

۷۱۶۳

زرکوب آه نکا

دانشگاه ملی ایران

دانشکده پزشکی

پایان نامه

برای دریافت درجه دکتری از دانشگاه ملی ایران

موضوع

سارکوم کاپوچی

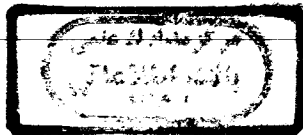
پراهنمائی

استاد ارجمند جناب آقای دکتر سلطانی نسب

نگارش

فاطمه صغری کامکسار

سال تحصیلی ۳۵-۲۵۳۴



۷۱۶۳

"سوگند نامه پزشکی (اعلامیه ژنو/۱۹۴۷"

هم اکنون که حرفه پزشکی را برای خود اختیار میکنم با خود عهد می بندم

که زندگی را یکسر وقف خدمت به بشریت نمایم.

احترام و تشکرات قلبی خود را بعنوان دین اخلاقی و معنوی به

پیشگاه اساتید محترم تقدیم میدارم ، و سوگند یاد میکنم که وظیفه

خود را با وجدان و شرافت انجام دهم.

اولین وظیفه من اهمیت و بزرگ شماری سلامت بیمارانم خواهد

بود ، اسرار بیمارانم را همیشه محفوظ خواهم داشت ، شرافت و حیثیت

پزشکی را از جان و دل حفظ خواهم کرد .

همکاران من برادران من خواهند بود ، دین ، ملیت ، نژاد و

عقاید سیاسی و موقعیت اجتماعی هیچگونه تأثیری در وظائف پزشکی

من نسبت به بیمارانم نخواهد داشت .

من در هر حال به زندگی بشر کمال احترام را مبذول خواهم داشت

و هیچگاه معلومات پزشکی ام را برخلاف قوانین بشری و اصول انسانی بکار

نخواهم برد .

آزادانه و بشرافت خود سوگند یاد میکنم ، آنچه را که قول داده ام

انجام دهم .

تقدیم به :

پدر و مادر عزیزم .

که باز حمايت طاقت فرمای خود

به بهترین وجهی موجبات تحصیل مرا

فراهم ساختند .

تقدیم به :

استاد ارجمند جناب آقای دکتر -  
سلطانی نسب که در تمام دوران تحصیلی ام  
از راهنمایی های ایشان برخوردار بوده  
و موفقیت های خود را مرهون ایشان  
میدانم .

## پیشگفتار

خداوند بزرگ را سپاسگزارم که بهینده توفیق عنایت فرمود . که در تمام مشکلات زندگی و تحصیلی فائق آیم و بهایان تحصیلات پزشکی برسم . در رشته مقدس پزشکی بهچند گه‌های زیاد وجود دارد که به گره گشائیهای دانشمندان این رشته باز معضلات و مهملات متعددی باقی است . اینجانب کوشش نمودم که در یکی از این مسائل مبهم پزشکی بنام آنژیوسارکوم کاپوچی بررسی نموده آنچه تاکنون درباره این بیماری دانسته و نوشته شده با آخرین اطلاعات مربوط بآن موضوع رساله خود قرار داده و امید وارم که مورد قبول واقع گردد .

فهرست مطالب

-----

- ۱- عنوان : سارکوم گاپوچی
- ۲- تاریخچه
- ۳- اتیولوژی و شیوع
- ۴- نمای کلینیکی و فرمهای کلینیکی
- ۵- آناتومیاتولوژی
- ۶- هیستوژنز
- ۷- هیستوپاتولوژی
- ۸- پاتوزنی
- ۹- مسئله ارتباط سارکوم گاپوزی با پروستاگلندین
- ۱۰- تشخیص
- ۱۱- پرونوستیک
- ۱۲- درمان
- ۱۳- منابع

### مقدمه

بازرسی ۴۰۶۹۰ مورد سرطان کماز آزمایشگاههای آسیبشناسی -

تهران تشخیص داده شده شایعترین انواع سرطان ها را سرطان های پوست

تشکیل میدهند که با نسبت ۲۳ درصد در را سجدول قرار میگیرد .

از مجموع ۴۰۶۹۰ مورد تومور بدخیم ۲۲۹۶۰ مورد مربوط به مردان

و ۱۷۷۵۰ مورد مربوط به زنان بود. از لحاظ مقایسه نسبت سارکوم ها بهایی تلیوماها

نسبت بدست آمده در ایران در حد و یکبه شش میباشد و این نسبت از نسبت

بدست آمده در کشورهای اروپائی و امریکائی که از  $\frac{1}{15}$  تا  $\frac{1}{4}$  متغیر است

خیلی بالا تر است و میسراند که سارکوم ها در ایران ( و در اکثر کشورهای خاورمیانه

و خاور نزدیک ) خیلی فراوان تر از کشورهای اروپائی و امریکائی است و شیوع -

فوق العاده تا اندازه ای جوابگوی این اختلاف میباشد . در سرطان پوست

علت شیوع و برابر در نزد مردان ممکن است علاوه بر مسائل ژنتیک نوع و محیط

کار و آلودگیهای ناشی از آن نیز باشد . این نوع سرطان در افراد طبقات پائین

اجتماع فراوان تر است .

بیماران طبقه مرفه اغلب در محیط های سالم که کمتر در معرض اشعه -

خورشید یا سرمای زمستان میباشد کار میکنند و بهداشت و تغذیه بهتری دارند

وضایعات و عفونت های احتمالی پوستی آنان بسرعت تحت درمان قرار میگیرد  
این خصوصیات زندگی و کار این دودستا زبیماران ممکن است از عواملی باشد که باعث  
اختلاف در شیوع سرطان نزد آنها می گردد .

بطور کلی سرطان های پوستی در سنین بالا دید میشود اکثر بیماران -  
مابین ۵۱-۶۰ سالگی قرار دارند و سن متوسط ۴۵ سال بود ماست .

البته باید قبول کرد در مورد برخی از سرطانها آمارهای آسیب شناسی  
نمیتواند نمایانگر شیوع نسبی حقیقی آن سرطان ها باشد . بنابراین اگر بایک  
دید انتقادی به آمارهای آسیب شناسی که شامل آمارهای اتوسی نباشد -

( مخصوصاً در مواردیکه تمام رگدشتگان در بیمارستانها اتوسی نشوند ) نگاه

کنیم باین نتیجه میرسیم که آمار برای برخی از سرطان ها نمایانگر شیوع نسبی  
حقیقی آنها نمیشد و این مسئله را باید در این بررسی در نظر داشتیم

شایع ترین سرطان ها بطور خلاصه باید گفت با اینکه سرطان پوست شایعترین

سرطانها نزد ایرانیان است معهدا بعلمت سهولت در تشخیص زود رس و درمان

پذیری این نوع سرطان مرگ و میر از آن بسیار کم است و نقداً در موارد نادری

در اثر بی توجهی بیماران ممکن است منجر به متاستازها<sup>ی</sup> مختلف و ازبای در آوردن

بیماران گردد .



مبارزه با این نوع سرطان باید بر اساس پیشگیری و از بین بردن علل  
و عوامل ایجاد کننده آن باشد که در اکثر موارد بخواهی شناخته بملاوه سازمانهای  
مسئول باید وسائل تشخیص و درمان در اختیار بیماران بگذارند تا مبتلایان  
از درمان بموقع و کافی برخوردار شوند .

Kaposi Sarcoma

SYN. Multiple idiopathic hemorrhagic sarcoma

این بیماری در سال ۱۸۹۷ توسط Kaposi شرح داد شده در میان  
بسیست نام مختلف که بد آن داد شده است نام زیر را بخاطر میسپاریم .

Angio - reticulamatose Cutanee

متجاوز از ۶۰۰ مورد از زمان پیدا کردن آن توسط Moriz Kaposi  
مطالعه و منتشر شده است .

کارهای مکتب ایتالیائی Radali. 1904; Bestaccini

کارهای مکتب امریکائی (Mac Kee et Cipollaro, Mac Carthy et Pack)

مقدم بر کارهای آرژانتین (Grinspan et Pierini)

و منوگرافی مهم Dupont که در سال ۱۹۵۱ در Louvain

چاپ شد میباشد .

اتیولوژی شیوع : در بررسی هائی که شد بیماری نادری شناخته شده است .  
 بیماریست غیر ارثی مردان با اکثریت زیاد مبتلا میشوند در ۲۵ مورد که ظرف  
 ۲۷ سال توسط Kaposi جمع آوری شده هیچ ژنی یافت نشد .  
 این بیماری در جوانان نادر است . در حدود ۵۰ سالگی ظاهر میشود نژاد در  
 آن نقش مهمی دارد .

ایتالیائی ها بخصوص ویس از آن یهودی ها مبتلا میشوند در میان ۳۵۶ مورد  
 که توسط Dorf fel جمع آوری شد ۴۵ مورد یهودی بودند .  
 همچنین در قسمت های مختلف تازانفریقا هم غیر معمول نیست . در اطفال -  
 سیامپوست مثل بالغین تظاهر میکند ولی در اروپائیان بیماری بعد از بلوغ  
 تظاهر میکند و گزارشاتی در بچه ها داده نشده است . در مردان ۱۰ برابر  
 بیشتر از زمان دید همیشه بعضی گزارشات نشان میدهد که سارکوم کاپوزی  
 در میان کلیسی های ASJ. Kenozic بیشتر شایع است . گرچه بیماری  
 ممکن است در هر نژاد و هر کشوری پیدا شود .

اتیولوژی : این تومور تشکیل شده از پرولیفراسیون عروق مویرگی و بافت پیوندی  
 اطراف که معمولا " چند ضایعه لوکالیزه است و چند متاستاز . بیماری خاصی  
 توصیف میشود که طبیعت آن ناشناخته است . این بیماری با عنصر عفونی نسبت

داره شده عناصر عفونی یا توکسیک روی سیستم عروق اثر میکند سبب یک  
 راکسیون انفلا ماتوارومدا " پرولیفراسیون حقیقی از سلولهای از دیوار عروق  
 خونی نقش تروماتیسیم ، سرما زدگی ، حالت تشریحی عروق که قبلاً " موجود  
 باشند بعنوان علت ذکر شده است .

در چند کیس ضربه مقدماتی است برپیدايش لزیون ها .

Dillard و Weidman بیک قارچ نسبت را دارند ولی خودشان  
 هم معتقد نیستند که اتیولوژی با اهمیتی باشد . و طبق نوشته Greco اتیولوژی  
 قارچی را بیک کریپتوکوکوس نسبت داده اند .

Grinspan بیماری کاپوزی را یک آنژیورتیکیولوآند و تلیوم میدانند  
 و مطرح کرده که بیماری محصول التهاب عروق بوسیله اولترا ویروس باشد مخلوط  
 با باکتری حساس به پنی سیلین ولی نتیجه آن باد فیبل و مدرك ثابت نشد است .  
 در طی کشف ویروس ها که با امراض بدخیم همراهی میکنند سا رکوم کاپوزی  
 به تنهایی رقم فزاینده ای را نشان میداد . انتشار خاص جغرافیائی این  
 نئوپلاسم در میان ملل سیام پوستا فریقائی نزدیک استوا خیلی مشابه لنفوم  
 بورکیت ( B.L. ) که با ویروس ابشتاین بار ( E.B.V. ) همراه

Taylor 1971 Slavav 1969 Burkitt 1970

میشاد

Rogoff 1988

Oettle 1962 Thigs 1957 بعلاوه شیوعالای سارکومکاپوزی در میان تودهای

خاص نژادی و نیز قبیللهای مشاهده شد هاست.

( Roff 1968 Templeton and Hutt 1973 )

بهرحال رل اصلی عوامل محیطی بایابدون عوامل جغرافیائی در راتیولژی سارکوم  
کاپوزی ناشناخته است .

بعضی از نویسندگان بابررسیهائی که کرده اند معتقدند که یک بیماری

قطعی ژنتیکی است مثل بیماری رکلین هوزن و همار توم ویک نثو پلاسما خوش خیم

از آند و تلیوم عروق یا سلولهای پری، تلیال یا یک تومورید خیم فیبرو ما آنژیو

سارکوم و این احتمالاً " بهترین نظر است . شیوع آن نسبتاً " تحت تاثیر چگونگی

محیط و از طرفی استاز لنفاتیک و احتمالاً " هورمون های جنسی است .

جریان عمل باین ترتیب است که ابتدا در Mid dermis

شروع میشود و رو به بالا ادامه می یابد و اپیدرم را بلند میکند که ممکن است -

آکانتوتیک و زگیلی بشود . داخل بافتش باندهائی از سلولهای د وکی که

در یک توری از رتیکولین نشانه شده و بالاخره کلاژن تعویض میشود و یک جای

پریپیچ و خم از فضاهاى عروقی ترکیب ثابت تومور را تشکیل میدهند . اجزاء

ترکیب دهند عروق قسمتی فرم یافته بوسیله کاپیلرهای ظریف و قسمتی بوسیله

فضاهای ترك مانند بین سلولهای د وکی اریتروسیت‌های ممکن است دید میشوند

که از مجرای طبیعی خود بیرون رفته بد اخل یافت نشست کرد ماند .

در اطراف توده‌های سلولی ماکروفاژهای با بارگیری هموزید رین

وجود دارند که یکراکسیون انفلاماتوار از لنفوسیت‌کدر لنزپون‌های تازه تر

شدید تراست و اغلب در طول وریدها ادامه می‌یابد .

رگهای خونی اطراف تومور ممکن است آند و کار دیت پرولیفراتیو را نشان

دهند . حفرهای از نکروز در بعضی توده‌ها اتفاق می‌افتد . تغییراتی شبیه

در غدد لنفاوی واحشا پیدا میشوند .

نمای کلینیکی : لنزپون‌ها روی دستها و پاها شروع میشوند ولی Dorf fel

و Backer اشاره کرد ماند که بیماری ممکن است روی هر کجای بدن شروع

شود . در چند کیس لنزپون‌ها روی صورت و در چند کیس روی penis

شروع شده است .

در معمولاً " در پاها شروع میشود ابتدا در یک سمت بعد در هر دو طرف

ابتدا لکه‌های بنفش رنگ خواه روی رویه " پشتی یا خواه روی رویه شکمی

انگشتان یا پشت و یا کف پاها پدید می‌آید ایرلیکها بطور نادرتری روی دستها

اعضاء تناسلی یا روی گوشها پدید می‌آید . عناصر بتدریج وگاهی سریع

زیاد میشوند و تغییر شکل ظاهری آنها قابل ملاحظه است .

۱- گره های گرد یا بیضی چند سانتی متری برجسته با سطح لیز و درخشان

گاهی پوسته پوسته بارنگ قهوه ای یا قرمز یا بنفش این گره ها بندرت نرم هستند

و بیشتر محکم و حتی بسیار سخت میباشند .

۲- سطوحی با برجستگی های شبیه پستان دارای منافذ مترشح هستند

که گاهی صفحات محکم و مقاوم تشکیل میدهند .

۳- لکه های با ابعاد متغیر با کنارهای جغرافیائی سطح با منافذ

مترشح لیز با پوسته پوسته بارنگ بنفش یا اکیموتیک ، کبود بزرگ سنگ لوح یا

بهرنگ شیر و قهوه .

۴- کاپیلار تی نقاط پور پورا .

۵- عناصر گراتوتیک و وژتان که گاهی گل کلم های واقعی را تشکیل میدهند .

۶- آماس ها ( ورم ها ) شدید اندامها با محکم و سختی مثل چوب

اینها همیشه ریح مستقر میشوند و دران تحول آن سالها و گاهی ۱۰-۲۰ یا

۳۰ سال طول میکشد .

در موارد حاد عناصر روی بیخ اندامها روی تنه ، حتی روی صورت

روی پوست پراکنده میشوند بعضی زخمی میشوند و چسبک میکنند و بعضی دیگر

خود قخود ناپدید میشود و از خود اسکار باقی میگذارند . ضایعات اولیه که ظاهر میشوند قهوهای مایل بقرمز یا آبی مایل بقرمز بر طبق نظریات نویسندگان مختلف انداز ضایعه متغیر است . از سربك سنجاق كوچك تا يك نخود فرنگی یا يك باقلا لزیون ها ممکن است جدا یا گرو بندی شده پیدا شوند تا درجات مختلف از انفیلتراسیون تومور بزرگ میشود به قطر ۳۰-۱۵ میلیمتر که رسید رشدش متوقف میشود در بعضی نقاط فضا های مجاور ممکن است آمیخته شود بفرم يك پلاك در آید . بنا بنظر Cipollaro و Dorffel, Mackee لزیون های تازه انفیلتراسیون مایل به آبی هستند با اندازهای مختلف در یاها و دستها ممکن است پراکنده باشند در بدن و ندهای قابل رویت بعداً ندها فرم پیدا میکنند . ندها در طول وریدها اکستانسیون پیدا میکنند و ممکن است بطور آشکار دستها و پاها ورم بکنند و فونکسیون خود را از دست بدهند . معذالك حالت عمومی حفظ میشود بطوریکه در شکلهای فرمهای non-algiques بیماری بیشتر مزاحم است نه خطرناک ( لا اقل برای سالیان دراز ) . بعدها ممکن است کمپلیکاسیون هائی بدهد مثل عفونت موضعی خونریزی الفانتیازیس . در گاهی یکی از اینها ظاهر میشود تا به صورت سرطان واقعی در آید سرانجام يك حالت کاشکتیک يك کم خونی تدریجی و تب فرا میرسد .