

بررسی لیومیومای مری و گزارش چهار مورد

دکتر یوسف ولیزاده، دانشیار گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران

EVALUATION OF ESOPHAGEAL LEIOMYOMA AND REPORT OF 4 CASES ABSTRACT

Leiomyoma of the esophagus is rare, but it is the commonest among the benign tumors of the esophagus. Among 95 cases of esophageal tumors, there was just 4 cases of leiomyoma (3 were females and one was male) and this is contrary to the reports already published.

Main symptoms of esophageal leiomyoma include: Dysphagia, Pain and hematemesis. From the above mentioned cases one tumor was in the thoracocervical zone, one in the middle third and the other two in the lower third of the esophagus. Tumors were single. The youngest patient aged 30 and the eldest aged 60 years.

Radiography of the esophagus (Barium meal) is the best diagnostic method, in which a round, characterized defect is seen.

Ultrasonic endoscopy and C.T.Scan are useful too, but biopsy is not recommended. From the above mentioned patient, two cases underwent esophagectomy and in the other two, the tumor was excised itself. There wasn't any mortality in the procedure.

چکیده

لیومیومای مری نادر است. ولی در بین تومورهای خوش‌خیم مری شایع‌ترین می‌باشد. از بین ۹۵ مورد تومورهای مری، فقط ۴ مورد آن لیومیوما بود (سه نفر زن و یک نفر مرد) و این برخلاف گزارشاتی است که تاکنون منتشر شده است.

علائم اصلی لیومیوما شامل دیس‌فاژی، درد و هماتومز می‌باشد. از موارد فوق یک تومور در قسمت گردنی - سینه‌ای، یک تومور در بخش یک سوم میانی مری و دو مورد دیگر در یک سوم تحتانی مری قرار داشت. تومورهای فوق بصورت واحد بوده است. جوانترین بیمار ۳۰ سال و مسن‌ترین بیمار ۶۰ سال سن داشت.

رادیوگرافی مری (مصرف باریوم) بهترین روش تشخیصی است که در آن ضایعه بصورت گرد و مشخص مشاهده می‌گردد. آندوسکوپی اولتراسونیک و سی.تی.اسکن نیز وسیله تشخیصی مفیدی است ولی بیوپسی توصیه نمی‌شود. از بیماران مذکور دو

مورد ازوفاژکتومی شدند و در دو مورد دیگر فقط خود تومور برداشته شد. در روند فوق مرگ و میر وجود نداشت.

بیماران و چگونگی بررسی

بیمار اول: خانم ف-ل، ۶۰ ساله، خانه‌دار، به علت درد و سوزش ناحیه اپیگاستر و پشت جناق سینه بعد از خوردن غذا مراجعه نموده است. در امتحانات بالینی نکته مرضی دیگری وجود ندارد. آزمایشات پاراکلینیک از قبیل اندازه‌گیری هموگلوبین، هماتوکریت، شمارش خون و تستهای کبدی در حدود طبیعی است. رادیوگرافی مری با ماده حاجب در یک سوم تحتانی مری تنگی واضحی نشان می‌دهد که تشخیص تومور خوش‌خیم مری را مطرح نموده است. در آندوسکوپی مخاط سالم بود، مریض تحت عمل جراحی قرار گرفت. بعلت بزرگی و طولیل بودن تومور، برداشت کامل آن به تنهایی

پاراکلینیک طبیعی بوده است. در رادیوگرافی مری در بالای قوس آشورت و در مجاورت آن تومور بزرگی در جدار مری مشاهده شد که کناره‌های منظم داشت و مخاط روی آن طبیعی بود. در آندوسکپی مخاط طبیعی بود. بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت. پس از توراکتومی راست، تومور بزرگ چسبیده به دیواره مری برداشته شد.

آسیب شناسی

ماکروسکوپی: نمونه شامل یک قطعه بافت تومورال، قلوهای شکل، کرمی رنگ با ابعاد $9 \times 4 \times 2$ سانتیمتر که در سطح برش رشته ای است.

میکروسکوپی: بافت تومورال متشکل از سلولهای دوکی و هسته ای استوانه ای نسبتاً منومورف است که بصورت دسته‌های متقاطع قرار گرفته‌اند (شماره ۵-۶۶-۵۴ بخش آسیب شناسی انستیتو سرطان).

بیمار چهارم: خانم پ - ح، ۳۳ ساله، به علت درد اپیگاستر که از ۶ ماه پیش عارض شده، مراجعه کرده است و مدتی برای گاستریت درمان می‌شده است. بیمار اظهار می‌دارد که با خوردن میوه و غذاهای آبکی درد بیشتری داشته است. در سابقه شخصی نکته قابل ذکری ندارد. در سابقه فامیلی دو فرزند، سه برادر و یک خواهر سالم دارد. در معاینه بالینی در ناحیه اپیگاستر درد دارد. آزمایشات پاراکلینیک تغییرات پاتولوژیک نشان نمی‌دهد. در آندوسکپی مخاط عارضه ای ندارد. در رادیوگرافی مری، عبور باریم از قسمت دیستال مری با تأنی انجام می‌گیرد و تصویر بیضی شکل لوسنت در این قسمت مری مشاهده می‌گردد، که مطرح کننده وجود حجم فضاگیر (جسم خارجی یا لیومیوم) می‌باشد (شکل ۱). بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت، ابتدا توراکتومی چپ انجام شد. در یک سوم دیستال مری، بالای دیافراگم، تومور کرم رنگ داخل جدار مری وجود داشت که به طور مارپیچ در سطح قدامی، کناره راست و کمی در سطح خلفی قرار گرفته بود. با برش طولی در سطح قدامی، تومور از عضله و مخاط به طور کامل جدا شد. این عمل با ظرافت و دقت زیاد و بدون آسیب به مخاط انجام گرفت. و لبه های دیواره مری تویم گردید. در این مرحله سطح عضلانی مری با کانتکت سه صفر و فقط با دو بخیه برای نزدیک سازی کناره های محل برش انجام شد.

آسیب شناسی

ماکروسکوپی: دو قطعه بافت تومورال کرم رنگ لبوله یا قوام سفت، مجموعاً به ابعاد $5/5 \times 3 \times 2/7$ سانتیمتر که در سطح برش، رشته رشته ای و کرم رنگ است (شکل ۲).

میکروسکوپی: بافت تومورال متشکل از سلولهای دوکی با هسته های استوانه ای و کروماتین ظریف است. سلولهای تومورال نسبتاً منومورف می‌باشند و همراه با رشته های فیبرو به صورت دستجات متقاطع قرار گرفته‌اند (شکل ۳) (شماره ۳-۲۲۷۸-۶۳ بخش

و بدون آسیب و پارگی مخاط امکان پذیر نبود، لذا از وفاژکتومی شد.

آسیب شناسی

ماکروسکوپی: یک قطعه بافت از انتهای تحتانی مری و ابتدای معده جمعاً بطول ۱۰ سانتیمتر که در $5/5$ سانتیمتری انتهای پروگزیمال آن تومور داخل جدار مری به قطر ۴ سانتیمتر وجود دارد که قطر مری را به ۶ سانتیمتر رسانده است. تومور در سطح مخاطی ایجاد برجستگی نموده، و چینهای مخاطی صاف شده است. سطح مقطع، توپر، کرم خاکستری رنگ و مختصری رشته رشته‌ای است.

میکروسکوپی: در جدار مری، حد فاصل بین پوشش مخاطی و عضلات، بافت نشو فرمه متشکل از سلولهای دوکی با هسته استوانه‌ای و کروماتین پخش و نسبتاً منومورف وجود دارد که همراه با رشته‌هایی در جهات مختلف قرار دارند. با این منظره میکروسکوپی، لیومیومای مری مطرح می‌شود (شماره ۴-۹۳۴-۵۴ بخش آسیب شناسی انستیتو سرطان).

بیمار دوم: آقای الف - ص، ۳۸ ساله که از دو سال پیش مبتلا به دیسفاژی شده و از سه ماه قبل دچار سرفه‌های تحریکی به خصوص بعد از خوردن غذا شده است. نامبرده هیچگونه سابقه بیماری را ذکر نمی‌کند. اعتیاد به الکل و سیگار دارد و دارای چهار فرزند سالم است. در معاینات بالینی مشخص شد که دارای دیسفاژی، سرفه بعد از غذا خوردن و گاهی تنگی نفس می‌باشد.

در آزمایشات پاراکلینیک، آنمی هیپوکروم دارد. یافته غیر طبیعی دیگری مشاهده نشد. در رادیوگرافی مری در ناحیه سرویکو توراسیک، لوله مری به شدت گشاد شده و در داخل آن توده‌ای با کناره‌های منظم و صاف نمایان است. به نظر می‌رسد تغییرات فوق به علت تومور خوشخیم باشد.

بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت و در این مورد هم به علت بزرگی تومور و عدم امکان تکنیکی جهت جدا کردن تومور از مخاط، از وفاژکتومی توتال انجام شد و معده در گردن با مری گردنی آناستوموز گردید.

آسیب شناسی

ماکروسکوپی: نمونه شامل دو قطعه، یکی تکه‌ای از مری بطول ۱۰ سانتیمتر و دیگری بافت تومورال کرمی رنگ با سطح پشته پشته‌ای و به ابعاد $8 \times 7 \times 4$ سانتیمتر که در سطحی به قطر ۲ سانتیمتر مفروش از مخاط مری است. در برش، تومور دارای نمای گردبادی می‌باشد.

میکروسکوپی: بافت تومورال متشکل از سلولهای دوکی با هسته‌های استوانه‌ای نسبتاً منومورف با منظره گردبادی است. منظره میکروسکوپی فوق لیومیوم مری را مطرح می‌کند (شماره ۷۸۳-۵۴ بخش آسیب شناسی انستیتو سرطان).

بیمار سوم: خانم پ - ن، ۳۰ ساله، خانه دار، به علت دیسفاژی و درد پشت جناق سینه با سابقه چند ماهه مراجعه کرده است. در معاینات بالینی یافته غیر طبیعی دیگری دیده نشد. آزمایشات

هیاتال باشد. کم شدن وزن و ناتوانی را نیز از علائم بیماری نام برده‌اند (۱۷). دیسپنه، سرفه و وپیش قلب را در بعضی از موارد ذکر کرده‌اند (۱۰).

گاهی به علت نزدیکی با آئورت، تومور ضربان دار می‌شود و تشخیص افتراقی با آنوریسم آئورت مطرح می‌شود (۱۷).

رادیولوژی

رادیوگرافی مری با ماده حاجب وسیله تشخیصی خوبی است و در بسیاری موارد برای تشخیص قطعی قبل از عمل بکار می‌رود. تومور به صورت نقص پر شدگی (defect) نیمه هلالی با کناره‌های صاف و ایجاد زاویه منفرجه با دیواره سالم مری تظاهر می‌کند که خصیصه تصویری لیومیوما می‌باشد (۱۶).

گاهی بیماری بدون علامت می‌باشد و با رادیوگرافی ساده قفسه صدری کشف می‌شود. برای بررسی وضع مخاطی که روی لیومیوما را می‌پوشاند، آندوسکپی لازم است و قبل از توراکتومی همیشه باید انجام شود ولی در صورتی متخصص آندوسکوپ به بیوپسی از تومور مجاز می‌باشد که لیومیوما بصورت پولیپ پدیدکوله در داخل مری برجستگی ایجاد کرده باشد ولی بهتر است حتی الامکان از انجام بیوپسی خودداری شود چون، ایجاد اسکار نموده و درمان رامشکل می‌کند.

در تشخیص افتراقی لیومیوما، کارسینوما مری، هرنی هیاتال، دیورتیکول مری، کیست پارازوفازیا، تومور مدیاستن گرانولوما، آنوریسم آئورت، تومورهای دارای منشاء عصبی و هامارتوما مطرح است (۱۶، ۱۴، ۶، ۴).

گاه لیومیوما با ضایعه دیگری همراه می‌شود. آنچه که بیش از همه متداول است، همراه بودن هرنی هیاتال با لیومیوما دیستال مری است تا بدانجا که عده‌ای از محققین علت لیومیوما را هرنی هیاتال ذکر کرده‌اند (۱۷) ولی با وجود فراوانی هرنی هیاتال (به نسبت یک در هزار نفر)، باز هم لیومیوما بسیار نادر است. "Hodge" نسبت همراهی لیومیوما را با هرنی هیاتال ۱/۲۴ ذکر کرده است (۱۷). همراهی دیورتیکول با لیومیوما نادر است و سبب همراهی تشخیص می‌شود (۱۶). همراهی لیومیوما با کارسینوما گزارش شده است ولی از نظر پاتولوژی ارتباطی باهم ندارند (۱۷). از نظر موقعیت آناتومیک، گزارشات مختلف است. در بیماران "Soloman" بیشتر لیومیوماها در یک سوم میانی مری و در بیماران "Seremetis" ۵۶ درصد در یک سوم تحتانی، ۳۳ درصد در یک سوم میانی و ۱۱ درصد در یک سوم فوقانی گزارش شده است (۱۷، ۱۲، ۸). در چهار بیمار انستیتو سرطان دو مورد در یک سوم تحتانی، و در یک سوم فوقانی و میانی یک مورد در هر کدام بوده است. لیومیوما مری در ۹۷ درصد موارد داخل جدار است، فقط در یک درصد موارد به صورت پولیپ در فضای داخل مری دیده می‌شود و گاه در سطح خارجی قرار می‌گیرد و به صورت توده مدیاستینال تظاهر می‌کند و در ده درصد موارد به طور حلقوی قرار می‌گیرد (۹ و ۱۷). منشأ آنها اکثراً از عضلات حلقوی دیواره مری

آسیب شناسی انستیتو سرطان).

دو هفته پس از عمل جراحی، از بیمار رادیوگرافی مجدد به عمل آمد و هیچگونه آسیبی در مخاط مشاهده نگردید (شکل ۴).

بحث

بطور کلی تومورهای خوش خیم مری در مقایسه با کارسینوما مری آن نادر می‌باشند. در بین تومورهای خوشخیم، لیومیوما شایعترین آنها است (۱۳، ۱۶، ۱۹، ۱۵).

"Seremetis" و همکارانش در سال ۱۹۷۶ جامعترین بررسیها را درباره لیومیوما مری به عمل آورده‌اند (۱۷). در مدت ۱۲ سال، ۱۹ مورد از این تومور را گزارش کردند و در مطالعه نوشته‌های پزشکی، ۸۳۸ مورد لیومیوما مری گزارش شده است که البته از این تعداد گزارش شده ۱۹ مورد توسط مولف بوده است. در آرشیو انستیتو سرطان بیمارستان امام خمینی از سال ۱۳۳۵ تا ۱۳۶۳، چهار مورد لیومیوما مری وجود دارد که شرح آنها گذشت. از آنجا که نصف بیماران مبتلا به لیومیوما مری بدون علامت می‌باشند (۱۲، ۱۷)، ممکنست شخص مبتلا تا آخر عمر هیچگونه شکایتی نداشته باشد و تومور در اتوپسی احتمالی، یافته‌ای تصادفی باشد. بنابراین آمارهای مختلفی که از اتوپسیها بدست آمده است، نسبتهای مختلفی از قبیل $\frac{1}{18000}$ ، $\frac{1}{7603}$ ، $\frac{1}{909}$ ، $\frac{1}{233}$ و $\frac{1}{63/3}$ را نشان

می‌دهند (۱۷). "Lorta - Jacob"، لیومیوما مری را ۴ درصد کل ضایعات مری و "Oherhelman" ۶ درصد لیومیوما مری دستگاہ گزارش را در مری گزارش کرده‌اند (۱۷). به طور کلی نسبت وقوع لیومیوما مری به کارسینوما مری این عضو در حدود ۱/۵۰ می‌باشد (۱۶، ۱۹). این نسبت در آرشیو انستیتو سرطان بیمارستان امام خمینی رقم دیگری را نشان می‌دهد. در مقابل ۹۵۹۴ کارسینوما مری از سال ۱۳۳۵ تا ۱۳۶۳، فقط ۴ مورد لیومیوما مری وجود دارد. نسبت ابتلاء زن به مرد در آمار "Seremetis" و بسیاری از آمارهای دیگر در حدود ۱ به ۲ است، در حالی که در بیماران ما ۳ به ۱ بوده است. سن بیماران گروه "Seremetis" بین ۱۲ تا ۸۰ سالگی و سن متوسط ۴۴ سالگی است و در بیماران انستیتو سرطان به ترتیب ۳۰، ۳۲، ۳۸، ۶۰ ساله بوده است. مواردی نیز در بچه‌ها گزارش شده است (۳).

علائم بالینی

لیومیوماهایی که قطر آنها کمتر از ۵ سانتیمتر است، بدون علامت هستند و تقریباً در حدود نصف بیماران هیچگونه علامتی ندارند و اکثراً تشخیص داده نمی‌شوند. این موارد را فقط در اتوپسی یا رادیوگرافی قفسه صدری به منظور دیگری می‌توان یافت. تعجب آور است با آنکه گاهی تومور تغییراتی در مجرای مری می‌دهد، ولی اشکال عملی در بلع بوجود نمی‌آورد. شایعترین علائم بیماری دیسفاژی، درد، سوزش پشت استرنوم و ترش کردن غذا است. ترش کردن و سوزش بیشتر در مواردی است که لیومیوما همراه با هرنی

درمان نمود. "Osahwa" اولین کسی بود که در سال ۱۹۳۳ با درآوردن (enucleation)، تومور بیماری را درمان کرد. درآوردن تومور از راه قفسه صدری بدون آزدگی مخاط، درمان انتخابی است. اگر تومور در یک سوم تحتانی باشد، توراکتومی چپ و درثلث فوقانی و میانی توراکتومی راست بهتر است. تقریباً ۸۶ درصد لیومیومای مری به طریقه "enucleation" درمان پذیر است (۱۷). درآوردن تومور از مری بدین ترتیب می باشد که ابتدا موضع تومور را مشخص می نمایند، آزادسازی مری در محل تومور از اطراف باید با ظرافت و دقت انجام گیرد و آنقدر باشد که ایجاد کم خونی مری نکند. سپس عضلات جدار مری روی تومور را با انسزیون طولی برش داده و با دقت تومور را از عضلات و مخاط جدا می سازیم به ترتیبی که مخاط سوراخ نگردد. در صورتی که مخاط سوراخ شد، باید فوری مخاط را با سیلک ۳ صفر دوخت، در این صورت معمولاً ترمیم خواهد شد و هیچگونه عوارضی بوجود نخواهد آورد.

"Gaetini" در سال ۱۹۶۷ از راه آندوسکپی، لیومیومای پدیدگوله داخل مری را برداشت. کمتر از ۴ درصد بیماران از راه آندوسکپی عمل شده اند. (۱۷). "Sotnikov" معتقد است با انتخاب صحیح بیماران، درمان به طریقه آندوسکپی عملی، قابل تحمل است، به علاوه لزومی ندارد که بیمار به مدت طولانی در بیمارستان بستری شود (۱۸). در یک گزارش در درمان لیومیومای مری در ۲۵ مورد از الکتروکوتر استفاده شده است، بدین ترتیب که در ۲۰ مورد آنها الکتروکوتر به تنهایی به کار رفته است و در ۵ مورد که قطر بیش از ۲ سانتیمتر داشته اند ابتدا چندین بار اتانل تزریق می شود تا بافت تومورال نکروز گردد و بعد با الکتروکوتر درمان شده اند (۵).

مطابق گزارشی دیگر تومور بیماری که به علت تنگی شدید و عدم امکان عمل جراحی توسط لیزر و آندوسکوپ درمان شده دو سال بعد از درمان بیمار معاینه شد که عود نداشت (۷).

در مواردی که تومور حلقوی بوده یا طول تومور بیش از ۸ سانتیمتر باشد و یا چسبندگی تومور به مخاط شدید باشد، ناگزیر، درمان انتخابی از فوآژکتومی است، در گروه Seremetis ۱۰ درصد بیماران از فوآژکتومی شده اند.

عوارض درمان نادر است، از آن جمله هموتوراکس، عفونت و ایجاد فیستول را می توان نام برد. مرگ و میر نادر و گاه در رزکسیون مری دیده می شود.

نتیجه

لیومیومای مری تومور نادر است ولی شایعترین تومور خوش خیم این عضو می باشد. در مطالعه آرشیو اتستیتو سرطان از سال ۱۳۳۵ تا ۱۳۶۳ در مقابل ۹۵۹۴ کارسینومای مری، فقط چهار مورد لیومیوما مشاهده شده است. شایعترین علامت بیماری دیسفاژی است. استفاده از تصاویر رادیولوژیک در بعضی موارد کمک کننده است و در بسیاری موارد موجب تشخیص قطعی می باشد. از نظر آسیب شناسی گاهی تشخیص ضایعه خوشخیم و بدخیم عضلانی صاف مشکل است. لذا در این موارد به اندازه

است (۱۲).

اندازه این تومورها بسیار متغیر است، کوچکتر از ۷ میلیمتر نیز گزارش شده است (۱۶). بعضی از آنها بزرگ می باشند، به وزن بیش از ۵۰۰ گرم، ۱۰۰۰ گرم و حتی ۵۰۰۰ گرمی هم گزارش شده است (۱۷، ۱۶، ۹، ۲). لیومیومای مری معمولاً منفرد است (۱۹، ۱۲) ولی در موارد متعدد، حداکثر تا ۱۴ عدد در یک مری نیز گزارش شده است (۹). لیومیومای متعدد را نباید با لیومیوماتوزیس اشتباه نمود، در مورد اخیر جدار مری ضخیم است و هیپرپلازی عضلانی وجود دارد (۲۱).

پاتولوژی

از نظر ماکروسکپی لیومیوما به صورت توده محدود گرد یا بیضی با سطح صاف یا پشته پشته ای است. در سطح مقطع نمای توپر سفید خاکستری دارد. از نظر میکروسکپی نمای تومور عضلانی صاف دارد و مشکل از سلولهای دوکی با هسته منومورف استوانه ایست. معمولاً این تومورها کم سلول می باشند. لیومیوما را باید به دقت از نظر میتوز و آناپلازی سلولی و نکروز برای رد بدخیمی بررسی نمود (۱). تشخیص افتراقی از تومورهای نادر عصبی و هامارتومای عضو ضروریست (۱۴، ۶). در یک بررسی ایسومونو هیستوشیمیایی ۱۲۰ مورد تومور استرومایی دستگاه گوارش، ۹ مورد لیومیومای مری گزارش شده که تماماً با "Desmin" واکنش مثبت نشان دادند و ۹۲ درصد موارد تومورهای دستگاه گوارش با muscle specific actin، واکنش مثبت داشته اند (۲۰).

لیومیوما ممکنست به ندرت کلسیفیه شود. در گروه ۱۹ نفری "Seremetis" یک مورد کلسیفیه بوده است. دژترانس کیتیک در لیومیومای مری مشاهده نشده است در حالی که در سایر نواحی بدن گزارش می شود (۱۷). دژترانس بدخیمی لیومیوما گزارش شده است و در نوشته های پزشکی در حدود ۴۰ مورد لیومیوسارکومای مری گزارش شده که فقط ۱۰ مورد از آنها مشکوک به استحال لیومیوما به لیومیوسارکوما بوده است (۱۷).

آمار دیگری نسبت لیومیوما به لیومیوسارکوما را ۱/۱۰۰ نشان می دهد (۴). یک مورد عود لیومیومای مری شرح داده شده است (۱۹). یک مورد متاستاز ریوی لیومیوما گزارش شده است، بدین ترتیب که ۳ سال بعد از برداشت لیومیومای مری، متاستاز ریوی آن درمان شد و بیمار دو سال بعد از آن هم پیگیری شد. باید توجه داشت گاهی تشخیص بین لیومیوما و لیومیوسارکوما بسیار مشکل و حتی غیر ممکن است. بهتر است برای تومورهایی که قطر بزرگتر از ۶ سانتیمتر دارند و در آنها بیش از ۲ میتوز در HPF ۱۰ دیده شود، تشخیص سارکوما را مطرح نمود (۱۶).

درمان

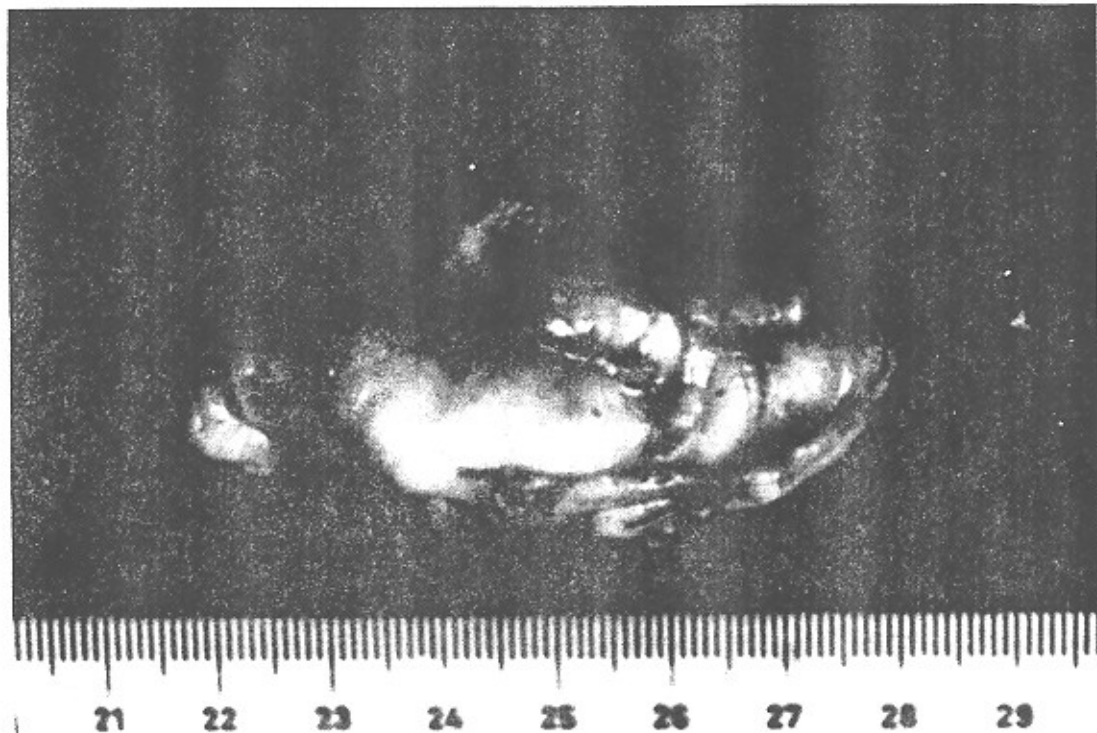
قبل از هر اقدامی باید تحقیقات کامل و شناسایی نسبت به موقعیت و وضع تومور انجام داد و با آگاهی کامل اقدام نمود. "Saurehruch" در سال ۱۹۳۲ بیمار خود را به طریقه از فوآژکتومی

تومور و درجه میتوز باید توجه نمود. در درمان بیمار تعیین موقعیت و وضعیت تومور اهمیت دارد. بهترین راه درمان "enucleation" تومور با دقت و ظرافت و بدون آسیب رساندن به مخاط است، گرچه در بعضی موارد از فوآژکتومی ضروری است. امروز در درمان این بیماری، برای برداشتن الکتروکوتریزه کردن و تابش اشعه لیزر، استفاده از آندوسکوپ مورد توجه قرار گرفته است. عوارض درمان کم و مرگ و میر بسیار نادر است.

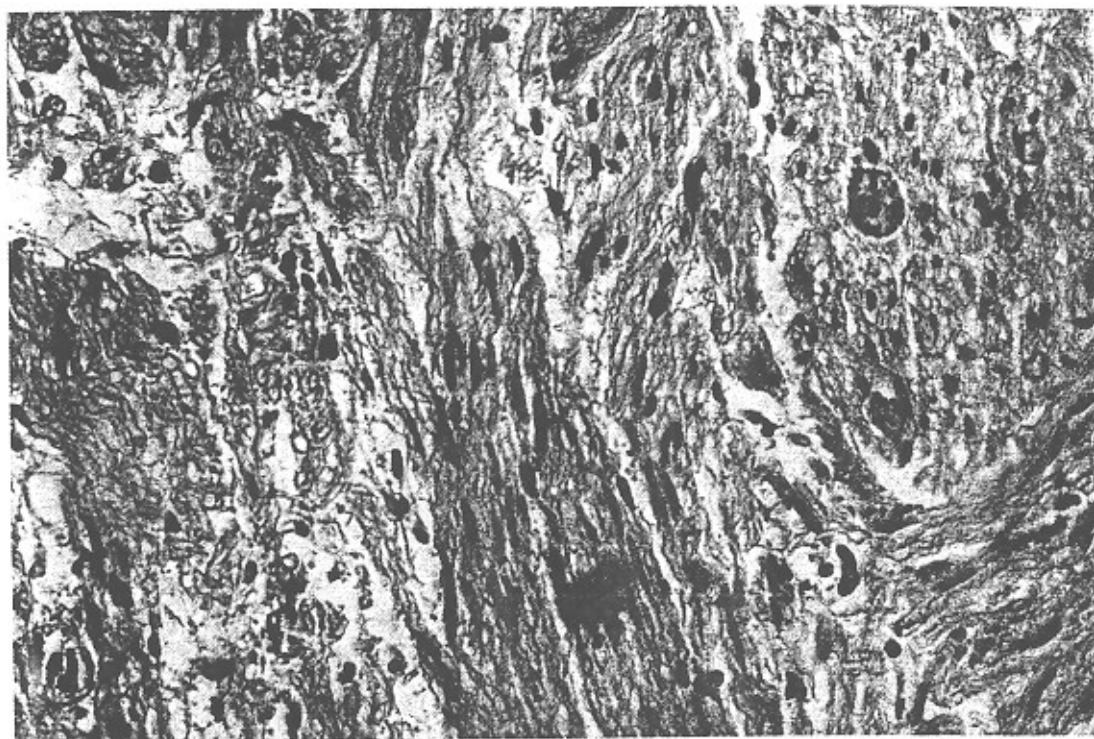
تومور و درجه میتوز باید توجه نمود. در درمان بیمار تعیین موقعیت و وضعیت تومور اهمیت دارد. بهترین راه درمان "enucleation" تومور با دقت و ظرافت و بدون آسیب رساندن به مخاط است، گرچه در بعضی موارد از فوآژکتومی ضروری است. امروز در درمان این بیماری، برای برداشتن الکتروکوتریزه کردن و تابش اشعه لیزر، استفاده از آندوسکوپ مورد توجه قرار گرفته است. عوارض درمان کم و مرگ و میر بسیار نادر است.



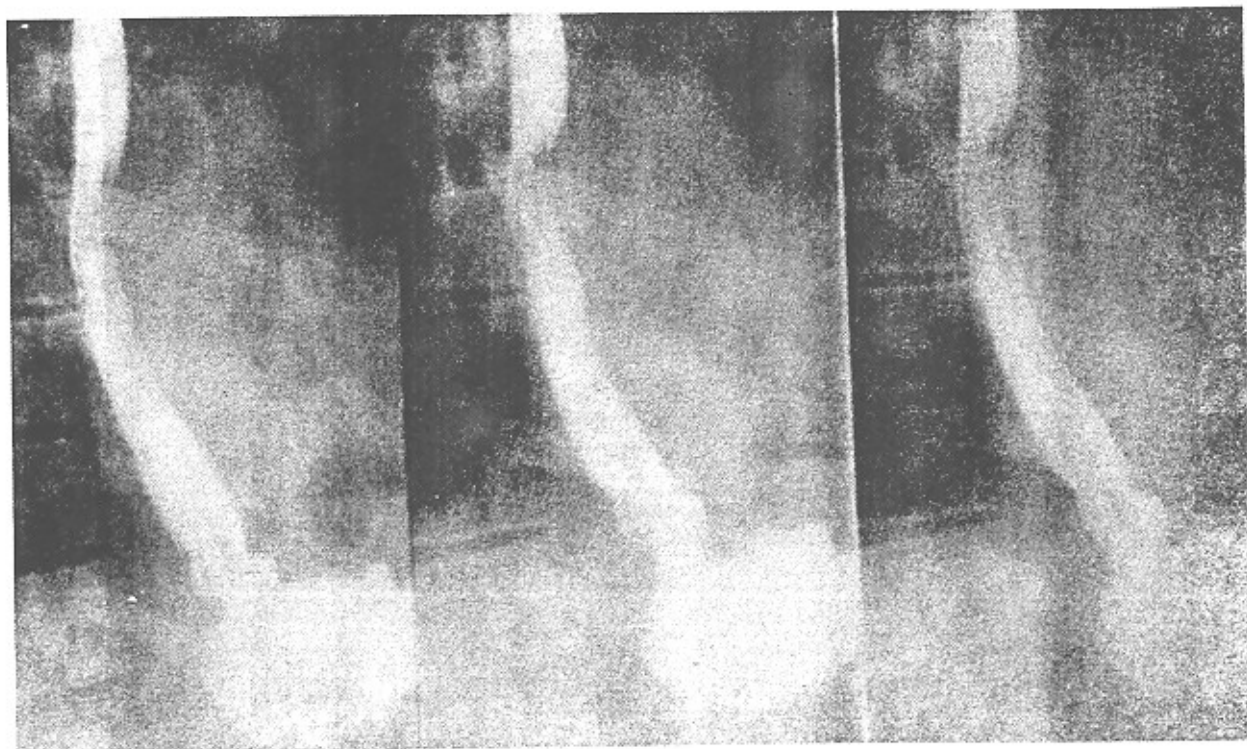
شکل شماره ۱- وجود توده بقفی شکل در قسمت دیستال مری



شکل شماره ۲- بافت تومورال لیور که ظاهر آکنوسولدار است



شکل شماره ۳ - بافت توهمال متشکل از سلولهای دوکی نسبتاً منورف بصورت دستجات متقاطع (در قسمت میانی برش طولی و در اطراف برش عرضی سلولها مشاهده میگردد).



شکل شماره ۴ - نمای طبیعی لوله مری با نشان میدهد (بعد از عمل)

مراجع

1. Appelman. HD .Stromal tumors of esophagus, stomach and duodenum. Appelman HD(ed). Contemporary issues in surgical pathology. 1984; 4.
2. Bensaid J, Doumeix JJ. et al. Giant leiomyoma of the esophagus by echocardiography. Arch Mal Coeur-Vaiss. 1990; 83(3): 419-23.
3. Bourque. M.D., Spigland N et al. Esophageal leiomyoma in children:Two case reports and review of the literature. J. Pediat surg. 1989; 24(10):1103-7.
4. Dujon A, Carnot F, et al. 6 para-esophageal cysts, discussion on their origins. Annal radiol paris.1991; 34(4): 261-6
5. Eda Y, Asaki S, et al .Endoscopic treatment for submucosal tumors of esophagus :studies in 25 patients. Gastroenterol Jpn 1990; 25 (4): 411-6.
6. Kafai F, Mirbod P. Hamartoma of the esophagus .The British J of clinic pract. 1977; 31(10): 154-57.
7. Lange V,Wenk H et al. Laser vaporization of leiomyoma of the esophagus. Laser surg. Med. 1989; 9(1): 74-5.
8. Little AG ,McGregor BG. Leiomyoma of esophagus. Moossa AR; Schimppf SC, Robson MC (eds) : Comprehensive textbook of oncology. 2nd ed. Baltimore Williams & Wilkins, P 1991; 860-61.
9. Postlethwait RW . Benign tumors and cysts of the esophagus The surg clinics of North America. 1993; 63(4) 225-8.
10. Rendina EA ,Venuta F et al. Leiomyoma of the esophagus . Scand J Thorac Cardiovas. Surg. 1990; 24(1): 79-82.
11. Ribet M,Sault MC et al. Leiomyoma of the esophagus and pulmonary metastasis.J.Chir Paris, 1989; 126(8-9): 451- 5.
12. Rosai J. Smooth muscle tumors. Ackerman S Surgical Pathol . 7th ed. Louis. the C.V. Mosby co. 1989; 481.
13. Rosenberg JC,Lichter AS , Leichman LP. Benign tumors of mesodermal origin of esophagus. Devita TV, Hellman SJ, Rosenberg J C (eds):Cancer principles & Practice of oncology 3rd ed. Philadelphia J.B.Lippincott co. P 726.
14. Saitoh K,Nasu M et al. Solitary neurofibroma of the esophagus . Acta pathol Jpn 1985; 35:527.
15. Schorlemmer GR ,Battaglini MD et al. The cervical approach to esophageal leiomyomas. The Annals of Thora. Surg. 1983; 35(4): 469-71.
16. Scott HS,Horatio TE et al. Non-epithelial tumors and pseudotumors of esophagus. Silverberg SG(ed) : Principles and practice of surgical pathol 2nd ed . churchill livingstone 1990; P 1038-9.
17. Seremetis MG, Lyons WS, et al. Leiomyomata of the esophagus, an analysis of 838 cases . Cancer 1976; 38: 2166-77.
18. Sotnikov VN. Endoscopic treatment of patients with benign non-epithelial tumors of esophagus , stomach and duodenum. Sov. Med. 1991; 10:26-8.
19. Standerfer RJ,Paneth M. Recurrent leiomyoma of the oesophagus , Thorax. 1982; 37:478-9.
20. Ueyama. T, Guo KJ et al. A clinical pathologic and immunohistochemical study of gastrointestinal stromal tumor.Cancer 1992; 69(4): 974-55.
21. Vallacys JH,Cuvelier CA et al. Combined leiomyomatosis of the small intestine and colon. Arch pathol lab. Med. 1992; 116 (3): 281-3.
22. Volpi A, Turato. R, Ventura G. Leiomyoma of esophagus compressing the left atrium. G Ital cardiol 1991; 21(1): 95-8.

* * *