

لنفوسارکم روده کوچک

مطالعه رادیولوژیک و معرفی شش مورد

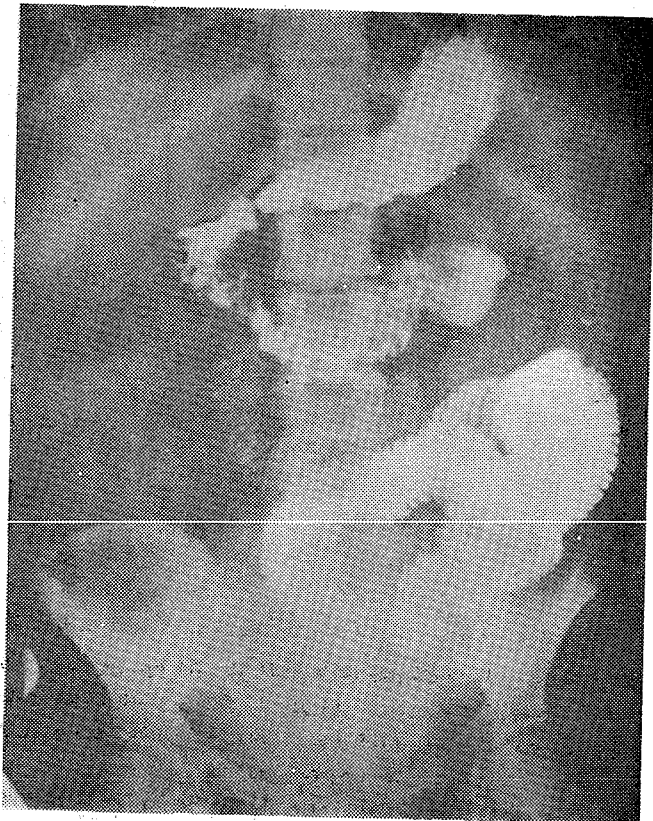
دکتر حسن مقصودی *

مقدمه :

لنفوم دستگاه هاضمه تومر نادری شناخته شده است در صورتی که متأسفانه در مملکت ما این تومور فراوان می باشد و بویژه لنفوسارکم روده کوچک از نوع دیگر رتیکولوسارکم و یاهوچکین فراوان تر است . هدف این مقاله شرح علائم رادیولوژیک و شناسائی آن ضمن آزمایش رادیوگرافی شکم و روده کوچک می باشد و بنظر میرسد که هر گاه به آزمایش رادیولوژیک روده کوچک و تمام لوله هاضمه بیشتر توجه شود انواع لنفوم اولیه هاضمه در مراحل غیر پیشرفته و قابل جراحی و یا رادیوتراپی را بیشتر بتوان افشاء نمود .

معرفی بیماران :

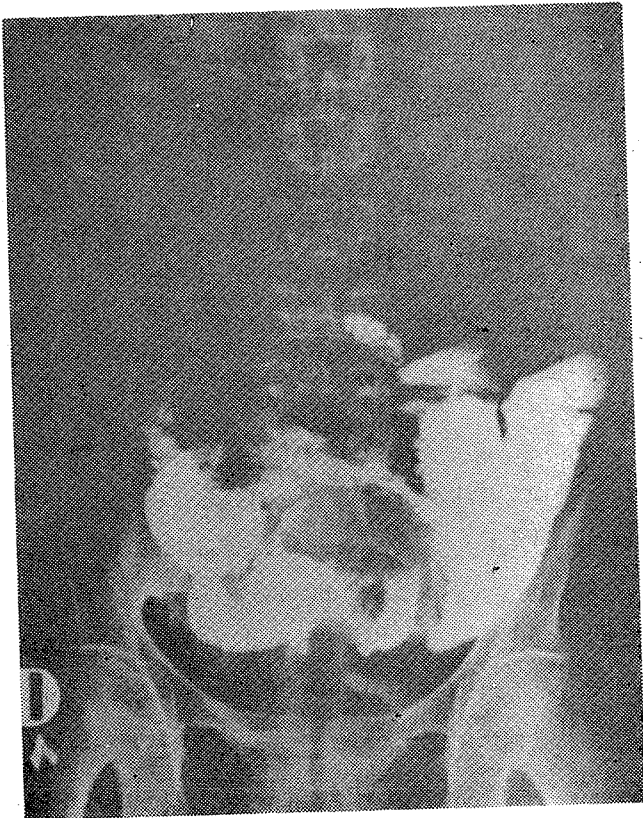
بیمار اول - زن ۲۸ ساله ایست که بعلت درد مبهم شکمی و اختلال هاضمه و بی اشتهائی مراجعه میکند و در لمس شکم توده دردناکی در محل معده و قدری پائین تر احساس می شود . در آزمایش معده ضمن رادیوسکوپی، آنترمعده باریک و سخت بنظر رسید و جدار آن ناصاف بود معهدا تخلیه فوق العاده سریع بود و قوس دوازدهه بلافاصله پر شد و منظره انفیلتراسیون بولیپوئید نشان داد، بدین جهت یک فیلم از شکم جهت مطالعه معده و روده های کوچک تهیه گردید (شکل ۱) که تصاویر ذکر شده را بخوبی نشان میدهد .



شکل ۱ - جدار معده در محل انحای بزرگ و کوچک ناصاف و محل آنتر معده باریک و سخت شده قوسهای زوونیم منظره انفیلتراسیون بولیپوئید نشان میدهد، کادرائی تشریحی باز بنظر میرسد لکن علت آن ادنوباتی یا بزرگی سرپانکراس نبود و مربوط به ضخامت جدار اثنی عشر می باشد.

در آزمایش کولون تغییر شکل بصورت اثر فشار خارجی بر روی سیگموئید دیده می شد .

در ترانزیت روده توهموری در قسمت وسطی ایلتون نمایانست (شکل ۳) که قوسهای روده کوچک را از یکدیگر دور ساخته و قسمتی از ایلتون را که مبتلامی باشد متسع ساخته و از آن فیستولی بداخل توده بزرگ کشیده شده است .



شکل ۳- توده بزرگی در محل يك قوس زوونم مبتلا و متسع شده دیده میشود که قوسهای روده را در مجاور خود باطراف زده است و يك فیستول بداخل توهم نشان میدهد . این شکل يك نوع آندو اکرو انتریک می باشد .

در جراحی روده کوچک و قسمتی از مزانتر آن که دچار توهم بود برداشته شد که در آزمایش پاتولوژی تشخیص لنفوسارکوم بود، بدون ابتلاء لنفاتیکهای مزانتر .

بیمار چهارم- مردیست ۴۵ ساله با درد ناحیه آپاندیس و توده کوچک قابل لمس که برای اطلاع از وضع سکوم و آپاندیس برای آزمایش کولون معرفی میشود. در روی فیلم تخلیه که مقداری باریم به ایلتون راه یافته (شکل ۴) تصویر يك قوس روده کوچک اتساع یافته با حدود نامنظم و بی شکل دیده شد که همراه با اثر فشار خارجی بر روی سکوم بود.

در جراحی قسمتی از ایلتون و سکوم در مجاور آن و قسمتی از زاویه کبدي و کولون ترانسورس مبتلا شناخته و برداشته

در معاینه، بزرگی طحال و یا کبد و یا ادنوپاتی محیطی و مدیاستینال مشاهده نشد .

در جراحی شکم تومور معده و قوس دوازدهه تا زاویه تریتز دیده شد که غیر قابل عمل بود. در یوپسی تشخیص لنفوسارکوم بود .

بیمار دوم- مردیست ۲۶ ساله که با درد شکم و تومور بزرگ قابل لمس مراجعه میکند .

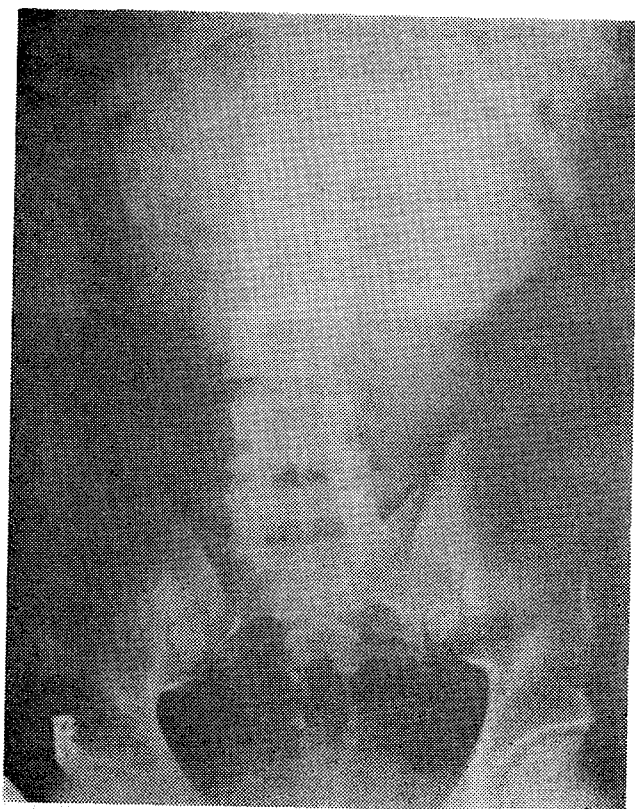
در ترانزیت روده کوچک اتساع در قسمت سوم اثنی عشر دیده می شود (شکل ۲) که همراه با برجستگی چینهای مخاطی و منظره پولیپوئید در آن می باشد، ضمناً يك قوس دیگر نیز در قسمت میانی ژزونم دچار می باشد .



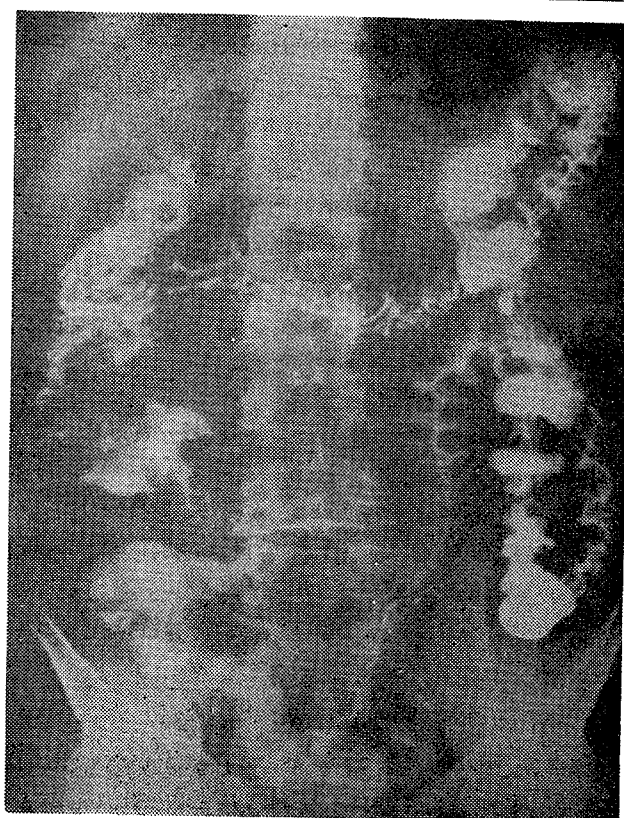
شکل ۴- قوس سوم اثنی عشر اتساع یافته، چینهای مخاطی برجسته تر از عادی هستند. يك قوس دیگر نیز در زیر آن در وسط ژزونم مبتلاست که اتساع و مختصری نیز تنگی ایجاد کرده و تصویر يك اسکاریس در پائین ژزونم مشهود است .

تشخیص در رادیولوژی لنفوم روده مطرح شد و ضمن جراحی شکم معلوم شد که این تودهها غیر قابل عمل است بدین جهت بیمار تحت درمان طبی قرار گرفت .

بیمار سوم- مردیست ۵۰ ساله با تومور شکمی بزرگ که در لمس دردناک می باشد بدون آثار بالینی قابل توجه دیگر .



شکل ۵- ترشح کلیه چپ هنوز ظاهر نشده کلیه راست اندکی ترشح نشان میدهد. تصویر روشن مثلثی در سمت چپ شکم مربوط به يك قوس ژژونم متسع شده می باشد که منظره لبوله تومور در ضلع فوقانی آن مشهود است.



شکل ۴- ایلئون ترمینال و قسمتی از دیوار کوم مبنلاست و يك نوع اکثریات در محل ایلئون می باشد. ضمناً برجستگی مخاط و سختی جدار کولون عرضی در نزدیکی زاویه کبدي مشاهده می شود که نشانه ابتلاء کولون می باشد .

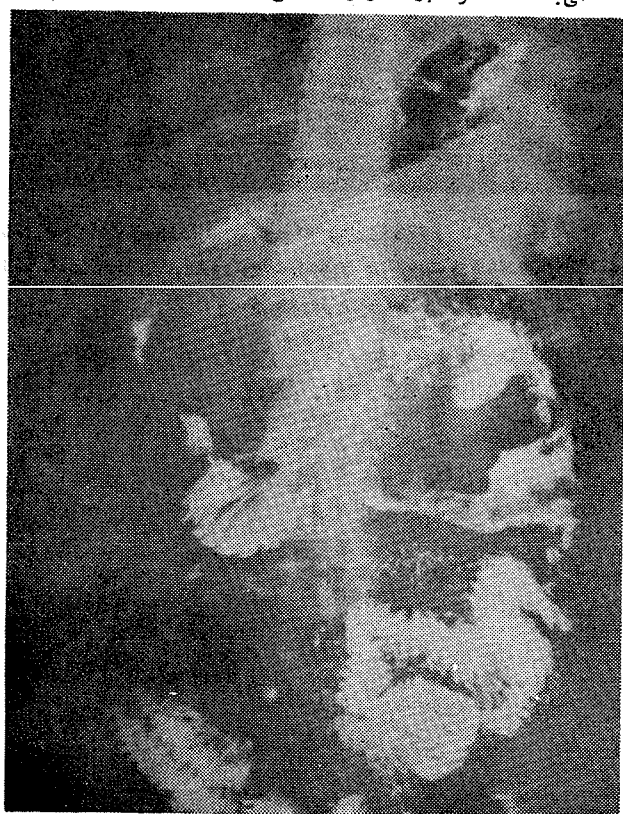
شد . در پاتولوژی ، بیوپسی از هر سه قسمت لنفوسارکم نشان داد .

بیمار پنجم- مردیست ۲۸ ساله و برای نوموری که در سمت چپ شکم دارد، با تشخیص ضایعه کلیوی و دستگاه ادراری برای آزمایش اوروگرافی معرفی میشود .

در فیلم های اوروگرافی يك تصویر هوائی مثلثی شکل در سمت چپ شکم روی تمام فیلم ها تقریباً بدون تغییر واضح دیده شد که ضلع فوقانی آن يك تومور لبوله را نشان میداد (شکل ۵).

بنظر رسید که بیمار دچار يك تومور روده کوچک باشد. در آزمایش ترانزیت روده کوچک (شکل ۶) تصویر نامبرده بالا در روده کوچک یعنی ابتدای ژژونم باز دیده می شود که محتوی باریم و مقداری گاز می باشد و در جراحی تومور قابل عمل بود. ادنوپاتی مزانترو تغییر شکل خاصی نداشت. بیوپسی، لنفوسارکم روده کوچک را نشان داد .

شکل ۶- در ترانزیت روده منظره روده مبتلا و محتوی باریم با تصویر قبلی (شکل ۵) کاملاً قابل تطبیق می باشد.



ضمناً در انواع اکتزینانت در فیلم ساده شکم ممکن است با دیدن يك فضای محتوی گاز که نه به هوای معده و روده کوچک و نه به هوای داخلی کولون شبیه است تشخیص لنفوم را مطرح نموده و با آزمایش ترانزیت روده کوچک بررسی دقیق تری بعمل آورد .

* * *

از آقایان دکتر ضیاء شمس و دکتر شمس شریعت که برای تشخیص این بیماران دقت و صرف وقت نموده اند تشکر مینماید .

در اینجا شش مورد لنفوسارکوم روده کوچک معرفی شد که همه تومر قابل لمس در شکم داشتند و اکثراً ضایعه را در قسمت اول ژژونم نشان دادند که این خود اهمیت مطالعه ابتدای روده را ضمن آزمایشات روزمره معده ائسی عشر یادآور میسازد و بنظر میرسد که تهیه فیلم يك ساعت بعد در آزمایش معده که در بعضی از ممالک خارجی بطور معمول انجام میشود ضروریست و میتواند موارد غیر پیشرفته از لنفوم ابتدای روده کوچک را در رادیولوژی نشان دهد .

REFERENCES

- 1- Allen, A.W., Donaldson, G., Sniffen, R.C. et Goodule F.: *Amer. J. Surg.*, 140: 428-438, 1954.
- 2- Cattan, Roger : *Bull. Soc. Med. Hop. Paris*, 40,: 44, 1953.
- 3- Cattan, Roger., Carraso R., Frumusan P., Hoppeler A. et Zerach, CH. *Arch. Mal. App. Dig.*, 40: 1289-1301, 1951.
- 4- Claisse, R., Delayeuna, J. et Estienne, B., *Présse. Med*, 73: 845-850, 1965.
- 5- Delannoy, E. et Logache, G., *Arch. Mal. Appar. Dig.*, II, 744-749, 1948.
- 6- Ellis, H.A., et Lannigan. R., *Gut*. 4: 145, 1963.
- 7- Friedman, A.J., *Amer. J. Med.*, 26: 783 1956.
- 8- Greenfield, H.: *Amer. J. Roent.* 36: 674-677, 1936.
- 9- Gricouroff, G, *J. Radoil.* 47: 136-146, 1966.
- 10- Marshak, and Lindner *Radiology of the small intestine* 358, 360, 361, Saunders Company, 1970.
- 11- Nardi, C.: *Ann. Chir* (Paris) 15: 1472, 1961.
- 12- Nicolo, D.M. Hayness L.B. et Primstifs, *Surg. Gynec. Obstet.* 117: 433-437, 1963.
- 13- Pellier, D.: *J. Radiol.* 47: 146-179, 1960.
- 14- Poer, D.H. *Surgery*, 23: 345-362, 1948.
- 15- Roze, R. et Gras F., *Journ. de radiol.* 44: 809-818, 1963.
- 16- Shackelford, R.T., Wood, S. et Boetnott, J.K. *Amer. J. Surg.* 3: 292-300, 1961.
- 17- Snoddy, W.T. *Gastroentologie.*, 20: 537-553, 1952.
- 18- Spellberg, M.A. et Zivin, S. *Arch. Intern. Med.* 83: 135-149, 1949.
- 19- Sperlling, I. *Arch. Surg* 68: 179-190, 1954.
- 20- Vachon et Coll.: *Arch. de Mal. l'app. dig*, 51: 1193-1197, 1962.
- 21- Wang, C.C. et Petersen, J.A. *Acta Radiol*, 463: 523-532, 1965.