

دکتر مجتبی سجادی

دکتر عزیزاله ستایشگر

استاد بی کرسی آسیب‌شناسی

دستیار بخش آسیب‌شناسی

## مزوتلیوم صفاق

بیمارستان وزیری مراجعه کرده است بزرگی و درد شکم از دوماه پیش بدنبال کم‌اشتهائی پیدا شده و تنگ‌نفس از ده‌روز پیش از بستری شدن بنا بر احتیاج اضافه گردیده است درد شکم در محلی مخصوص نبوده و شدت و ضعف پیدا می‌کرده است خوردن غذا آنرا بدتر می‌کرد و نخوردن غذا آنرا تخفیف نمی‌داد. جوش شیرین و ترکیبات ضداسید اثری در درد او نداشت تهوع و استفراغ نداشت سه‌ماه پیش برای چند روز شکمش درد می‌کرد ولی خود بخود وبدون هیچ‌دارویی خوب شد بیمار یبوست داشت - لاغری بیمار از دوماه پیش پیدا شده و روز بروز از وزن او کم شده بود. در سابقه شخصی و فامیلی او نکته جالبی نبود. در آزمایش بالینی - بیمار مردی بوده لاغر اندام باشکمی برآمده که از دردی مبهم در شکم مینالید در لمس شکم موضع اصلی درد معلوم نبود و تومری حس نشد.

بیمار است داشت . در پونکسیون یک لیتر و نیم مایع زرد لیموئی رنگ بدست آمد.

در آزمایش ریزینی این مایع سلولهای مشکوک وجود داشت. بیمار تب نداشت. غدد لنفاوی کشاله ران و گردن بزرگ نبود.

دستگاه گوارش - دندانها کثیف . زبان بار دارد. یبوست داشت.

مزوتلیوم تومراولیه سرزه‌هاست (جنب - پریکارد - صفاق) و نسبتا نادر است. بعضی از آسیب‌شناسان از جمله **willis** وجود آنرا منکرند و تصور میکنند مواردی که بعنوان تومراولیه سرز یا مزوتلیوم گزارش شده است در حقیقت متاستاز کانون نهفته سرطانی جای دیگر بدن بخصوص ریه بوده است ولی آسیب‌شناسان دیگر بخصوص - **Murray, Stout** با آزمایش و کشت بافتی ثابت کردند که چنین تومری وجود دارد و خصوصیات آسیب‌شناسی و بالینی مخصوص بخود دارد . نظریه اخیر با مشاهدات آسیب‌شناسان سایر نقاط جهان تایید شد و امروز بدون شك میتوان گفت که تومراولیه سرز (مزوتلیوم) وجود دارد منتهی شایع نیست و نسبتا نادر است.

در ایران تا آنجا که ما اطلاع داریم چنین تومری تاکنون گزارش نشده است باینجهت نشر شرح حال و گزارش اتوپسی و آزمایش بافتهای بیمار زیر خالی از فایده نخواهد بود بخصوص از اینجهت که با جلب توجه آقایان جراحان و پزشکان امید است موارد دیگری بعدا گزارش شود.

### شرح حال

بیمار مردی است ۳۰ ساله اهل رشت که بهلت درد و بزرگی شکم و لاغری و تنگ‌نفس مختصر در موقع حرکت به

بیمار مدت ۴۸ روز در بیمارستان بود و وزنش از ۵۲ کیلوگرم به ۴۲ کیلوگرم رسیده مداوا موثر نبود و بیمار در گذشت گزارش اتوپسی - بیمار در تاریخ ۲۲/۴/۳۹ دوساعت پس از مرگ اتوپسی شد در ماکروسکپی بفرآز بزرگی شکم و لاغری عمومی، وضع شکم جلب توجه میکرد در حفره صفاقی فقط ۲۰۰ سانتیمتر مکعب مایع زرد لیموئی وجود داشت. پرده چادرینه بزرگ کلفت (۲۵ سانتیمتر) - سفید (شبه شمع) بود و قوام الاستیک داشت در سایر نقاط نیز پریتون کلفت و سفید و بهم چسبیده بود باین ترتیب مثل آن بود که داخل حفره شکمی شمع آب کرده ریخته باشند که پس از سخت شدن احشاء را بهم چسبانده بود. کبد وطحال اندازه و شکل طبیعی داشتند ولی سطوح صفاقی آنها از غلافی سفید و ضخیم پوشیده شده بود. در برش جسد بافت اصلی از غلاف دور کاملاً مشخص بود و هیچگونه نشانه تجاوز وجود نداشت سرزقولون و روده کوچک نیز ضخیم بود. غدد لنفاوی شکمی بنظر بزرگ می رسیدند ولی این بزرگی بسبب کلفتی غلاف بود. در سایر نقاط بدن غدد لنفاوی بزرگ مینمودند. مخاط سراسر دستگاه گوارش (مری، معده، روده کوچک و بزرگ) سالم بنظر میرسید. لوزالمعده شکل و اندازه طبیعی داشت و تومری در آن مشاهده نشد. کبد، سپرز، کلیه مثانه، پرستات و بیضه ها، سورنالها تیروئید همه سالم بنظر میرسیدند. در دستگاه تنفس نکته جالبی نبود مخاط برنش و پرنشیلها سالم بودند ریهها قوام و شکل طبیعی داشتند دو صفحه جنب بهم چسبندگی نداشتند و صاف و بدون هیچگونه ضایعه

کبد - بعلت اسیت لمس نشد. دستگاه گردش خون - نبض منظم. صداهای قلب طبیعی بود فشار خون ۱۰/۷۰ سپرز لمس نشد. دستگاه تنفس - بیمار سرفه میکرد. تنگ نفس مختصری داشت. در شنیدن رالهای کرپیتان در هردو ریه شنیده میشد. دستگاه ادراری. سالم بود. دستگاه عصبی. سالم بود. کمکهای آزمایشگاهی تجزیه ادرار. آلبومین. قند. سیلندر و گویچه سرخ نداشت. آزمایش خون - گویچه سرخ سه میلیون و چهارصد هزار در هر میلیمتر مکعب. گویچه سفید ۷۵۰۰ عدد در هر میلیمتر مکعب - فرمول طبیعی بود. اوره ۴۰. گرم درلیتر. بیلروبین توتال ۶ میلیگرم درلیتر. تیمول ۲۵ واحد هموگلوبین ۱۲ گرم ۱۰۰ سانتیمتر مکعب سدیمان تاسیون ۶۵ در ساعت اول و ۹۶ در ساعت دوم و بار دیگر ۵۵ در ساعت اول و ۱۰۵ در ساعت دوم. پروتئین کلی ۵۰ گرم درلیتر. مقدار ارگسترل - کلسترل اتریفیه و گلوکز طبیعی گزارش شده است. در رادیوگرافی ساده از کبد تصویر غیر طبیعی دیده نشد. رادیوگرافی از کلیتین - بدین شرح گزارش شده. کلیه چپ بطور مختصر ترشح کرده حدود کالیسها و لگنچه بخوبی مشخص نیست کلیه راست بخوبی ترشح نموده تصویر پای کالیسها و لگنچه بطور طبیعی است حالب راست تاناحیه دومین مهره کمبری دیده میشود و قدری اتساع یافته است مثانه از ماده حاجب پر نشده است.

مری) بخود بگیرند و چنین شکلی نیز گزارش شده است

(اطلس پاتولوژی قشون آمریکا)

درباره شکل فیبروین طرفداران و مخالفین وجود آن مدت‌ها مباحثاتی جریان داشته است **Brown** تصور میکرد

ندولهای فیبروئی که روی جنب پیش بعضی بیماران پیدا میشود وعده آنرا تومر جنب (مزوتلیوم) میخوانند بعلت ارگانیزه شدن آماس قلبی جنب پیدا شده ولی سابقه این بیماران هیچگونه آماسی رانشان نمیداد.

در ۱۹۳۹ زنی ۴۳ ساله بعلت داشتن تومر بزرگی در ریه که پایه آن روی سرز بود عمل شد.

در آزمایش ریزی نی تومر برداشته شده **Stout** منظره تومر را شبیه فیبروسارکوم یافت و آنرا بدخیم گزارش داد. تومر از سلولهای دوکی که از هم بوسیله الیاف رتیکیلین جدا شده بودند درست شده بود.

**Stout** تکه‌هایی از این تومر را باکمک **Murray** در محیط غذائی کشت داد تا منشاء سلولی این تومر را بیابد توجه بکشت تومر برای یافتن منشاء سلولی از اینجهت بود که یکی از این دو نفر قبلاً باکشت‌های متعدد ثابت کرده بود که هر تومری هر قدر هم متابلازیه و تغییر شکل یافته باشد هنگام کشت در محیط غذائی سلولهای مبداء جنینی خود را باز مییابد و چشم آشنا میتواند مبداء تومر را تشخیص بدهد. کشت تومر این زن سلولهای مزوتلیال ایجاد کرد و باین نحو ثابت شد تومری که در بدو امر سارکوم بنظر میرسید از منشاء مزوتلیوم است. ولی **Pappenheimer** انتساب

بودند قلب اندازه وشکل طبیعی داشت درچه‌ها سالم و پریکارد طبیعی بنظر میرسید.

میکروسکپی - در برش‌های مختلفی که از چادرینه بزرگ وسایر احشاء گرفته شد مشاهده گردید که در چادرینه بزرگ وجانب سرزی احشاء مختلف تومری موجود است که نمای پاپیلوژتان دارد. هر یک از پاپیل‌ها دارای محور هم بندی نسبتاً شلی است و از یک طبقه سلولهای مکعبی یا استوانه پوشیده شده است پرتوبلاسم این سلولها ائوزینوفیل وهسته آنها نسبتاً کم کرمتین است. نشان تجاوز باحشاء وجود ندارد در برش‌های مختلف از کبد سپرز و غدد لنفاوی بنظر رسید که تومر از سطح سرزی تجاوز نکرده وهیچگونه متاستازی بداخل احشاء نداده است.

### بحث

مزوتلیوم یا تومر اولیه سرزها از سلول های مزانشیمی جدار حفره سلوم درست شده است کلمه مزوتلیوم از اینجهت بکار برده میشود که منشاء این تومرها با تومرهایی که از منشاء اندودرمیک یا اکتودرمیک هستند (پوست بامخاط دستگاه گوارش) تفاوت دارد سلولهای مزوتلیال هنگام ایجاد تومر ددifferencié میشوند و مانند سلولهای مزانشیمی اشکال مختلفی بخود میگیرند گاهی شکل فیبروبلاست بخود گرفته والیاف رتیکیلین و کلاژن میسازند (مزوتلیوم شکل فیبرو) وزمانی شکل اپیتلیال پیدا میکنند (شکل - پاپیلوژتان) از نظر تئوریک امکان دارد که شکل سلولهای مالپیگی (شبیه مخاط

وجود مزوتلیوم بصورت فیبرو ثابت شد.

شکل اپیتلیال تومر کمتر با مخالفت روبرو گردید فقط *Wills* منکرو وجود این تومر بوده و هست و تصور میکند آنچه بنام مزوتلیوم گزارش شده در حقیقت متاستاز تومری در جای دیگر بدن بخصوص ریه بوده است ولی در بسیاری از موارد گزارش شده اتوپسی با نهایت دقت انجام شده و کانون سرطانی در جای دیگر بدن یافت نشده است. مزوتلیوم بدو صورت فیبرو و پاپیلر دیده میشود هر یک از این دو ممکن است موضعی یا پخشی باشد از نظر عاقبت بعضی از این تومرها نیک خیم و برخی بدخیم هستند *Stout* تقسیم بندی زیر را برای تومرهای سرز پیشنهاد کرده است.

مزوتلیوم

موضعی	فیبرو	} نیک خیم
پخشی		
موضعی	پاپیلر	} بد خیم
پخشی		
موضعی	پاپیلر	} نیک خیم
پخشی		
موضعی	لوله (شبهه سارکوم سینویال)	} بد خیم
پخشی		

این تومر فیبرو را بمزوتلیوم نپذیرفت و اینکه کشت بافت دلیل کافی بر تایید نظر *Stout* باشد مورد قبول او نبود بخصوص آنکه پس از مرگ در زهدان بیمار یاد شده تومری که نمای سرطان ماهیچه زهدان را داشت یافتند.

باینهمه *Stout* و یارانش در عقیده خود راسخ ماندند و نظریه *Makiniove* را که در ۱۹۲۷ از کشت سلولهای مزوتلیال صفاق سالم فیبروبلاست همراه بارتیکولین بدست آورده بود دلیل دیگری بر تایید نظر خود و وجود مزوتلیوم شکل فیبرو میگرفتند و از ۱۹۴۲ بعد گزارش های دیگری از بیماران مبتلا در مجلات پزشکی منتشر کردند. کم کم اشخاص دیگری چون *Weiss, Sano, Gault* و با کشت تومرهای فیبری دیگر از جنب بطرفداران نظریه *Stout* افزوده شدند در ۱۹۵۰ *Stout* وجود چنین تومری را در شکم گزارش داد و در ۱۹۵۲ وی کلیه موارد گزارش شده از ۸۷ بیمارستان (از آمریکا، ایتالیا، مکزیک) را جمع آوری کرده و منتشر ساخت - تعداد این تومرها که همه شکل فیبرو- مزوتلیوم داشتند ۱۶۵ تومر میشد از آن عده ۸۸ عدد در جنب ۷۱ عدد در شکم و ۶ عدد در پریکارد بود در ۱۹۵۷ *Godwin* ۱۴ مورد دیگر را گزارش داد که ده مورد آن در جنب و بقیه در صفاق بود.

در تمام این موارد تومر شکل فیبرو و خاصیت بدخیمی داشت و متاستاز در احشاء مختلف موجود بود باین نحو

نوع مزوتلیوم پاپیلر بود و بیمار ۱۲ سال بعد نیز سالم و شکایتی از شکم نداشت. پیدایش نشانی در مزوتلیوم نیک خیم تابع محل تومر است ممکن است سالها تومر بیصدا پیش برود و فقط اسیت ایجاد کند ولی سرانجام تمام حفره شکمی را پر کرده و جائی برای اسیت باقی نگذارد و بیمار را بکشد. در شکل بد خیم تومر از راه مجاورت-خون و لنف منتشر میشود.

سلولهای مزوتلیال مانند سلولهای سینویال اسید هیالورونیک میسازند. در تومرهای اولیه مزوتلیال موسین دیده نمیشود و همین وسیله خوبی برای تمیز بین تومرهای اولیه صفاق و تومرهای متاستاتیک از منشاء دستگاه گوارشی-تخمندان یا لوزالمعده و کیسه صفرا بدست میدهد. زیرا سلولهای این بافتها همه موسین ترشح میکنند و باموسین کارمن مشخص میشوند.

تومر مورد بحث در بیمار ما جزو نوع پاپیلر تومرهای صفاق بود و بارنگ آمیزی موسین کارمن سلولهای آن رنگ نگرفت. نبودن کانون اولیه سرطانی در سایر جاهای بدن و منفی بودن رنگ آمیزی موسین کارمن ما را باین نتیجه میرساند که تومر بیمار گزارش شده با احتمال قوی مزوتلیوم بوده است. منتها این تومر از نظر میکروسکپی هیچگونه نشانی تجاوز نشان نمیداد و میتوز سلولی در آن وجود نداشت باین همه بیمار سرعت لاغر شده و مرگ بیمار پس از

شکل فیبرو بیستر در جنب دیده میشود که متاستاز میدهند مواردی را که همراه با رشته‌های رتیکولین درست شده است در بعضی جاها هیالینیزاسیون دیده میشود. این تومرها بیشتر موضعی هستند و با برداشتن آنها ضایعه بهبود مییابد ولی گاهی اشکال بدخیم پیدا میشود که متاستاز میدهند مواردی را که Godwin در مجله سرطان (۱) ذکر کرده همه بدخیم و متاستاز دهنده بوده‌اند تمام این بیماران بسرعت لاغر شدند و در جنب یا شکم مایع داشتند از نظر بالینی بغير از اسیت درد شکم یبوست و حس پری در شکم داشتند (مواردی که تومر در صفاق بود) و بجز یکی از آنها که ۶۶ ماه زنده بوده بقیه پیش از این تاریخ مردند در اتوپسی متاستاز در ریه غدد لنفاوی کبد دیافراگم و حتی زیر پوست نزد بعضی از آنها دیده شد.

شکل پاپیلر در صفاق شایعتر است و اغلب با متاستاز اپیتلیومهای پاپیلوژن تان تخمدان اشتباه میشود (اگر بیمار زن باشد) شکل نیک خیم آن بصورت پاپیل هائی روی صفاق (بیشتر روی سرزنگن). دیافراگم مزاتر یا سطح سرزی روده پیدا میشود گاهی تومر درواژ نیال بیضه (که خود امتداد حفره صفاقی است) مشاهده میگردد. از نظر بالینی شکل نیک خیم ممکن است مدتها جلب توجه نکند یکی از جراحان در زنی ۲۷ ساله ضمن عمل جراحی برای بیماری دیگری تومری روی صفاق مشاهده کرد که از

جلو گرفته ولی بر روی سیر بیماری اثری نگذاشته و بیمار سرانجام با این بیماری در گذشته است .

#### خلاصه

در این مقاله یک مورد بیمار مبتلا بمزوتلیوم شکل پایلر گزارش شده و با آنکه از نظر میکروسکپی و ماکروسکپی نشانیهای تهاجم وبدخیمی وجود نداشت بیمار بسبب این ناخوشی در گذشته است. بدنبال گزارش توضیحاتی درباره مزوتلیوم داده شده است.

مدت کوتاهی در رسید و شاید همین امر دلیل بر آن باشد که در تومرهای صفاقی فقط منظره میکروسکپی نمیتواند دلیل خوش خیمی یا بدخیمی باشد بخصوص آنکه تشخیص بین خوش خیمی وبدخیمی در تومرهای صفاقی مشکل است. از نظر درمانی درنوع فیبرو غیراز عمل جراحی (شکل موضعی) رادیاسیون موقتا مفید بوده است Rose موردی را گزارش داده که طلای کلوئیدال رادیو اکتیوه از بازگشت اسیت مکرر بیمار

#### Bibliographie

- 1 - Ackerman - Tumors of retroperitoneum Mesentery & Peritoneum. A Rmed forces Enstitut of pathology
- 2 - Godwin - Diffuse mesotheliomas Cancer p 98 - 1957
- 3 - A. P. Stout - mesothelium de la plevre, du peritoen de la plevre, du peritoen et du Pericarde Archwes d'Anatomie pathologique P - 116 1954
- 4 - J. Hardy, peritonealmesothelima Digestive diseas 1959