

آزمایش سیتولوژی دوازدهه برای تشخیص سرطانهای

لوزالمعده و مجاری صفراوی

دکتر فتح‌الله فرزد (۱) دکتر احمد ربانی (۲) دکتر عبدالحسین کاوندی (۳)

سرطانهای دستگاه گوارش یکی از شایعترین انواع تومورهای بدخیم بدن بوده و میزان مرگ و میر ناشی از آنها هنوز قابل توجه است. درمان موفقیت آمیز سرطانهای دستگاه گوارش هم مانند تومورهای بدخیم سایر اعضا با تشخیص زودرس بیماری در مرحله ابتدایی و قبل از انتشار موضعی یا عمومی آن امکان پذیر است. از این جهت بکار بستن راههای جدیدی که بتواند به تشخیص زودرس این سرطانها کمک کند اهمیت زیادی دارد.

آزمایش سیتولوژی سلولهای آزاد شده در ترشحات هاضمهای یکی از راههای تشخیص دقیق و زودرس سرطانهای دستگاه گوارش است. بویژه در سرطانهای لوزالمعده و مجاری صفراوی که روشهای آزمایشی دیگر نمیتواند کمک زیادی به تشخیص بنماید، سیتولوژی وسیله ذیقیمتی برای تجسس و تشخیص زودرس این تومورهاست.

مطالعه سلولهای موجود در ترشحات دستگاه گوارش از اواخر قرن نوزدهم، ابتدا بوسیله روزنباخ (۱۸۸۲) شروع شده و بعداً محققین دیگری مانند روزنهایم (۱۸۹۱) کونهایم (۱۸۹۵) و راینباخ (۱۸۹۶) و همتر (۱۸۹۹) ترشحات معده را از نظر جستجوی سلولهای سرطانی مورد مطالعه قراردادند. بعدها مارینی (۱۹۰۹) شستشوی معده را با روش مشابه آنچه که هم اکنون مرسوم است بکاربرد ولی بعزت عدم رنگ آمیزی سلولها، این تشخیص مشکل بود. با پیدایش روشهای مختلفه آزمایشگاهی از قبیل رادیو لوژی و آندوسکوپی و آزمایشهای بیولوژی، سیتولوژی دستگاه گوارش برای مدت ۴۰ سال متروک ماند تا اینکه در دنباله کارهای پاپانیکلائو و همکارانش درباره سیتولوژی دستگاه تناسلی زنانه این روش مجدداً برای تشخیص سرطانهای معده بکار رفت.

پاپانیکلائو و همکارانش اولین گزارش خود را درباره تشخیص سیتولوژیک معده و کولون در سال ۱۹۳۳ منتشر کردند.

۱- استاد و رئیس تشکیلات پزشکی ۲ بیمارستان پهلوی

۲- استاد آسیب‌شناسی دانشکده پزشکی

۳- رئیس بخش داخلی ۲ بیمارستان پهلوی

نتیجه آزمایش درجدول زیر خلاصه شده است :

| تعداد بیماران | منفی | مشكوك | مثبت | منفی كاذب | مثبت كاذب |
|---------------|------|-------|------|-----------|-----------|
| ۵۸ | ۴۷ | ۳ | ۶ | ۲ | - |

جدول (۱)

اینک سه ابسرواسیون قابل توجه از موارد مثبت ذکر میشود :

شرح حال اول

ح - ث ۶۵، ساله اعل سبزوار بعلت درد ناحیه هیپو کندر راست در تاریخ ۶/۱۱/۴۱ بستری شد. این درد از سه ماه پیش شروع شده و بتدریج افزایش یافته بود و با تشخیص آپاندیسیت برای عمل به تهران آمده بود.

هنگام مراجعه بیمار لافز بود و از درد هیپو کندر راست، نفخ شکم و بیوست شاکمی بود. بیمار دچار سوب ایکتر شده بود و در معاینه، کبد بقدر سه بند انگشت در زیر دنده لمس میشد و نرم بود. در مدت بستری بودن تبهای کوچک غیر منظمی داشت و روز بروز زردی بیمار زیادتر میشد تا اینکه دچار یرقان واضحی گردید. مدفوع گاهی سیاه رنگ میشد ولی هیچوقت بیرنگ نشد.

نشانه‌های آزمایشگاهی: فسفاتاز قلیائی ۲۲ واحد بود آنسکی. بیلروبین مستقیم ۹ میلیگرم و غیر مستقیم ۳۲ میلیگرم در لیتر - تیمول ۱۰ واحد - سفالین کلسترل + + + ، رادیو گرافی معده و دوازدهه طبیعی بود و رادیو گرافی کیسه صفرا با ماده حاجب ترشحي را نشان نداد. پونکسیون بیوپسی کبد رتانسیون پیگمانهای صفراوی را نشان داد. درست سکرترین حجم کلی مایع ۱۳۰ سانتیمتر مکعب (وزن بیمار ۴۶ کیلوگرم) در يك ساعت و مقدار بیکر بنات به ترتیب ۱۰۰ و ۱۰۱ و ۱۳۵ و ۱۳۰ میلی اکیوالانت در لیتر بود - درد لوله اول مایع شستشو کاملاً خونی بود و درد لوله بعدی مقدار کمی خون موجود بود. در آزمایش سیتولوژی دوازدهه مقدار نسبتاً زیادی سلولهای سرطانی مشاهده شد (شکل ۱). با توجه به طبیعی بودن تست سکرترین و وجود سلولهای سرطانی در مایع شستشو، تشخیص سرطان مجاری صفرا داده شد و بیمار برای عمل جراحی معرفی شد.

در جراحی، کیسه صفرا کاملاً بزرگ و محتوی ۱۵۰ سانتیمتر مکعب مایع شکلاتی مایل بخوا کستری بود. علاوه بر آن چند سنگ داخل آن دیده میشد. جدار کیسه صفرا ۱ میلیتره بود بعلاوه توده بزرگ توموری در اطراف مجرای کولدوک وجود داشت و گانگلیوهای لنفاوی مربوطه شکمی بزرگ شده بود.

تشخیص پاتولوژی: آدنوکارسینومای کیسه صفرا با متاستاز گانگلیونهای لنفاوی گزارش شده است (شکل ۲).

شرح حال دوم

ب. الف ۶۰ ساله در تاریخ ۴۰/۱/۸ بعلت زردی شدید، درد طرف راست شکم، سرگیجه و ضعف شدید مراجعه کرده است. درد شکم از ۷ ماه پیش شروع شده و از ۲ ماه پیش شدت پیدا کرده است. همچنین بیمار دچار برقان شده که ابتداء مختصر بوده، ورفته رفته شدید گشته و با بیرنگی مدفوع توأم بوده است. بیمار کاهش شدید وزن پیدا کرده است، در معاینه بالینی کبد با اندازه ۴ بند انگشت در زیر دنده هالمس شده، نرم و دردناک بود.طحال قابل لمس نبود.

نشانه‌های آزمایشگاهی در آزمایش ادرار آلبومین تراس دیده شد - سدیماتاسیون ۶۰ میلیمتر در ساعت اول - فسفاتاز قلیائی ۸ واحد بودانسکی - بیلیروبین مستقیم ۱۹۰ و غیر مستقیم ۱۸ میلیگرم درلیتر - تیمول ۸ واحد - سفالین کلسترول + رادیوگرافی معده و دوازدهه طبیعی پروتئین تام ۶/۷ گرم در ۱۰۰ سانتیمتر مکعب بود

درالکتروفورز: $\alpha_1 = 1/5/5$, $\alpha_2 = 1/14/3$, $\alpha_3 = 1/10/7$, $\beta = 1/21/8$ بود. آزمایش کازونی منفی بود. در تست سکرین حجم کلی مایع ۱۲۰ سانتیمتر مکعب (وزن بیمار ۴۵/۵ کیلوگرم) در یکساعت و مقدار بیکربنات به ترتیب در لوله اول ۳۰- لوله دوم ۳۲- لوله سوم ۵۰ میلی اکیوالنت در لیتر بود. در کلیه لوله‌ها مختصری صفرا وجود داشت. آزمایش سیتولوژی دوازدهه سلولهای تومورال را نشان داد (شکل ۳). بیمار با تشخیص سرطان لوزالمعده تحت عمل جراحی قرار گرفت. در موقع عمل جراحی سرطان سر لوزالمعده با متاستاز صفاقی دیده شد.

شرح حال سوم

ع.ق ۵۵ ساله اهل گلپایگان، در تاریخ ۴۳/۱۰/۶ بعلت یرقان، درد ناحیه اپیگاستر و هیپوکندر راست و خارش جلدی مراجعه کرده است. درد از یکسال پیش شروع شده ولی از دو ماه پیش از تاریخ مراجعه شدت پیدا کرده و یرقان و خارش جلدی هم بدان اضافه شده است. در معاینه بالینی بیماری بود با یرقان شدید، ناحیه دوازدهه در لمس دردناک، کبد با اندازه چهار بند انگشت در زیر دنده هالمس شده و بدون درد بود. کیسه صفرا بزرگ شده و قابل لمس بود سدیماتاسیون ۶۵ میلیمتر در ساعت اول - بیلیروبین مستقیم ۱۱۵ و بیلیروبین غیرمستقیم ۱۰ میلیگرم در لیتر - تیمول ۸ واحد - سفالین کلسترول + + + پروتئین تام ۵۷۶ گرم (آلبومین ۴۳۶ گرم - کلوپولین ۱۴ گرم) در ۱۰۰ سانتیمتر مکعب بود.

- 7- Klayman, M.I., and Co - Workers, *Gastroenterology*, 29:5, 1955.
- 8- Lemon, H.M., *Am. Int. Med.*, 37: 595, 1952.
- 9- Lemon, H.M., and Bysness, W.W., *J.A.M.A.*, 141: 254, 1947.
- 10- Masini, G., *Clinica Medica Italiana*, 2:65, 1910.
- 11 - Members of the Vincent Memorial Hospital Laboratory staff the cytological diagnosis of cancer. W.B. Saunder Company, 1950.
- 12- Panico, F.G., Papanicolaou, G.N., and Cooper, W.A., *J.A.M.A.*, 143: 1308, 1950.
- 13-Papanicolaou, G. N., and Cooper, W. A., *J. Nat. Cancer Institute*, 7: 357, 1947.
- 14- Raskin, H. F., Kersner, J. B., Palmer, W. L., Pleticka, S., and Yarema, W. A.; *A. M. A. Archives of surg.*, 76: 507, 1956.
- 15- Raskin. H. F., Kirsner, J. B., and Palmer, W. L.; *J. A. M. A.*, 169: 789, 1959.
- 16- Raskin. H. F., and all. Sixth annual meeting of the inter. Society cytologic council, 1959.
- 17-Raskin, H. F., Wenger; J., Sklar, M., Pleticka, S., and Yarema, W. A. *Gastroenterology*, 34: 996, 1958.
- 18-Reinboth. *Deutsche. Arch Klin. Med.*, 581: 62: 1896.
- 19-Rosenbach. *Deutsche, Med. Wschr.*, 33: 452, 1882.
- 20-Rosenthal, M., and Traut, H. F. *Cancer*, 4: 147, 1951
- 21- Rubin, C. E., Massey, B. W., Kirsner, J. B., Palmer, W. L., and Stonecypher, D. O., *Gastroenterology*, 25: 119, 1955.
- 22-Rubin, C. E., and Benditt, E. P. *Cancer*, 8: 1137, 1955.
- 23- Seybolt, J. F., and Papanicolaou, G. N. *Gastroenterology*, 33: 369, 1957.
- 24- Koss, L. G. : *Diagnostic cytology* J. B., Lipincott Co. 1964.