهای قلب کروفر و تمان پریکارد شنیده میشد ، کشت خون و مایع پریکارد همیشه منفی بود . در رادیوگرافی قفسه صدری نشانگان پلورزی دو طرفی در قاعده ریهها و بزرگی واضح قلب و اتساع گلوبال آن مشاهده گردید .
بالاخره بیمار با تابلوی نارسائی قلب در تاریخ

۵۶/۱۱/۲۸ فوت شد .

گزارش کالبدگشائی : مهمترین نکته ای که در کالبدگشائی بیمار دیده شد ، مربوط به حفره پریکارد و قلب بود . سطح خارجی پریکارد جداری صاف و صورتی رنگ و سطح داخلی آن کاملاً "ناصاف و پوشیده از ترشحات سروفیبرین بود و ضخامت آن در بعضی نقاط به 0.5 cm میرسید .
حفره پریکارد دارای یک توده بزرگ سفید مایل به زرد ، با قوام سفت بزرگتر از حجم خود قلب بود . سطح این تومور از یک کپسول فیبری (ورقه پریکارد) مفروش شده و در مقطع مناطق خاکستری مایل به سفید و زرد با قوام میکسوئید دیده میشد که در بعضی نقاط کیستیک بود . پریکارد احشائی نیز ضخیم و فیبروزه بچشم میآمد .

لتهای دریچه میترا ل ضخیم و اسکلروزه و سطح یکی از لتها زخمی و خشن بود . طنابهای تاندونی نیز فیبروزه و کوتاه شده بودند ، دهلیز چپ متسع و دارای یک توده با سطح صاف و نرم و زرد مایل به سفید به قطر ۳ تا ۴ سانتیمتر چسبیده به جدار بود که نمای یک میکروم دهلیزی را نشان میداد .
توده نامبرده در مجاورت اتصال تومور حفره پریکارد به قلب قرار داشت بقیه قسمتهای قلب و سایر اعضا نکتہ قابل توجهی نداشتند .

در ریزبینی مقاطع تهیه شده از تومور حفره پریکارد ، یک نئوپلاسم با آتی پی و میتوز متوسط متشکل از سلولهای کشیده با هسته دوکی شکل - که جابجا شکافهایی با پوشش مزوتلیالی داشت - دیده شد . تومور در بعضی نقاط نمای اپی تلیالی و میکروئید نشان میداد و مقاطع تهیه شده از تومور داخل دهلیز نمای یک میکروم را محسم میکرد .

در کوپهای تهیه شده از پریکارد علائم Chronic Fibrous Pericarditis و در نقاط تهیه شده آن دو کاردو میوکارد در آکسیون التهابی مزمن و فیبروز بدون نمای واضحی از ندول آشوف مشاهده گردید .

باتوجه به نکات فوق هیستولوژی تومور داخل پریکارد مزوتلیومای پریکارد و تومور داخل دهلیز میکروم گزارش گردید .

SUMMARY

We have studied a case of intractable congestive heart failure who died and her autopsy revealed a pericardial mesothelioma and left atrial myxoma. The mesothelioma was huge; much larger than the heart. Histological examination of the mesothelioma showed a mixed fibro-epithelial pattern, with areas of myxoid changes. Since it is a rare tumor we have reviewed the literature on the pericardial tumors and have outlined the characteristics of pericardial mesothelioma.

REFERENCES

1. Furman Richard MD. (3)
Chest. Vol. 63, No 4, April 1973.
Right Ventricular Mesothelioma with Pulmonary Obstruction.
2. McDonald, A.D. (2)
Cancer Oct. 1970.
Epidemiology of Primary Malignant Mesothelial Tumors in Canada.
3. Mynug Soo Shin, MD. (4)
Arch Intern Med. - Vol. 137 Fed. 1977.
Pericardial Mesothelioma Masquerading as Rheumatic Heart Disease.
4. Miscla Vincent F. MD. (5).
JAMA. March 31 1973 Vol 231, No 13.
Primary Pericardial Tumor.
5. Pomerance Ariella, MD., MRCPath. (1).
The Pathology of The Heart. 1975
6. Sytman, Alexander L. MD. (6).
American Heart Journal June 1971 Vol. 81 No. 6 PP 760-769.
Primary Pericardial Mesothelioma: Report two cases and review of the literature.