

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 آورتی 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 .

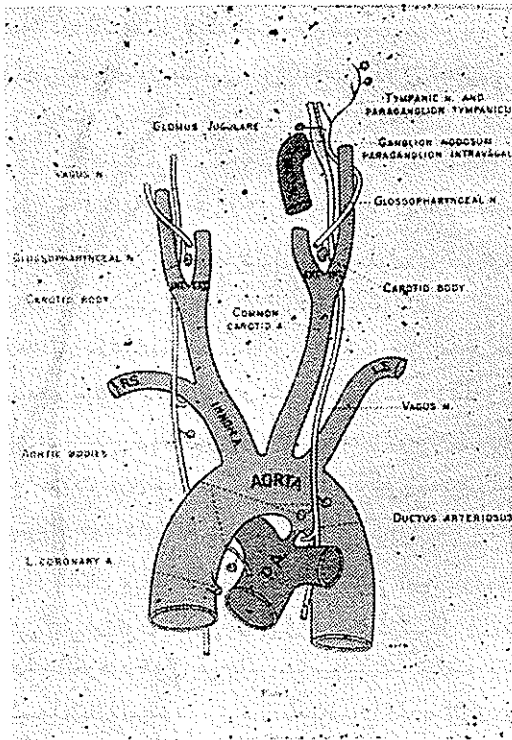
۵ - جسم مؤفگانی (Paraganglion Ciliar) در کاسه چشم قرار دارد .

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 سمپاتیک و سینوس کاروتید و غیره کاملاً مجزا هستند . تاکنون 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 میکند.

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 نماینده توموری است سفت مدور که در زاویه فك قرار دارد این تومور بی درد (استثناگأ دردناك) متحرک که جهت حرکت آن بطرف بالا و پائین محدود و در طرفین آزادتر است و بنظر عده ای از مصنفین این علامت ارزش تشخیصی دارد . گاهی فلج « کردو کال » یکطرفه و یا سندرم هورنر همراه دارد . در تشخیص افتراقی باید از تومور غدد بزاقی - لنفوم مالن - آدنولنفوم - نوروفیبروم و آنوریسم آنرا شناخت خصوصاً از آنوریسم که در موقع عمل ایجاد اشکالات فراوان خواهد کرد . برای تشخیص باید بیوپسی شود .

از نظر میکروسکپی . از یکعده سلول شبیه سلولهای اپیتلیال درست شده بنام (Zeellbaten) که در اندازه و شکل تقریباً شبیه بوده و استرمای پر عروقی آنها را احاطه کرده است وجود دیواره هائی در داخل تومور که آنرا خانه خانه میکنداز مشخصات تومور است . تومور اغلب به شکل مشاهده میشود : ۱- تومور کاملاً شکل جسم کاروتید را حفظ کرده است - ۲- شبیه آدنوم با سلولهای درشت و سیتوبلاسم فراوان ۳- شبیه آنژیوم که در آن سلولهای اصلی بشکل مارپیچ هستند . در تمام حالات فوق شباهت کلی وجود دارد که بتشخیص کمک می کند و مختصر شباهتی به فتو کرموسیتوم وجود دارد .

از نظر بدخیمی : اشکال میتوزیک بندرت دیده میشود عدم تساوی و نا هماهنگی در هسته گاهی وجود دارد . ولی بیش از تومورهای از قبیل آدنوم کرتیکال و آدنوم پارا تیروئید و فتو کرموسیتوم که آنها را بنام تومور خوش فرجام میشناسیم نیست . تهاجم بنسوج مجاور گزارش شده است ولی غالباً کپسول پاره نمیشود ، متاستاز با استخوان و غدد لنفاوی و همچنین امپلانته شدن در ریه و استخوان گزارش شده است ولی با همه احوال بدخیمی تومور هنوز تایید نشده در تشخیص میکروسکپی از بعضی موارد مثل لنفوم - آدنولنفوم و کیست برانشیال و تومور غدد بزاقی ، همچنین نوروفیبروم و سل غدد لنفاوی مشکل نیست در مورد کارسینوم متاستاتیک و آنژیوم این ناحیه باید قدری تأمل کرد .

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 که تا حدود ۸۰٪ نیز ذکر شده است دچار عوارض عصبی میگردند و از بیماران عمل نشده هم در همین حدود یعنی ۸۰٪ . در اثر پیشرفت بیماری دچار انسداد شریان کاروتید شده و بعلت ضایعات مغزی در میگذرند . بنا بر این خطر برای بیماران عمل شده و عمل نشده یکسان است و باید در مورد هر بیمار تصمیم جداگانه ای اتخاذ کرد .

بعلت چسبندگی کامل تومور به کاروتید اصلی خونریزی در موقع عمل حتمی است اغلب جراح مجبور میشود کاروتید اصلی را ببندد اما بسیاری از بیماران لیگاتور این شریان را

تحمل نمیکند، متوقف کردن جریان خون بوسیله فشار انگشت قبل از عمل بمنظور پیش بینی تحمل بیمار کمک لازم را نمیکند و بهتر است از این کار خودداری شود چه خطر ترمیوز وجود دارد در مواردی که قطع و برداشتن تومور اجباراً لازم است باید بیمار کنترل الکترو-آنسفالوگرافی شود و بر حسب نظریه (Rogers) بهتر است قبلاً بوسیله قطعه‌ای از (Fascialata) روی جریان کاروتید فشار دائمی درست کرد تا شریانهای فرعی توسعه پیدا کنند و انسداد را تحمل پذیر نمایند استعمال هپارین بعد از عمل توصیه میشود - اخیراً بعضی از جراحان برای عمل از هیپوترمی استفاده کرده‌اند باید یاد آور شد که مرگ و میر فراوان در بین بیماران نشان میدهد چنانچه این تومور سرطانی هم نباشد پیش آگهی آن وخیم است .

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

ماکروسکوپی و میکروسکوپی و اختصاصات کلینیکی شبیه جسم کاروتید میباشد . اولین مورد آن در ۱۹۳۵ توسط Stovt در یک زن ۵۲ ساله دیده شد، بعد از وی موارد معدودی از جمله دو مورد در اوتوسی و یک مورد که در اثر تهاجم بمغز منجر بمرگ بیمار شده بود گزارش شد.

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

۴- تومور اجسام آاورتی - این تومور بیشتر در سگ مورد مطالعه قرار گرفته

است و از هر لحاظ شبیه تومور جسم سباتی است، یک مورد آن که در مجل کانال آرتریل واقع بوده گزارش شده که با تومور جسم سباتی و تومور نودوزم همراه بوده است .

۵- تومور جسم صماخی یا جسم وداجی - این تومور اگر چه بکندی پیشرفت

میکند ولی بعلت تخریب استخوانی و پیشرفت بطرف مغز در محل خود کشنده است.

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

های مشابه تأیید میکند که تومور جسم وداجی با تومور جسم سباتی تا حدی متفاوت است این تومور در ابتدا گیجی و در مراحل پیشرفته فلج عصب صورتی میدهد در برداشتن این تومور که در مجرای گوش خارجی وزیر تمپان قرار دارد با خونریزی مواجه میشویم اگر بموقع تشخیص داده شود (Tympano - Mastoidectomy) غالباً نتیجه خوب میدهد تصور میرود که در مقابل اشعه ایکس مقاوم باشد .

اکنون بشرح حال يك مورد گلو موس آاورتيك ميپردازيم :

فاطمه عباسعلی - ۳۰ ساله اهل سراب بعلت احساس سنگینی 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 ترانزیت دستگاه 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 ۲ و ۳) 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.