

لنفوم غیر هوچکین پانکراس در یک مرد جوان با درد شکم و هیپر اسپلینیسیم: گزارش موردی

چکیده

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۱۰/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۷/۱۰

زمینه: لنفوم اولیه پانکراس بسیار نادر است و حدود ۴/۹-۰/۲ درصد از کل بدخیمی‌های پانکراس را شامل می‌شود. تشخیص لنفوم اولیه پانکراس مشکل است چون علائم و نشانه‌های آن مشابه آدنوکارسینوم پانکراس می‌باشد.

معرفی بیمار: آقای ۳۰ ساله‌ای با درد شکم مراجعه کردند. در بررسی‌ها متوجه طحال بزرگ و کاهش سه رده سلول‌های خونی شده و به این ترتیب بیمار آماده برای طحال برداری گشت. در موقع لاپاراتومی متوجه توده‌ای در پانکراس شده که از آن نمونه‌گیری انجام و در پاتولوژی لنفوم لنفوبلاستیک پانکراس گزارش شد.

نتیجه‌گیری: تشخیص لنفوم از آدنوکارسینوم پانکراس بسیار مهم است. چون درمان و پیش‌آگهی آن‌ها با هم کاملاً متفاوت است. لنفوم پانکراس باید همیشه در تشخیص‌های افتراقی توده‌های پانکراس قرار بگیرد و به خصوص در افراد جوان قبل از اقدام به جراحی رادیکال نمونه‌گیری از توده انجام شود.

کلمات کلیدی: لنفوم، پانکراس، هیپراسپلینیسیم.

سید ابراهیم نوریان^۱

علی اکبر بیگی^۲، معصومه صفایی^۱
کیان حشمت قهدریجانی^{۳*}

۱- گروه جراحی عمومی

۲- گروه جراحی عروق

۳- گروه قلب و عروق

۱، ۲ و ۳- بیمارستان الزهرا (س)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

* نویسنده مسئول: اصفهان، خیابان هزارجریب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. تلفن: ۰۳۱۱-۶۶۸۶۱۶۰
E-mail: kiyan_heshmat@yahoo.com

مقدمه

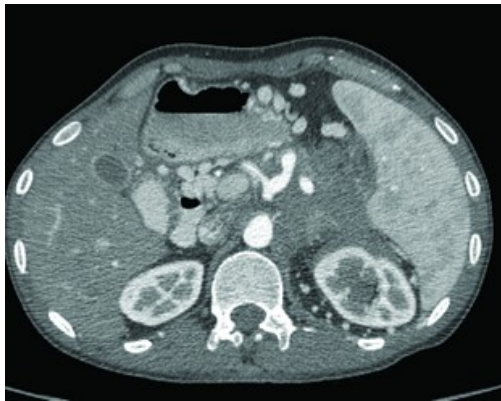
ناف با تمایل بیش‌تر به قسمت چپ و فوقانی شکم و به صورت مداوم بود که به پشت بیمار نیز تیر می‌کشید. درد از حدود دو ماه پیش شروع و به تدریج افزایش یافته بود و از سه روز پیش مانع خواب بیمار می‌شد. این درد شب‌ها بیش‌تر بود و با اجابت مزاج ارتباطی نداشت، با غذا خوردن بدتر و با راه رفتن بهتر می‌شد. علاوه بر آن، بیمار حالت تهوع و استفراغ غیر خونی پس از صرف غذا را از زمان شروع دردها ذکر می‌کرد. تب و لرز، تعریق شبانه، خارش و علائم ادراری نداشت.

از دو ماه پیش دچار کاهش اشتها شده بود و کاهش وزن ناخواسته در حدود ۱۰٪ وزنش را در دو ماه اخیر ذکر می‌کرد. بیمار تاریخچه پزشکی خاصی را قبل از این دو ماه ذکر نکرد و سابقه بستری در بیمارستان را نداشت. در این مدت به پزشک مراجعه نکرده و دارویی نیز مصرف نمی‌کرده است. در معاینه شکم تندرست در اطراف ناف و به ویژه در سمت چپ شکم داشت ولی شکم نرم و

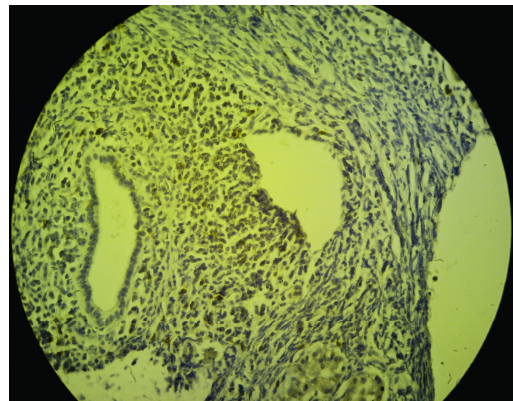
آدنوکارسینوم داکتال (Ductal adenocarcinoma) حدود ۸۵٪ تومورهای پانکراس را شامل می‌شود. ولی لنفوم اولیه پانکراس بسیار نادر است و حدود ۴/۹-۰/۲ درصد از کل بدخیمی‌های پانکراس را شامل می‌شود.^۱ از طرف دیگر کم‌تر از یک درصد از لنفوم‌های غیر هوچکین (Non-Hodgkin's Lymphoma, NHL) به صورت اولیه در پانکراس ایجاد می‌شوند.^{۲،۳} مقاله زیر معرفی بیماری با درد ناحیه چپ و فوقانی شکم می‌باشد که پس از بررسی‌ها تشخیص لنفوم غیر هوچکین پانکراس با تظاهر هیپراسپلینیسیم بود.

معرفی بیمار

آقای ۳۰ ساله‌ای با شکایت درد شکم مراجعه کرد که در اطراف



شکل ۲: مقطعی از CT اسکن بیمار: توده هیپودنس بافت نرم در قسمت قدامی-داخلی کلیه چپ که قسمتی از کلیه چپ و عروق طحالی را پوشانده است.



شکل ۱: نمونه پاتولوژی بیمار و بررسی هیستوشیمی با ترمینال دنوکسی نوکلئوتید ترانسفراز که مطرح کننده لنفوم لنفوبلاستیک می باشد.

آتیپی بودند. نتایج بررسی ایمونوهیستوشیمی به شرح زیر بود: (شکل ۱) مارکرهای CK، CD20 و کروموگرانین منفی بودند ولی مارکرهای Tdt و LCA به صورت منتشر مثبت، مارکر Ki67 در ۷۰٪ سلول‌ها مثبت و مارکر CD3 در بعضی سلول‌های لنفوییدی مثبت گزارش شدند. با توجه به پاتولوژی و بررسی ایمونوهیستوشیمی برای بیمار لنفوم لنفوبلاستیک مطرح شد.

پس از عمل جراحی برای بیمار سی تی-اسکن مولتی اسلایس درخواست شد که به صورت زیر گزارش شده بود: توده هیپودنس بافت نرم به ابعاد ۵×۵×۶ سانتی‌متر در قسمت قدامی-داخلی کلیه چپ وجود داشت که قابل افتراق از تنه و دم پانکراس نبود و کلیه چپ و عروق طحالی را پوشانده بود. این توده هیچ‌گونه افزایش جذب کتراست نداشت. لنفادنوپاتی پارائورت وجود نداشت. اسپلنومگالی وجود داشت (شکل ۲). برای بررسی شریان و ورید کلیه چپ سی تی-آنژیوگرافی انجام شد که نرمال بودند. برای بررسی لنفادنوپاتی مדיاستن سی تی اسکن قفسه صدری انجام شد که نرمال بود. پس از آن بیمار جهت کموتراپی به انکولوژیست ارجاع شد و تحت کموتراپی قرار گرفت.

بحث

لنفوم غیر هوچکین (NHL) شامل گروه ناهمگونی از بدخیمی‌های

بدون گاردینگ بود. بیمار لنفادنوپاتی و ضایعه پوستی خاصی نداشت. در آزمایش‌های انجام شده در هنگام ورود کاهش در هر سه رده سلول‌های خونی داشت و سایر آزمایشات طبیعی بود. در سونوگرافی شکم و لگن، کبد و مجاری صفراوی و کلیه‌ها و مجاری ادراری طبیعی بودند ولی طحال دارای اندازه ۱۴۷ میلی‌متر (بزرگ‌تر از حد طبیعی) و دارای پارانشیم طبیعی بود. ورید طحالی قطر طبیعی داشته ولی ترومبوز نداشت. به دلیل پان سیتوپنی در بخش داخلی برای بیمار نمونه‌گیری از مغز استخوان انجام شد که در آن هیپرپلازی در تمام رده‌های سلولی گزارش شد و نکته پاتولوژیک دیگری نداشت. پس از آن بیمار با تشخیص هیپراسپلینسم جهت اسپلنکتومی به بخش جراحی ارجاع شد و کاندید لاپاراتومی گشت.

یافته‌های لاپاراتومی: شکم با برش خط وسط باز شد. توده‌ای بزرگ به ابعاد ۱۸×۱۰/۵ سانتی‌متر در محاذات دم پانکراس دیده شد که ناف طحال و قسمت سوم و چهارم دئودنوم و خم طحالی کولون را درگیر کرده بود. برای بیمار اسپلنکتومی انجام نشد و فقط بیوپسی از توده پانکراس به ابعاد ۱/۲×۰/۷×۰/۵ سانتی‌متر با قوام به نسبت نرم و به رنگ صورتی برداشته شد و نمونه به پاتولوژی ارسال شد.

در جواب پاتولوژی: مقاطعی از ساختارهای آسینی و داکتال پانکراس طبیعی مشهود بود. در حاشیه ارتشاح سلول‌های لنفوییدی مونو-تون همراه با تخریب ساختارهای آسینی و فشردگی هسته مشاهده شد. این سلول‌ها دارای طرح کروماتین ظریف فاقد هستک و

وجود لنفادنوپاتی در اطراف پانکراس و نیز عدم درگیری شریان مزانتربیک فوقانی به نفع لنفوم پانکراس است. در حالی که محل توده در پانکراس در تشخیص نوع توده موثر نیست. علی‌رغم تمامی این‌ها تشخیص قطعی با پاتولوژی خواهد بود. آسپیراسیون سوزنی تحت هدایت سی‌تی‌اسکن، نیاز به جراحی باز برای تشخیص را از بین برده است. به تازگی از سونوگرافی اندوسکوپییک به همراه آسپیراسیون سوزنی نیز برای این منظور استفاده شده است.^{۱۰} درمان اولیه برای لنفوم پانکراس که با روش‌های غیر از جراحی تشخیص داده می‌شوند استفاده هم‌زمان از کموتراپی و رادیوتراپی است.^{۱۱}

رژکسیون جراحی در موارد لنفوم پانکراس لوکالیزه می‌تواند مفید باشد.^{۱۲} NHL در ۵۰٪ موارد با کموتراپی و رادیوتراپی قابل درمان است. Ezzat نشان داد که از پنج بیمار مبتلا به لنفوم پانکراس همگی با کموتراپی و رادیوتراپی بهبودی پیدا کرد و تنها یک نفر از آن‌ها پس از یک سال دچار عود شد.^{۱۲}

تشخیص لنفوم پانکراس از آدنوکارسینوم پانکراس بسیار مهم است چون درمان و پیش‌آگهی آن‌ها با هم کاملاً متفاوت است. لنفوم پانکراس باید همیشه در تشخیص‌های افتراقی توده‌های پانکراس قرار بگیرد و به خصوص در افراد جوان قبل از اقدام به جراحی رادیکال، نمونه‌گیری از توده به عمل آید. شاید بهترین کار، آسپیراسیون سوزنی تحت هدایت سی‌تی باشد که نیاز به جراحی باز برای تشخیص را از بین برده است. در نهایت شروع سریع درمان کموتراپی در لنفوم پانکراس نیز می‌تواند برای بیمار مفید باشد.

سپاسگزاری: از سرکار خانم دکتر دیانا طاهری عضو هیأت علمی آسیب‌شناسی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تشکر و قدردانی می‌شود.

لنفوبیدی هستند که از نظرهای مختلف با یکدیگر فرق دارند. بیش از ۲۵٪ از NHL از خارج از ارگان‌های لنفاوی منشا می‌گیرند. شایع‌ترین محل‌های درگیری خارج عقده‌ای، دستگاه گوارش و مغز استخوان و کبد هستند و در دستگاه گوارش بیش‌تر مری، اوروفارنکس و کولون را درگیر می‌کنند و درگیری پانکراس غیر شایع است. حدود ۳۰٪ از NHL می‌تواند پانکراس را درگیر کند در حالی که Primary Pancreatic Lymphoma (PPL) کم‌تر از ۱٪ از NHLها را شامل می‌شود.^{۵،۶} لنفوم لنفوبلاستیک نوعی لنفوم است که با توجه به منشا سلول‌های T بودن آن و وجود ترمینال دنوکسی نوکلئوتید ترانسفراز (TdT) از سایر لنفوم‌ها تمیز داده می‌شود. این نوع لنفوم معمولاً مردان جوان را درگیر می‌کند. علائم بالینی PPL شامل دل درد (۷۵٪)، توده قابل لمس شکمی (۵۴٪)، کاهش وزن (۵۰٪)، زردی (۴۰٪)، تعریق شبانه (۲۲٪) و تب (۲۰٪) می‌باشد.

این علائم با علائم داکتال آدنوکارسینوم پانکراس شباهت دارد.^{۴،۷} علائم آزمایشگاهی قادر به تشخیص توده‌های مختلف پانکراس از هم نیست. سونوگرافی شکمی وسیله خوبی جهت تشخیص توده‌های پانکراس نمی‌باشد که شاید این به خاطر خلف صفاقی بودن پانکراس و تداخلات گازی در روده‌ها باشد. همان‌طور که در بیمار ذکر شده، سونوگرافی هیچ کمکی به تشخیص توده پانکراس نکرد. سی‌تی‌اسکن اسپیرال با کنتراست بهترین وسیله تشخیصی برای تشخیص توده‌های پانکراس است.^{۸،۹} در صورت وجود توده‌ای بزرگ که به سرعت در حال رشد است باید به لنفوم پانکراس شک کرد.^۳ توده بالای ۱۰ cm به احتمال کم‌تری آدنوکارسینوم است. در حالی که ۶۰٪ لنفوم‌های پانکراس بالای ۶ cm اندازه دارند.^۴ اندازه بزرگ تومور، اسپلنومگالی،

References

- Cubilla AL, Fitzgerald PJ. Tumors of the exocrine pancreas. In: Hartmann WH, Sobin LH, editors. 2nd series, fascicle 19. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1984. p.109-83.
- Kalil AN, Reck dos Santos PA, Azambuja DB, Beck PE. A case of retroperitoneal lymphoma presenting as pancreatic tumor. *Hepatogastroenterology* 2004;51(55):259-61.
- Lee MK, Jeon SW, Lee YD, Seo HE, Cho CM, Kim SG, et al. A case of primary pancreatic non-Hodgkin's lymphoma. *Korean J Intern Med* 2006;21(2):123-6.
- Salvatore JR, Cooper B, Shah I, Kummet T. Primary pancreatic lymphoma: a case report, literature review, and proposal for nomenclature. *Med Oncol* 2000;17(3):237-47.
- Behrns KE, Sarr MG, Strickler JG. Pancreatic lymphoma: is it a surgical disease? *Pancreas* 1994;9(5):662-7.
- Freeman C, Berg JW, Cutler SJ. Occurrence and prognosis of extranodal lymphomas. *Cancer* 1972;29(1):252-60.
- Saif MW. Primary pancreatic lymphomas. *JOP* 2006;7(3):262-73.
- McNulty NJ, Francis IR, Platt JF, Cohan RH, Korobkin M, Gebremariam A. Multi: detector row helical CT of the pancreas: effect of contrast-enhanced multiphase imaging on enhancement of the pancreas, peripancreatic vasculature, and pancreatic adenocarcinoma. *Radiology* 2001;220(1):97-102.
- Kelekis NL, Semelka RC. MRI of pancreatic tumors. *Eur Radiol* 1997;7(6):875-86.

10. Di Stasi M, Lencioni R, Solmi L, Magnolfi F, Caturelli E, De Sio I, et al. Ultrasound-guided fine needle biopsy of pancreatic masses: results of a multicenter study. *Am J Gastroenterol* 1998;93(8):1329-33.
11. Koniaris LG, Lillemoe KD, Yeo CJ, Abrams RA, Colemann J, Nakeeb A, et al. Is there a role for surgical resection in the treatment of early-stage pancreatic lymphoma? *J Am Coll Surg* 2000;190(3):319-30.
12. Ezzat A, Jamshed A, Khafaga Y, Rahal M, Linjawi T, Martin J, et al. Primary pancreatic non-Hodgkin's lymphomas. *J Clin Gastroenterol* 1996;23(2):109-12.

Primary pancreatic Non-Hodgkin's Lymphoma in a young man with abdominal pain and hypersplenism: *a case report*

Sayed Ebrahim Noorian M.D.¹
 Ali Akbar Beigi M.D.²
 Masoumeh Safaee M.D.¹
 Kiyān Heshmat-Ghahdarjani
 M.D.^{3*}

1- Department of General Surgery,
 Al-Zahra Hospital, Isfahan
 University of Medical Sciences and
 Health Services, Isfahan, Iran.

2- Department of Vascular Surgery,
 Al-Zahra Hospital, Isfahan
 University of Medical Sciences and
 Health Services, Isfahan, Iran.

3- Department of Cardiology,
 Isfahan University of Medical
 Sciences and Health Services, Al-
 Zahra Hospital, Isfahan, Iran.

* Corresponding author: Isfahan
 University of Medical Sciences,
 Hezarjarib St., Isfahan, Iran.
 Tel: +98- 311- 6686160
 E-mail: Kiyān_heshmat@yahoo.com

Abstract

Received: January 01, 2012 Accepted: October 01, 2012

Background: Primary pancreatic lymphoma is really rare and comprising about 0.2-4.9% of all pancreatic malignancies. The diagnosis of this lymphoma is very difficult because the clinical symptoms and signs resemble those of pancreatic adenocarcinoma.

Case presentation: A 30-year old man was admitted to the hospital with the complaint of left upper abdominal pain. Because of his splenomegaly and pancytopenia he was candidate for splenectomy but during operation a large mass was found in the pancreas and biopsy was taken from it. Pathology reported lymphoblastic lymphoma of pancreas.

Conclusion: It is important to differentiate between primary lymphoma and the adenocarcinoma of the pancreas as prognosis and treatment of them differ significantly. Primary pancreatic lymphoma should be considered in differential diagnosis of pancreatic tumors and an attempt to obtain tissue diagnosis is always necessary before radical surgery, especially in young patients.

Keywords: hypersplenism, lymphoma, pancreas.