پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی
سال ۲۰، شماره ۴، صفحه ۸۶ (دی - اسفند ۱۳۷۵)

یک مورد هیگروم کیستیک میان سینه

دکتر میرمحمود سیداحدی* و دکتر سید مهدی شوشتریان**

خلاصه

لنفانژیوم تومور مادرزادی بافت لنفاوی است که هنگام تولد و در بیش از ۹۰ درصد موارد تا پایان سال دوم زندگی تظاهر می‌کند. خاستگاه این تومور اغلب در گردن بوده، می‌تواند به مدیاستن گسترش یابد، ولی لنفانژیوم مدیاستن منفرد به ندرت دیده می‌شود (۱-۳). در این نوشتار هیگروم کیستیک (Cystic hygroma) مدیاستن قدامی در کودک ۲۲ ماهه‌ای گزارش می‌شود که در بیمارستان کودکان مفید تحت عمل جراحی قرار گرفت.

معرفی بیمار

فاطمه . . .، شیرخوار ۲۲ ماهه به علت تند شدن تنفس به دنبال عفونت دستگاه تنفسی فوقانی در بخش اطفال مرکز پزشکی آیت‌ا. . . طالقانی بستری شد. حال عمومی بیمار بسیار خوب بود که به طور طبیعی در بیمارستان متولد شده بود و تا زمان بستری شدن مشکل خاصی نداشت. در معاینه، تاکی‌پنه ۵۰ در دقیقه و لرزش پره‌های بینی و کاهش مختصر صداهای تنفسی از علائم بیماری بود.

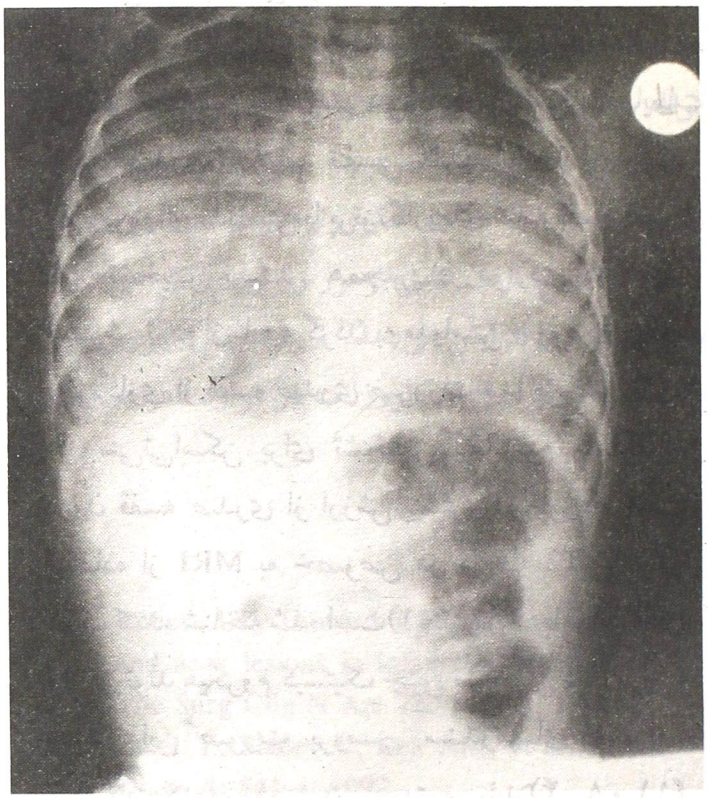
در پرتونگاری از قفسه صدری کدورت منتشر در ریه‌ها- از قاعده تا قله ریه - مشاهده می‌شد که بررسی دقیق اندازه و سایه قلب و مدیاستن مشکل بود (شکل ۱). فرمول شمارش گویچه‌ای طبیعی بود. در تجزیه گازهای خون هیپوکسی خفیفی وجود داشت. یک فضای تیره وسیع در اطراف قلب که روی بطن راست فشار می‌آورد در اکوکاردیوگرافی گزارش می‌شود. پونکسیون پریکارد کمکی نمی‌کند. اسکن کامپیوتری قفسه صدری، توده‌های کیستیک را نشان می‌دهد که در مدیاستن قدامی و میانی به فضای سینه گسترش یافته است (شکل ۲).

بیمار با احتمال لنفانژیوم تحت عمل جراحی توراکوتومی راست قرار می‌گیرد. هنگام عمل توده کیستیک روی پریکارد قرار داشت که از طرفین به داخل توراکس پیشروی می‌کرد؛ به طوری که، ریه‌ها به قسمت خلفی قفسه صدری رانده می‌شد.

چسبندگی توده از پریکارد آزاد و عصب فرنیک حفظ و کیستها از ریه‌ها، پلور و دیافراگم تشریح شده، به طور

* دانشیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
** استاد دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-09-08]

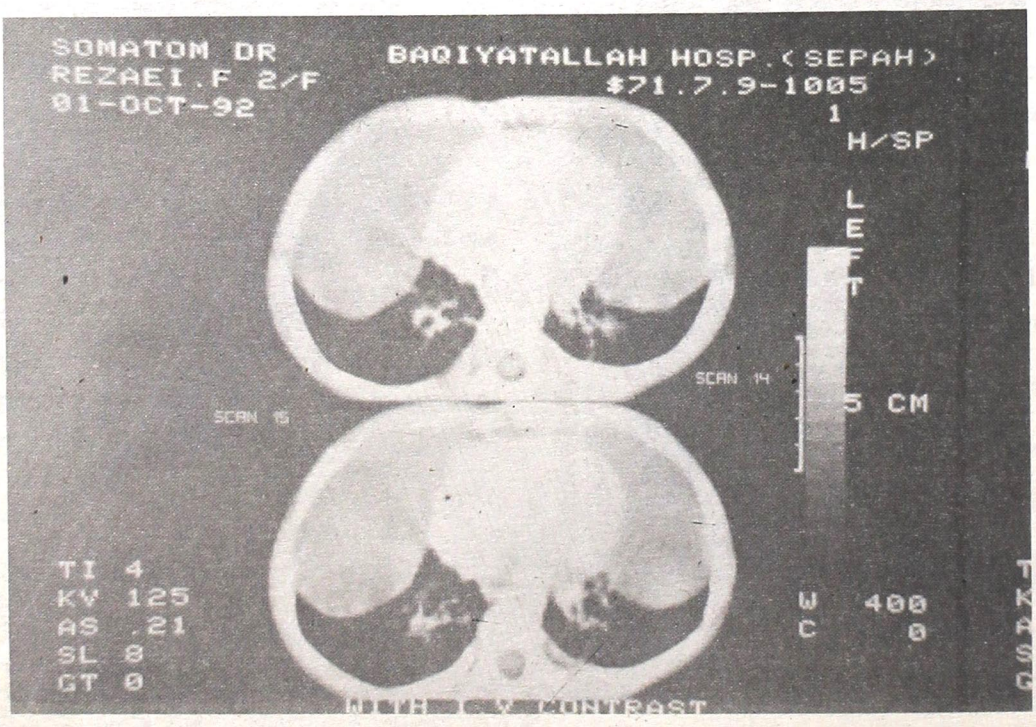


شکل ۱

کامل خارج می‌شود. اندازه تومور ۵×۶×۱۳ با قوام کیستیک بود که به وسیله لایه‌هایی از سلولهای مکعبی متورم پوشیده شده، حاوی مراکز متعدد بافت گرانولاسیون و ارتشاح لنفوپلاسموسیتیک در استرومًا بودند، که این مشخصات با لنفانژیوم مدیاستن مطابقت داشت. چهار سال پس از انجام عمل جراحی که بیمار مرتب تحت نظر بود، پرتونگاریهای قفسه صدری طبیعی هستند و شواهدی از عود عارضه نیز دیده نمی‌شود (شکل ۳).

بحث

به طور کلی لنفانژیومها که به شکل رایج هیگروم کیستیک خوانده می‌شوند، توده‌های نرم، بدون درد و انعطاف‌پذیر هستند که به صورت نواحی دیلاتاسیون موضعی لنفاتیک ظاهر می‌شوند. عروق لنفاتیک در بافت جنینی به صورت فضاهایی ظاهر می‌شوند که پس از بهم



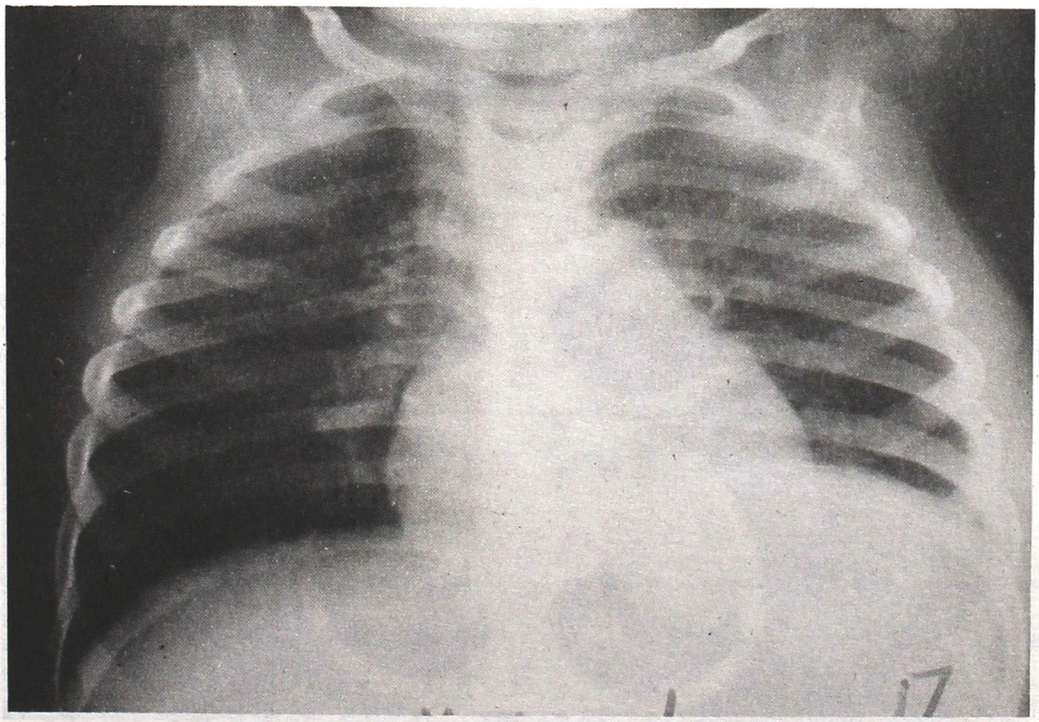
شکل ۲

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-09-08]

پیوستن و منظم شدن کانالهای مجزایی را تشکیل می‌دهند که به سیستم سیاهرگی تخلیه می‌شوند. در این مسیر تکاملی اگر در اتصال به بقیه سیستم لنفاتیک به طور موضعی اختلالی روی دهد، این فضاها به بزرگ شدن ادامه می‌دهند و توده‌ای نرم با رشد سریع به نام هیگروم کیستیک تشکیل می‌دهند. لنفانژیوم اغلب در گردن مشاهده می‌شود و کمتر از ۳۰ درصد موارد به مدیاستن فوقانی گسترش می‌یابد (۱-۳). هیگروم کیستیک منحصر به مدیاستن فوق‌العاده نادر است (۱ و ۳-۵). به طوری که در یک مطالعه گذشته نگر از بین ۱۹۳ مورد انواع هیگروم کیستیک تنها در ۱/۶ درصد مورد هیگروم کیستیک منفرد مدیاستن گزارش شده است. و همچنین طبق گزارش سامنر (Sumner) و همکاران ۲۴ مورد از هیگروم کیستیک مدیاستن از مجلات جمع‌آوری شده است (۵). هیگروم کیستیک مدیاستن اغلب بدون علامت است و به دنبال عفونت تنفسی فوقانی بیمار دچار دیسترس تنفسی می‌شود (۶)؛ حدود ۶۰ درصد موارد قبل از یک سالگی و ۹۰ درصد موارد در پایان سال دوم زندگی تظاهر می‌کنند و در ۲۵ درصد موارد ضایعات قفسه صدری علائم تنفسی شدید ایجاد می‌کنند. لنفانژیومهای مدیاستن با پرتونگاریهای ساده قفسه صدری قابل تشخیص نیستند. همچنین در مواردی که احتمال گسترش توده از ناحیه گردن به مدیاستن وجود دارد انجام پرتونگاری از قفسه صدری ضرورت پیدا می‌کند.

سی‌تی‌اسکن برای تشخیص لنفانژیوم مدیاستن و درون قفسه صدری از ارزش بیشتری برخوردار است. استفاده از MRI به خصوص در مرحله T2 نیز بسیار کمک کننده شناخته شده است(۱، ۲ و ۹). با فراآوانگاری قبل از تولد هیگروم کیستیک جنین تشخیص داده می‌شود که در این صورت بررسی سندرمهای همراه و اختلالات کروموزومی ضرورت می‌یابد (۴، ۸ و ۱۱).

درمان اساسی، خارج کردن کامل تومور با عمل



شکل ۳

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-09-08]

جراحی است. در مورد زمان عمل جراحی بیماران بدون علامت اختلاف نظر وجود دارد. بعضی‌ها بیمار را در کوتاه مدت زیر نظر می‌گیرند چون درصد کمی از موارد -۶ درصد - بهبودی خود به خودی ضایعه دیده شده است (۱۰). دست اندازی تومور به اعضای حیاتی معمولا" خارج کردن کامل تومور را غیر ممکن می‌سازد و میزان عود را افزایش می‌دهد. از درمانهای غیرجراحی مانند استفاده از مواد اسکلروزانت در موارد نادر استفاده می‌شود. از اسکلروتراپی با دکستروز ۵۰ درصد و OK- 432 در بعضی موارد هیگروم کیستیک گردن گزارش شده است، ولی در درمان کیستیک هیگرومای مدیاستن گزارش نشده است(۱). درمان قطعی، جراحی است و جراح نباید اعضای حیاتی را قربانی کیستیک هیگروما کند (۱، ۳ و ۷). پیش آگهی تومور به موفقیت خارج کردن کامل کیستیک هیگروما بستگی دارد (۶).

مراجع

1) Christopher CW, Daniel MC, Ravindra KV, Denis RK. Intrathoracic cystic hygroma: A report of three cases. J Pediatr Surg 10: 1430-2, 1996.
2) Gupta AK, Berry M, Raghov B, et al. Mediastinal and skeletal lymphangioma in a child. Pediatric Radiology 21: 1299, 1991.
3) Keith WA, Thomus MH. Pediatric Surgery 2th ed, W.B. Saunders Co, 1993, PP 225-6.
4) Kirk JM, Delahunty, Nicolaides KH, et al. Intrathoracic extra-mediastinal cystic hygroma in infancy. Acute Pediatr 10: 1111-2, 1994.
5) Frederic N, Silverman N, Lewis A. Caffey's pediatric X-ray diagnosis 8th ed., Year Book, Medical Publishers, INC 1985, P 1324.
6) Yuji N, Yasuhiko O, Yasuro N, et al. Cystic lymphoangioma of the mediastinum. Am Heart J 129: 406-9, 1995.
7) Robert LT, Howard CF. Review of head and neck lesions in infancy and childhood. The Surg Clin N Am 72: 1431-2, 1992.
8) Zulel Y, Shalev E, Ben AM, et al. Prenat Diagn 4: 541-4, 1992.
9) Swischuk LE. Imaging of the newborn, infant and young child. 3th ed, William & Wilkins Co, 1989, P 193.
10) James L, Irane MI. Neonatal Surgery. 3th ed Butterworths, 1990, PP 116-21.
11) Giacalone PL, Boulot P, Deschamps F, et al. Prenatal diagnosis of a multifocal lymphangioma. Prenat Diagn 13: 1133-7, 1993.
12) Glusson MJ, Taylor SF. Cervical, Cervicomediastinal and Intrathoracic lymphangioma. Prog Pediatr Surg 27: 62-83, 1991.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-09-08]