

دکتر مرتضی سادات اخوی *

دکتر محمد علی ابراهیمی **

يك مورد تومور گلو موس آورتیک

از بخش جراحی سه بیمارستان پهلوی

در اوایل قرن بیستم متخصصان موفق بکشف جسم مدوری در محل دو شاخه شدن شریان سبات اصلی شدند که قبلا ذکرى از آن نشده بود. کوهن (Kohen) با اعتقاد باینکه این جسم از وابسته‌های دستگاه اعصاب خودکار است نام «پاراگانگلیون» بر آن نهاد بعدها نیز دیگران اجسام مشابهی در مسیر آورت، حفره چشم، گوش و بعضی نواحی دیگر بدن یافتند و بر حسب سلیقه خود نامی بر آنها نهادند و نیز برای مشخص نمودن هر يك از اجسام نام محل واقع شدن آنها را بآخر این اسامی افزودند بدین ترتیب .

(Glumus Aortic , Carotid Body Paraganlion Ciliar etc .)

از نظر فیزیولوژی نیز بعضی از مصنفان آنها را در ردیف غدد داخلی و بعضی دیگر در ردیف کروماфинها قرار دادند و بعضی نیز با سینوس آورت اشتباه کردند . اما امروزه با اینکه هنوز تحقیقات کافی انجام نشده است میدانیم که این اجسام برای خود دستگاه مستقلی را تشکیل میدهند و وظیفه فیزیولوژیکی خاصی برعهده دارند که اینک بذکر پاره‌ای از خصوصیات آنها میپردازیم .

۱- جسم کاروتید - توده ایست بیضی شکل ، سفت و نامنظم برنگ صورتی که در محل دو شاخه شدن کاروتید قرار دارد . از نظر میکروسکپی از یک عده سلول شبیه سلولهای اپیتلیال درست

* استاد و رئیس بخش جراحی سه بیمارستان پهلوی ** استادیار بخش جراحی سه

شده که مانند لانه پرندگان در هم فرورفته‌اند و فاصله آنها را استرومای فیبروزی پر عروقی پر کرده است. يك عصب حساسه نیز از تنه عصب زبانی حلقی باین جسم وارد میشود .

۲ - جسم آورت (Aortic Body - Paraganglion Inferiur Aortico Pulmonary Glomus)

تعداد اجسام آورتنی چهار عدد میباشد که جای مشخصی ندارند ولی همیشه در حوالی مجور آورت‌اند. دو تنای از آنها را در بالا (Supra Cordial Superior) و دو تنای دیگر را که ارتباط نزدیک با عصب واگ دارد در پائین قوس آورت میتوان مشاهده کرد از نظر سلولی شبیه جسم کاروتید میباشد .

۳ - جسم وداجی (Glomus Jugulaire) که در بولب وداج و در حدود شاخه صماخی عصب زبانی - حلقی - قرار دارد بعضی از مصنفین آنرا بنام پاراگانگلیون صماخی (Paraganglion Tympanicum) نیز نامیده‌اند .

۴ - جسم داخلی (Glomus Intra vagal) : که همراه عقده (Nodosum) عصب ریوی معدی (زوج دهم) میباشد .

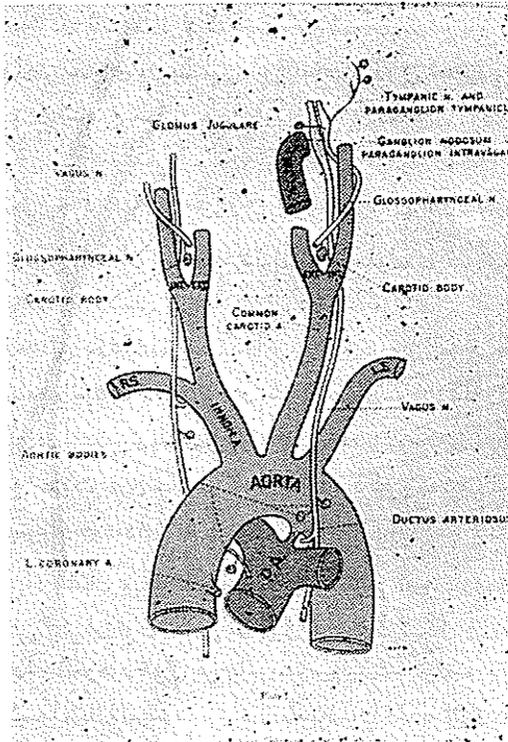
۵ - جسم مؤشگانی (Paraganglion Ciliar) در کاسه چشم قرار دارد .

۶ - جسم دنباله‌چهای (Glomus Coccygeum) که در حوالی استخوان دنباله‌چه قرار دارد .

جنین شناسی: در مورد منشاء جنینی این اجسام که آیا اکتودرمی است یا مزودرمی و یا احیاناً ترکیبی از این دو بافت اختلاف نظر است . نزدیکی جسم انتر اوگال با عصب دهم فرض اکتودرمی بودن را تقویت میکند .

فیزیولوژی: فیزیولوژی این اجسام هنوز مبهم است با اطلاعات مختصری که درباره جسم کاروتید و اجسام آورتیک در دست است و همچنین ساختمان بافتی مشابهی که همه این اجسام دارند میتوان گفت که برای خود، دستگاه مستقلی میباشد و از عدد داخلی - سیستم سمپاتیك و سینوس کاروتید و غیره کاملاً مجزا هستند . تا کنون هیچگونه ترشح داخلی برای آنها بدست نیامده و رآکسیون کرومافین نیز ندارند . عده زیادی از متخصصین پیروی از (Decastro) بر این عقیده‌اند که این اجسام «شیمیورسپتور» هستند و بهمین دلیل نام (Chemoductoma) را بر آنها نهاده‌اند .

و نیز بتحقیق رسیده است که جسم کاروتید و اجسام آورتیک نسبت به PH و اکسید



شکل ۱ - تومور گلوموس آاورت

دو کربن و فشار اکسیژن خون حساسند و در تنظیم تنفس نیز مؤثر میباشند (شکل شماره ۱)

تومورهای اجسام نامبرده (Paraganglioma)

۱- تومور جسم کاروتید: تا بحال در حدود ۵۰۰ مورد تومور جسم کاروتید

گزارش شده است که بعضی از آنها قابل تامل است. (Romanski) در ۱۹۵۴ با تحقیقات کاملی که انجام دادشش مورد بدخیمی در خود تومور و هشت مورد متاستاز دور دست پیدا کرد از آن زمان بیعد موارد محدود دیگری متاستاز دور نیز گزارش شده است. این تومور از محل دو شاخه شدن کاروتید اصلی شروع شده و اغلب آرشیکتور شکل غیر تومورال را که قبلا شرح داده شد حفظ میکنند.

علائم کلینیکی: این تومور در سنین سی و چهل در هر دو جنس متساوی شروع شده و در بعضی خانواده ها بیشتر شایع است. معمولا یکطرفه و گاهی همراه با تومور نواحی

دیگراست ، و با آرامی رشد میکنند . در نماینه توموری استسفت مدور که در زاویه فك قرار دارد این تومور بی درد (استثناگأ دردناك) متحرك كه جهت حر كت آن بطرف بالا و پائین محدود و در طرفین آزادتر است و بنظر عده ای از مصنفین این علامت ارزش تشخیصی دارد . گاهی فلج « كرددوكال » یكطرفه و یاسندرم هورنر همراه دارد . در تشخیص افتراقی باید از تومور غدد بزاقی - لنفوم مالن - آدنولنفوم - نوروفیبروم و آنوریسم آنرا شناخت خصوصاً از آنوریسم كه در موقع عمل ایجاد اشكالات فراوان خواهد كرد . برای تشخیص باید بیوپسی شود .

از نظر میکروسكپی . از یكعده سلول شبیه سلولهای اپیتلیال درست شده بنام (Zeellbaten) كه در اندازه و شكل تقریباً شبیه بوده و استرمای پر عروقی آنها را احاطه كرده است وجود دیواره هائی در داخل تومور كه آنرا خانه خانه میکنداز مشخصات تومور است . تومور اغلب بسه شكل مشاهده میشود : ۱- تومور كاملاً شكل جسم كاروتید را حفظ كرده است - ۲- شبیه آدنوم با سلولهای درشت و سیتوبلاسم فراوان ۳- شبیه آنژیوم كه در آن سلولهای اصلی بشكل مارپیچ هستند . در تمام حالات فوق شباهت كلی وجود دارد كه بتشخیص كمك می كند و مختصر شباهتی به فتو كرموسیتوم وجود دارد .

از نظر بدخیمی : اشكال میتوزيك بندرت دیده میشود عدم تساوی و نا هماهنگی در هسته گاهی وجود دارد . ولی بیش از تومور هائی از قبیل آدنوم كرتیکال و آدنوم پارا تیر وئید و فتو كرموسیتوم كه آنها را بنام تومور خوش فرجام میشناسیم نیست . تهاجم بنسوج مجاور گزارش شده است ولی غالباً كپسول پاره نمیشود ، متاستاز باستخوان و غدد لنفاوی و همچنین امپلانته شدن در ریه و استخوان گزارش شده است ولی با همه احوال بدخیمی تومور هنوز تا یبند نشده در تشخیص میکروسكپی از بعضی موارد مثل لنفوم - آدنولنفوم و كیست برانشیال و تومور غدد بزاقی ، همچنین نوروفیبروم و سل غدد لنفاوی مشکل نیست در مورد كارسینوم متاستاتيك و آنژیوم این ناحیه باید قدری تأمل كرد .

درمان - این تومور جراحی است ظاهراً اشعه ایکس تأثیری در آن ندارد خطر جراحی همیشه تأکید شده و بیش از ۳۰٪ مرگ و میر دارد . از بیماران عمل شده عده زیادی كه تا حدود ۸۰٪ نیز ذكر شده است دچار عوارض عصبی میگرددند و از بیماران عمل نشده هم در همین حدود یعنی ۸۰٪ . در اثر پیشرفت بیماری دچار انسداد شریان كاروتید شده و بعلت ضایعات مغزی در میگرددند . بنا بر این خطر برای بیماران عمل شده و عمل نشده يكسان است و باید در مورد هر بیمار تصمیم جدا گانه ای اتخاذ كرد .

بعلت چسبندگی كامل تومور به كاروتید اصلی خونریزی در موقع عمل حتمی است اغلب جراح مجبور میشود كاروتید اصلی را ببندد اما بسیاری از بیماران ليگاتور این شریان را

تحميل نميکنند، متوقف کردن جریان خون بوسيله فشار انگشت قبل از عمل بمنظور پيش بيني تحميل بيمار كمك لازم را نميکند و بهتر است از اين کار خودداري شود چه خطر ترميوز وجود دارد در مواردی که قطع و برداشتن تومور اجباراً لازم است بايد بيمار کنترل الکترو-آنسفالوگرافي شود و بر حسب نظريه (Rogers) بهتر است قبلاً بوسيله قطعه‌ای از (Fascialata) روی شريان کاروتيد فشار دائمی درست کرد تا شريانهای فرعی توسعه پيدا کنند و انسداد را تحميل پذير نمايند استعمال هپارين بعد از عمل توصيه ميشود - اخيراً بعضی از جراحان برای عمل از هيپوترمی استفاده کرده اند باي، ياد آور شد که مرگ و مير فراوان در بين بيماران نشان ميدهد چنانچه اين تومور سرطانی هم نباشد پيش آگهی آن وخيم است .

۲- تومور جسم تودوزم (Nodosoum) - و عصب واگ اين تومور از نظر-

ماکروسکوپي و میکروسکوپي و اختصاصات کلينيکی شبيهه جسم کاروتيد ميباشد . اولين مورد آن در ۱۹۳۵ توسط Stovt در يك زن ۵۲ ساله ديده شد، بعد از وی موارد معدودی از جمله دومورد در اوتی و يك مورد که در اثر تهاجم بمنز منجر بمرگ بيمار شده بود گزارش شد.

۳- تومور جسم مژگانی - تا آنجا که تحقيق شد موردی گزارش نشده است یکی از مصنفين معتقد است که در کتاب چشم پزشکی (wolf) تصويری از تومور جسم مژگانی وجود دارد که مولف آنرا با شتباه آنژیوم تشخيص داده است .

۴- تومور اجسام آاورتی - اين تومور بيشتر در سگ مورد مطالعه قرار گرفته

است و از هر لحاظ شبيهه تومور جسم سباتی است، يک مورد آن که در مجل کانال آرتريل واقع بوده گزارش شده که با تومور جسم سباتی و تومور نودوزم همراه بوده است .

۵- تومور جسم صماخه‌ی و اجسم وداچی - اين تومور اگر چه بکندی پيشرفت

ميکند ولی بعلت تخريب استخوانی و پيشرفت بطرف مغز در محل خود کشته شده است.

يك مورد توسط (waltness) گزارش شده است که متاستاز کبد نیز داشته است گزارش

های مشابه تأييد ميکند که تومور جسم وداچی با تومور جسم سباتی تا حدی متفاوت است اين تومور در ابتدا گيجی و در مراحل پيشرفته فلج عصب صورتی ميدهد در برداشتن اين تومور که در مجرای گوش خارجی وزير تمپان قرار دارد با خونریزی مواجه ميشويم اگر بموقع تشخيص داده شود (Tympano - Mastoidectomy) غالباً نتيجهٔ خوب ميدهد تصور ميرود که در مقابل اشعه ايكس مقاوم باشد .

اکنون بشرح حال يك مورد گلو موس آاورتيك ميپردازيم :

فاطمه عباسعلی - ۳۰ ساله اهل سراب بعلت احساس سنگيني در شکم مراجعه کرده است

بیمار بستری و در معاینات انجام شده:



شکل‌های شماره ۳ و ۴

حالت عمومی بیمار خوب- آنمی و سوء تغذیه ندارد در معاینه شکم عضلات جدار بعلت زایمان های مکرر آتروفی و فوق‌العاده نازک شده است در شکم بیمار توموری لمس میشود و بعلت نازکی جدار با چشم نیز بخوبی دیده میشود توموری است با اندازه مشت نیمه باز، سفت و کاملاً مدور دارای پدیکول بلند و آزاد که بر راحتی در شکم حرکت میکند و بر حسب وضع بیمار در موقع ایستادن در لگن و در

موقع خوابیدن در یکی از پهلوها است پایه آن در حدود سومین مهره کمری ثابت شده است در سایر دستگاہها عارضه‌ای مشاهده نشد TV&TR بتشخیص کمک نکرد آزمایشات پاراکلینیک از بیمار بعمل آمد و طبیعی بود اوروگرافی رادیوگرافی ترازیت دستگاہ گوارش بعمل آمد عارضه‌ای مشاهده نشد ناچار بیمار را پارا تو می شد تو می با عمام مشخصات ذکر شده مشاهده گردید که پایه آن در طرف راست ستون مهره‌ها در کنار سومین مهره کمری ثابت شده که از پشت صفاق جدار خلفی منشأ گرفته بود روی پایه و تومور را صفاق جدار خلفی مفروش کرده بود و مشاهده گردید که یک شریان مستقل از آورت دریافت می‌دارد تومور از محل اتصال بجدار قطع و برداشته شد از کبد و سایر احشاء داخل شکم تجسی بعمل آمد متاستازی مشاهده نگردید .

در برش تومور احشاء کلفتی از خارج احاطه کرده بود که انشعاباتی بداخل داشت و آنرا به خانه‌های متعددی تقسیم کرده بود (شکلهای شماره ۳ و ۲) خانه مرکزی از همه بزرگتر و محتوی ماده زلاتینی بود خانه‌های اطراف را خون لخته شده پر کرده بود جهت آسیب شناسی ارسال شد، تشخیص پاراگانگلیوما بود (توسط آقای دکتر شمس) پس از تشخیص از ریه بیمار نیز رادیوگرافی بعمل آمد ضایعه‌ای مشاهده نکردید پس از بهبودی محل عمل بیمار مرخص گردید و تذکر داده شد که در صورت پیدایش هر نوع ناراحتی باین بخش مراجعه نماید یکسال از تاریخ عمل میگذرد و دیگر بیمار مراجعه نکرده است .

مآخذ

1) Tumors of the carotid body and related structures
Philip M. M.D Lecemplet Armed Forces institute of
Pathology .

2) Arch. surg. 83, 205-9. Aug. 1961

3) Arch. Path . 72 . 602.4 Nov. 1952

4) Pathology of Anderson.