

## گزارش مورد

### گزارش یک مورد خونریزی داخل صفاقی به علت لیومیومای معده

#### چکیده

بیمار زنی ۷۰ ساله بود که به علت درد ربع فوقانی چپ (LUQ) به مدت ۷۲ ساعت قبل از بستری شدن مراجعه کرده بود. در معاینه بیمار رنگ پریده بود و افت فشارخون و تاکی کاردی داشت و یک توده حساس و دردناک در ربع فوقانی چپ در معاینه شکم بیمار لمس می شد. سونوگرافی ضمن تایید توده فوق مقادیر زیادی مایع آزاد در شکم با هماتوم خلف صفاقی را گزارش کرد. به دلیل نبودن شرح حال تروما با تشخیص احتمالی خونریزی داخلی به علت نامعلوم، بیمار تحت عمل لاپاروتومی قرار گرفت و تومور بزرگ فاندوس معده با خونریزی خلف صفاقی و درون صفاقی بدون ایجاد نفوذ یا خونریزی به درون معده مشخص گردید. علت گزارش به علت نادر بودن عارضه خونریزی داخل صفاقی در این نوع تومورها بوده است. بیمار روز هفتم پس از عمل مرخص گردید. هیستوپاتولوژی تومور لیومیوم معده گزارش شد.

کلید واژه‌ها: لیومیوم، انژیوگاستریک، خونریزی داخل صفاقی، خونریزی خلف صفاقی

دکتر بیژن آریا

استادیار گروه جراحی عمومی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دکتر رامین آذرهوش

استادیار گروه آسیب شناسی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

نویسنده مسؤول: دکتر بیژن آریا

پست الکترونیکی: arye\_b1339@yahoo.com

نشانی: گرگان، مرکز آموزشی - درمانی پنجم آذر

بخش جراحی

تلفن: ۴-۲۲۲۰۵۶۱ و نمابر: ۴۴۲۱۶۵۷-۰۱۷۱

وصول مقاله: ۸۳/۱۱/۲۴

اصلاح نهایی: ۸۴/۲/۱۰

پذیرش مقاله: ۸۴/۲/۲۰

#### مقدمه

در حدود ۵۰ درصد تومورهای استرومال دستگاه گوارش از معده منشاء می گیرد. شایع ترین نوع آن لیومیوم است که از سلول های پلی گونال و دوکی شکل تشکیل می شود (۱).

در برخی مواقع ممکن است سلول های تومور واضحاً تمایز سلولی نداشته و از سلول های اولیه مزانکیمال تشکیل شده و تمایز سلولی به یک یا چند رده سلولی شباهت داشته باشد. اگر سلول ها با سلول های عضلات صاف شباهت داشته باشد و خوش خیم باشد لیومیوم نامیده می شود (۲).

تظاهر بالینی در اکثر موارد درد شکم و ملنای ناشی از خونریزی دستگاه گوارش فوقانی است (۳). عارضه خونریزی داخل صفاقی ندرتاً گزارش شده است و با توجه به این نکته این گزارش مورد نگارش شد.

#### گزارش مورد

بیمار زنی ۷۰ ساله بود که با درد ربع فوقانی چپ LUQ که در ابتدا خفیف بوده و به تدریج در طی ۷۲ ساعت تشدید شده بود، مراجعه و بستری شده بود. در شرح حال بیمار ضعف و تهوع و استفراغ و بی اشتهاپی و یبوست دیده می شد. شرح حال هماتر و ملنا و ترومای شکم و شرح حال بیماری های ژنیکولوژی قبلی منفی بود. در معاینه نکات مثبت رنگ پریدگی - هیپوتانسیون، ارتواستاتیک و تاکی کاردی و توده دردناک LUQ بود.

آزمایش های پاراکلینیکی شامل قند خون، آزمون های

کبدی و انعقادی (PTT و PT) و شمارش پلاکت ها طبیعی بود. در CBC تعداد لوکوسیت ها ۱۱۷۰۰ و میزان نوتروفیل ها ۷۳ درصد بود. سونوگرافی شکم توده ای به قطر ۱۲×۱۲ سانتی متر با هماتوم اطراف و مایع آزاد درون صفاق را تایید کرد.

بیمار با احتمال خونریزی داخلی به علت نامعلوم لاپاروتومی شد و توده ای در فاندوس معده چسبیده به طحال با هماتوم خلف صفاقی پاره شده به درون صفاق دیده شد. به علت بد حالی بیمار علی رغم قطر زیاد تومور تنها اکسیژون تومور و اسپلنکتومی به علت مجاورت طحال با تومور انجام و معده ترمیم شد. داخل معده خونریزی وجود نداشت و خونریزی تنها به صورت Exogastric ایجاد شده بود.

سیر بستری بیمار بدون عارضه بود و در روز پنجم پس از عمل غذا به صورت مایعات شروع و روز هفتم پس از عمل بیمار از بیمارستان مرخص شد. گزارش پاتولوژی بیمار لیومیوم معده بود (عکس های ۱ و ۲).

رنگ آمیزی ایمونوهیستوشیمیایی برای Desmin و آکتین اختصاصی عضلات مثبت بود و پروتئین ۱۰۰-S برای شوانوم منفی بود.

بیمار علی رغم توجه شدن خطر سرطان عمل ثانویه گاسترکتومی را قبول نکرد ولی در طی ۶ ماه مراجعه ای که داشت مشکل و عارضه ای نداشت.

شایع ترین تظاهر بالینی این تومورها درد شکم و ملنای ناشی از خونریزی دستگاه گوارش فوقانی است (۹). در اکثر موارد بیماری در بالغین دیده می شود (۲).

در معده تومور در ۴۰ درصد موارد در pars media و در ۲۵ درصد موارد در آنتروم دیده می شود. در ۶۰ درصد موارد تومور زیرمخاطی بوده و به داخل معده رشد می کند و نکروز تومور باعث هماتمز می شود (۲). در ۳۰ درصد موارد تومور در زیر سروزا (Subserosal) بوده و در ۱۰ درصد موارد تومور درون جداره (Intramural) قرار دارد (۱۱).

سیر بالینی این تومورها در معده علی رغم نوع سلولی مشابه است (۱۲). این تومورها غالباً تا زمانی که قطر کمتر از ۴ سانتی متر پیدا کنند، تظاهر بالینی ندارند و با قطر بیشتر با کاهش جریان خون در مخاط سطح تومور تحت تاثیر اسید و آنزیم های مخاطی بیمار را دچار خونریزی دستگاه گوارش فوقانی می کند که در موارد خفیف تر ممکن است موجب کم خونی یا تست مثبت گایاک که مدفوع شوند (۱۲).

به ندرت تومورهایی که قبل از کانال پیلور قرار دارند، دچار پرولاپس به داخل پیلور شده و انسداد برون ده معده یا انواژیناسیون ایجاد شود (۱۲ و ۱۳).

خونریزی داخل صفاقی یا خلف صفاقی بسیار به ندرت در تومورهای استرومال (GISTS) دیده می شود.

رادیوگرافی سری دستگاه گوارش فوقانی و آندوسکوپی به تشخیص قبل از عمل کمک می کند.

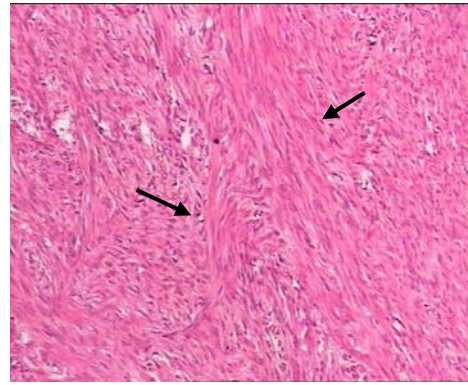
چون تومور در ۶۰ درصد موارد زیر مخاطی است رشد تومور به داخل معده ممکن است خونریزی دستگاه گوارش فوقانی ایجاد کند. رشد تومور به خارج یا به داخل و خارج معده با هم بسیار نادر است.

### نتیجه گیری

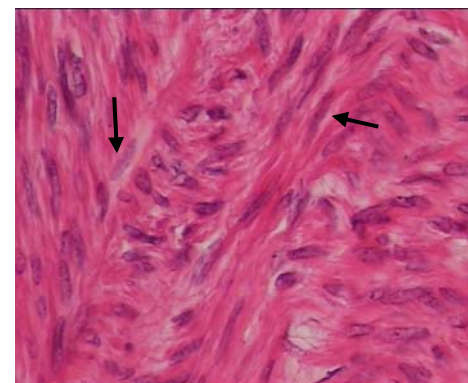
درمان بیماری جراحی و برداشتن موضعی تومورهای کوچک تر از ۴ سانتی متر کافی است (۱۴-۱۲) و اگر تومور بزرگ تر از ۴ سانتی متر قطر داشته باشد و یا بررسی هیستوپاتولوژی ضایعه بدخیمی را گزارش کند، درمان گاسترکتومی استاندارد مشابه آدنوکارسینوما ضرورت پیدا می کند (۱۲ و ۱۳).

در موارد بدخیمی (لیومیوسارکوم) لنفادنکتومی موضعی ارزش درمانی ندارد (۱۲).

پس از عمل کلیه بیمارانی که تنها تحت درمان اکسیزیون موضعی قرار گرفته اند، بایستی پیگیری شوند، زیرا حتی



عکس ۱: لیومیومای معده شامل رشته های عضلات صاف و سلول هایی که آتیپی ندارد و میتوز ندرتاً دیده می شود. (هماتوکسیلین اتوزین ۱۰×۱۰۰)



عکس ۲: لیومیومای معده شامل سلول های دوکی شکل و هسته های دراز که تشکیل دستجات گردبادی را داده اند. (هماتوکسیلین اتوزین ۱۰×۴۰)

### بحث

تومورهای استرومال دستگاه گوارش (GISTS) شامل تومورهای اولیه غیر اپی تلیال سلول های جداره ای معده و روده باریک می شود. این تومورها تفاوت زیادی از لحاظ تمایز سلولی دارند. تومورهای عضلات صاف بیشترین نوع این تومورها را شامل می شود. در رنگ آمیزی هماتوکسیلین اتوزین مانند انواع مشابه لیومیوم در رحم، مری و دیگر مناطق هستند.

سلول های تومور دوکی شکل بوده سیتوپلاسم فیبریلار اسید و فیلیک با واکوئل هایی در طرفین هسته دارند (۲). نکته مهم احتمال بدخیمی آنهاست که در رابطه مستقیم با میزان تمایز سلولی آنها دارد (۴). این سلول ها ممکن است بر اساس تمایز در سه حالت خوش خیم و بدخیم و حدواسط باشند (۲).

قطر تومور بیشتر از ۴/۵ سانتی متر وجود نکروز، خونریزی، افزایش سلولی، آتیپی هسته سلولی و از همه مهم تر تعداد زیاد میتوز نشانه های بدخیمی تومور هستند (۵-۸).

پاتولوژی در تشخیص افتراقی خونریزی داخل صفاقی مدنظر باشد. خصوصاً اگر شرح حال تروما نباشد و احیاناً علایم انسدادی یا خونریزی‌های قبلی معده در شرح حال گذشته بیمار موجود باشد.

مشاهدات ماکروسکوپی حین عمل و میکروسکوپی آسیب‌شناس نمی‌تواند به صورت قطعی خطر بدخیمی را رد کند.

بایستی در نظر داشت ندرتاً لیومیومای معده می‌تواند به صورت خونریزی داخل صفاقی تظاهر پیدا کند و این

## References

- 1) Kay S, Mills AS. Stomach, in Silverberg, principles and practice of surgical pathology. Vol 2. 2nd Ed. Boston. Churchill Livingstone. 1990; PP: 1096-8.
- 2) Rosai J. Ackerman's surgical pathology. Vol 1. Eight Ed. New York. Mosby. St.Louis. 1996; PP: 647-654.
- 3) Pasta V, Monti M, Martino G, Merlino G, Bianchini GP, Boccaccini F, et al. Gastric leiomyoma. Diagnostic and surgical problems. G Chir. 1999; 20(10):413-8.
- 4) Franquemont DW. Differentiation and risk assessment of gastrointestinal stromal tumors. Am J Clin Pathol. 1995; 103(1):41-7.
- 5) Appelman HD, Helwig EB. Sarcomas of the stomach. Am J Clin Pathol. 1977; 67(1):2-10.
- 6) Appelman H, Helwig EB. Cellular leiomyomas of the stomach in 49 patients. Arch Pathol Lab Med. 1977; 101(7):373-7.
- 7) Evans HL. Smooth muscle tumors of the gastrointestinal tract. A study of 56 cases followed for a minimum of 10 years. Cancer. 1985; 56(9):2242-50.
- 8) Amin MB, Ma CK, Linden MD, Kubus JJ, Zarbo RJ. Prognostic value of proliferating cell nuclear antigen index in gastric stromal tumors. Correlation with mitotic count and clinical outcome. Am J Clin Pathol. 1993; 100(4):428-32.
- 9) Farrugia G, Kim CH, Grant CS, Zinsmeister AR. Leiomyosarcoma of the stomach: determinants of long-term survival. Mayo Clin Proc. 1992; 67(6):533-6.
- 10) Palmer ED. Benign intramural tumors of the stomach: a review with special reference to gross pathology. Medicine (Baltimore). 1951; 30(2):81-181.
- 11) Golden T, Stout AP. Smooth muscle tumors of the gastrointestinal tract and retroperitoneal tissues. Surg Gynecol Obstet. 1941; 73:784-810.
- 12) Ashley SW, Evoy D, Daly JM. Stomach. In: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Daly J, Fisher J, Galloway A. Principles of Surgery. 7th ed. New York: McGraw Hill 1999: 1191-7.
- 13) Sabastian MW. Stomach and duodenum. In: Sabiston IC, Lyerly JR. Sabiston Text book of surgery. 15th Ed. vol 2, Philadelphia W.B Saunders. 1997; p : 871-2.
- 14) Rosin PD. Tumors of the stomach. In: Zinne MJ, Maingot R. Maingot's abdominal operations. vol 1. 10th Ed. London: Appleton and lange , 1996 , p :1001-3 .
- 15) Matsuda M, Watanabe Y, Tonosu N, Nabeya Y, Arima H, Matsuzaki H, et al. Hemoperitoneum secondary to exophytic leiomyoma: report of a case. Surg Today. 2000; 30(5):448-50.
- 16) Pera M, Saenz A, Fernandez-Cruz L. Hemoperitoneum due to a ruptured gastric stromal tumor. Dig Surg. 1999; 16(3):248-9.
- 17) Morino G, Caponnetto A, Maio P, Scorza V, Fabbrocini P. Leiomyoma of the stomach. A report of a case with exogastric development. Minerva Chir. 1992; 47(10):941-4.
- 18) Nikolaev NO, Chekmazov IA, Stavinskaia AA, Suvorov AV, Goncharov IS. Gastric leiomyomas. Klin Med (Mosk). 1991; 69(6):56-7.
- 19) Rha SE, Sohn KM, Lee SY, Jung HS, Park SM, Kim KM. Pedunculated exogastric leiomyoblastoma presenting as a wandering abdominal mass. Abdom Imaging. 2000; 25(5):545-7.