

۶۳۱۶

دانشگاه تهران

دانشکده پزشکی

پایان نامه

برای دریافت درجه تخصصی جراحی عمومی

موضوع:

” ” ” بررسی سارکوم اولیه غدد لنفاوی از نظر جراحی ” ” ”

براهنمائی

استاد محترم جناب آقای دکتر باقر نصیر پور

نگارش

دکتر داود یزدی



تقدیم به :

جناب آقای پروفیسور عدل استاد گرانمایہ

کتابت و تصنیف : پروفیسور عدل استاد گرانمایہ

۶۷۱۶

تقدیم به :

جناب آقای دکتر نصیر پور

که از راهنمائیهای ذیقیمت خود

باینجانب دریغ ننمودند .

## فهرست مندرجات

صفحه	عنوان
۱	تعريف
۳	آسيب شناسی
۴	لنفوسارکوم
۶	رتیکولوسارکوم
۸	شرح حال بیمار
۱۲	نتیجه
۱۳	منابع

xxxxx

## بررسی سارکوم اولیه غدد لنفاوی از نظر جراحی

در این مبحث از مبتلا شدن غدد لنفاوی در حیان پیشرفت تومرها بحث نمی‌شود، طبیعی

است که غالباً بی‌تلیوماها بوسیله گانگلیونهای لنفاتیک منتشر میشوند و عده‌های لنفاوی بوسیله

سلولهای عضو مبتلا پر میشوند و پروتوسوس عمومی است که باید در جای دیگری مورد مطالعه

قرار گیرد و مربوط به مطالعه تومر مورد نظر است.

تئوپلاسمهای ابتدائی عقده‌های لنفاوی ارزش آنرا دارند که در یک مبحث جداگانه تحت مطالعه

قرار گیرند. ولی درمان جراحی آنها امروزه بسیار محدود شده و بیشتر ارزش تشخیص پیدا کرده‌اند.

ضایعاتی که بطور معمول در کلینیک دیده میشوند هم‌اکنون نیاز به درمان جراحی ندارند بعلاوه

ضایعات مختلف گانگلیونها که سابق آنرا مربوط به تئوپلاسم ابتدائی میدانستند از این دسته

مجزا شده‌اند مثل ای‌تلیوما‌ی ابتدائی گانگلیونهای لنفاوی که بوسیله Verneuil نوشته

شده است. همچنین لنفوگرانولوماتوز مالینی (بیماری هوچکین، اشتنبرک، پالتوف) با وجود

پیش‌آگهی شومش تومر بحساب نمی‌آید با وجود این در پاتولوژی جراحی جائی برای خود حفظ

کرده است چون بایستی بوسیله عمل جراحی تشخیص داده شود. قبل از انتشار و قبل از ظاهر

شدن خارش که علامت مشخصه آنست تشخیص بسیار مهم است. امتحان خونشناسی ممکن است

اثوزینوفیلی نشان دهد ولی در عمل تشخیص بایستی بوسیله بیوپسی داده شود.

در بیوپسی یک گانگلیون اسکروزه با نقاط نکروزه با منظره پولی مرفیم سلول‌رو وجود سلولهای

اشتبك با هسته های جوانه دار نشان میدهد .

لنفاد نوم لوسميك - لوسمی لنفوئید بیش از يك ارزش كوچك جراحی ندارد .

علائم مشخصه آن هیپر تروفی شدید و ترالیزه غد لنفاوی با اهلحال بزرگ و مخصوصا

فرمول خونی مشخص که نباید مارا با اشتباه بیاندازد .

در مبحث مورد مطالعه نشو پلا سم حقیقی از نقطه نظر گانگلیونها فقط تومرهای نسج رتیکولو

اند وتلیال میماند که تار و پود عقده های لنفاوی را تشکیل میدهد که رتیکولوسارکوما و

لنفوسارکوما هستند که هیچکدام بوسیله درمان جراحی خوب نمی شوند این بیماران

بیشتر بوسیله رادیوتراپی و کوریوتراپی معالجه میشوند . ولی معهدا لازم است که

روش پیشرفت کلینیکی آنها را بجهت بحث در تشخیص قطعی بیمارها بررسی کرد .

لنفاد نوم آلوسميك - تشریحا " تومر تی پیک نسج لنفاوی است پارانشیم لنفاوی بیك

نسج هموزن تبدیل گردیده است که در تار و پود آن سلولهای خیلی نزد يك به لنفوسیت

طبیعی فشرده شده اند همچنین از نظر هماتولژی بعلت عدم وجود راکسیون لنفوئید مشخص

میگردد و از نظر کلینیکی بعلت هیپر تروفی پیش رونده عقده ها که معمولا در گردن مستقر گردیده

تشخیص داده میشود . عقده های که بطور قابل ملاحظه حجمشان زیاده شده است تشکیل

دسته غد برجسته و برآمده می را میدهند که هیچگاه با طرف چسبندگی پیدانکرده و اطراف

را زخمی نمیکند حتی به قسمت عمقی چسبندگی نداشته و متحرك اند .

در مرحله استقرار و پیشرفت بیماری موقعی که تمام ناحیه گانگلیونر مبتلا گردیده و به حجم طحال اضافه شده است تشخیص خیلی ساده است فقط بیوپسی در موارد مشکوک میتواند تشخیص یک ای تیئوما یا ثانویه یا بعضی اشکال "لنفوماتوز" توبرکولوز را بدهد.

در رتیلولوسارکوم گانگلیونر منظره کلینیکی و پیشرفت نزد بیمار جوان تقریباً شبیه مورد بالاست لنفوسارکوم در تمام سنین دیده میشود و در ابتدای بیماری بزرگ شدن حجم گانگلیون و بدون درد بودن آن علامت مشخصه است که بزودی باعضاء و انساج اطراف از قبیل عضلات و عروق چسبیده و آنها را آلوده میکند. تشخیص در این موارد با متاستازهای نئوپلازیک مخصوصاً در ناحیه سرویکال که فراوان مشاهده میشود مطرح میگردد. در این مورد بهترین وسیله تشخیصی بیوپسی گانگلیونر است که مسئله را حل میکند ولی باید دانست که امکان یک لنفوسارکوم گانگلیونر گردنی با یک لنفوسارکوم لوزه توأم وجود دارد. در اینجانب نیز جراحی در درمان ضایعات کاری انجام نمیدهد ولی به رادیوتراپی حساس است.

آسیب شناسی :

غدد لنفاوی از دو قسمت سلولهای آزاد و یافت نگاهدارنده رتیلولر ساخته شده اند.

سرطانها بدو شکل دیده میشود :

۱ - سرطانهای که از سلولهای آزاد مشتق و بنام لنفوسارکوم مشهورند.

۲ — سرطانهای که از یافت نگاهدارنده ایجاد میشوند آنها را رتیکولوسارکوم گویند .

گاهی سرطان غدد لنفاوی هم از سلولهای آزاد وهم از یافت نگاهدارنده سرچشمه میگردد . در این صورت آزردهگی رتیکولولنفوسارکوم نامند .

لنفوسارکوم — تومرست بدخیم و از سلولهای لنفوسیت و لنفوبلاست ساخته شده و غدد لنفاوی گردن، آمیگدال، بافت لنفوئید، رینوفارنگس مدیاستن، معده، معاً و بندرت طحال و مغز استخوان و پوست مبتلا میگردد .

تومر سرطانی در ابتدا محدود و دلی پیشرفت نموده و انساج اطراف را آلوده کرده و کم کم سلولهای سرطانی از جدار کپسول گذشته و در بافت های اطراف متمرکز میشود . بافت سرطانی سفید، قهوه ای یا سرخ بوده قوامش متغیر است گاهی سخت و فیبروزه و زمانی نرم آنسفالوئید است و در اثر قطع و فشار آنها شیره زیاد ی خارج میشود . تومر ابتدا در محل خود شروع بنمو کرده بتدریج بنقاط دیگر سرایت نموده و زخمی میشود و از این جهت در پیشرفت بیماری دو مرحله تمیز داده اند :

۱ — مرحله لنفاوی .

۲ — مرحله خونی .

در مرحله اول غدد مجاور تومر متورم و اغلب با غده سرطانی اصلی یکی میشود و سپس در مدت کم



یا بهش طولانی از راه خون بیماری بیه نقاط دیگر حتی اعضاء وردست مانند ریه کلیه کپسول های فوق کلیوی ، میوکاردا ، کیسه صفرا ، لوزالمعده ، مننژ و اعصاب متاستاز میدهد . متاستاز حاصله همیشه منظره و نمای محدودی را ندارند بلکه ممکن است بصورت انفیلتراسیون در محل های مختلف متمرکز گردد "لنفوماتوز دیفوز" .

لنفوسارکوم از سلول های گرد ( سارکوم با سلول های گرد ) شبیه لنفوبلاست و لنفوسیت ساخته شده و از همین جهت است که بر حسب آنکه کدامیک از این سلولها زیاد تر باشد پاتولژیست ها بیماری را بدو دسته لنفوسارکوم لنفوبلاستیک ( لنفوبلاستوم ریپر ) و لنفوسارکوم لنفوسیتیک ( لنفوسیتوم ریپر ) تقسیم نموده اند .

باید دانست که شکل خالص نادر و اغلب لنفوسارکوم از مجموع سلول های نامبرده ساخته میشود گاهی اوقات همراه با سلول های لنفوئید سلول های حجیمی از نوع سلول های بیگانه خوار موجود است که در حقیقت سلول های رتیکولر بوده و در ایجاد تو مرشکرت یافته اند ( رتیکولوسارکوم ) چیزیکه در آزمایش زیربینی این آسیب اهمیت دارد وجود میتوز شدید و مناطق وسیع نکروز است که بواسطه کافی نبودن تغذیه بافت پیدا میشود .

رتیکولو سارکوم - این تومر تازه شناخته شده و هنوز آنطور که باید در اطرافش مطالعات کافی نشده معمولا ابتدا در یافت لنفاوی لوزه ظاهر و بعدا بافت های اطراف را خراب میکند گاهی این آسیب تا مدت مدیدی موضعی باقیمانده و بعدا تعلیم می یابد و زمانی برعکس خیلی بسرعت عمومی میشود . در ساختمان تومر سلولهای دوکی شکل با هسته کشیده و بیضی کم کروماتین شبیه سلولهای رتیکولر شرکت دارند . پرفسور ابرلین این تومر ها را بدو دسته تقسیم نموده است :

۱ - رتیکولو سارکوم اند یفرانسیه .

۲ - رتیکولو سارکوم د یفرانسیه .

الف - رتیکولو سارکوم اند یفرانسیه را که اغلب بنام هموسیتوبلا ستم میخوانند یک نوع -

نئوپلا سمی است که سلولهای آن نمو کامل نداشته و شباهت زیادی به لنفوسارکوم دارد مشی آن سریع و تند بوده و مراد یوسانسیبزن میباشد .

ب - رتیکولو سارکوم د یفرانسیه که به رتیکولواند و تلیوم بانمای رتیکولریا سارکوم با سلولهای

مشخص معروف است از نوع اول نادر تر و رتیکولو سارکوم گانگلیون لنفا تیک بشمار میرود . معمولا

سلولهای ای تلیوئید و میاستاره ای شکل رتیکولوم پرورش کامل یافته که در لای سلولهای

پوششی قرار گرفته اند و زود متاستاز داده و هر قدر گستر یافتی آنها زیاد تر باشد حساسیت

آنها در مقابل اشعه ایکس کمتر میشود .

رتیکولواند تلیوسارکوم یا اند وتلیوم اوینگ یا رتیکولواند وتلیوم بانمای اند وایی تلیوماتو  
جزء بیماریهای نامبرده محسوب و خیلی شباهت بهایی تلیوما دارد و بعضی هم آنها یکاند وتلیوم بدخیم  
شده میدانند و عده ای نیز آنها سارکوایی تلیوم می نامند در این آسیب بطور کلی رتیکولین ضخیم  
و سلولهای سرطانی دور هم جمع شده و نمای پسود و گلا ند ولر پیدا مینماید و پرتوپلاسم  
سلول حباب دار و هسته پر از کروماتین میباشد . این تومرها بیشتر در حفره حلق و بینی ظاهر  
و ساختمانشان بالنفوائی تلیوم اختلاف چندانی ندارد .

رتیکولواند وتلیوم ممکن است از نقاط مختلف تمرکز پیدا نماید ولی در گردن از یک طرف بواسطه  
وجود عناصر رتیکولواند و تلیال حلقه لنفوئید و الدیر و از طرف دیگر بواسطه وجود عفونت  
حاد مزمن که همیشه در گردن موجود است بیشتر از نقاط دیگر آشکار میشود چنانکه در بیمار مانیز  
در طرف راست گردن تومری داشته که اختلال عمل بلع داده بوده است این تومرها بتدریج  
از بالا بپائین نمو کرده و کم کم تمام اندام را فرا میگیرد . در بیمار مورد بحث نیز ابتدا غده ای در  
گردن ایجاد شده و بعدا بعلت ابتلا گانگلیومهای پره هیپاتیک دچار قان انسدادی گردیده است  
یکی دیگر از مواضعی که بیشتر تومر در آنجا تمرکز مییابد استخوانهای طویل بخصوص ته آنها میباشد  
که اوینگ در سال ۱۹۲۲ بنام سارکوم آنها را مطالعه نموده است .

ساختمان بافت شناسی این تومرها از تومرهای نامبرده متمایز بوده و تقریبا مانند نئوپلاسم  
سری رتیکولواند و تلیال و سری میلوئید است و از این رو است که بعضی ها آنها رتیکولوسارکوم

مینامند • در رادیوگرافی اندام استخوان خراب بوده و ضایعات استئوپوروتیک دارند و بندرت ممکن است که استخوانهای سالم اطراف آزرده شوند • در پونکسیون استرنال با وجود دشواری عمل سلولهای مختلفی مشاهده میشود که در تشخیص مفید است متأسفانه در این بیمار رادیوگرافی استخوانی جهت بررسی وضع استخوانها نشده است • گاهی در طحال بیماری متمرکز و تشخیص آن از بیماری گوشه دشوار است و حتی با آن اشتباه میشود • بعلاوه گاهی از صفاق و معده شروع میشود و زمانی هم از دو مرکز طحال و کبد بنام " شوارتز " یا گردن و کبد " آشار " که بیمار مانیز جز این دسته میباشد شروع میگردد • این بیماری ممکن است — با ضایعات خونی همراه باشد ولی بندرت ممکن است که سلولهای نئوپلاژیک را در خون دیده و در این حال بنام لوکوسارکوماتوز مینامند •

در فیل شرح حال بیمار مبتلا به رتیکولوسارکوم که در بخش جراحی بیمارستان شماره ۲ سازمان کمکهای بهداشتی و درمانی کشور بستری گردیده بوده است ذکر میگردد •

تاریخ بستری شدن ۱۴ / ۱۰ / ۴۳ — بیمار بنام ع — م — ن — پنجاه ساله اهل مای — ر زارع بنا با اظهار بیمار از چهار ماه قبل متوجه غده کوچک زیر فک اسفل طرف راست شده است و بعلت عدم توجه نمیتواند بطور دقیق شروع بیماری را در گردن ذکر کند ولی موضوع مهمی که بیمار اظهار میدارد این است که از دو ماه پیش این غده شروع به بزرگ شدن و دردناک شدن نموده است • در موقع مراجعه این غده بزرگتری حرکت و اطراف چسبیده بوده ضمناً بیمار دچار یرقان و

تب بوده است • بلع غذاها و مایعات دردناک بوده و همین مناسبت بیمار در خوردن غذا و آب امساک مینماید • بیمار نمی تواند به سئوالات دقیقاً پاسخ دهد و بروز یرقان را ۴۵ روز قبل ذکر میکند • در موقع مراجعه تب در حدود ۳۸ الی ۳۸/۵ - ادرار بیمار کاملاً پررنگ و غلیظ بوده است • خارش نداشته مدفوع نیز گاهی بیرنگ و گاهی طبیعی بوده است • اشتها ی بیمار خوب و اجابت مزاج طبیعی است • در ملا سه غده بلا فاصله زیر فك اسفل طرف راست قرار داشته و حدود آن غیر مشخص و اطراف چسبیده بوده است و درد آن بقسمت قدامی سر و گیجگاه تیر میکشیده است • این درد شبها بیشتر بوده و در موقع بلع غذا درها شدت یافته است • در لمس قوام آن سفتی مخصوصی دارد که شبیه غضروف است و اندازه گرد و است • پدر و مادر بیمار فوت کرده اند از علت مرگ آنها اطلاعی ندارد •

۲۰ سال است ازدواج کرده است دارای دو فرزند پسر و دختر است و يك فرزند بیمار در موقع زایمان فوت شده است • همسر بیمار سالم بوده و بیمار سابقه قابل ذکرى ندارد •

چشم و گوش بیمار سالم و ضایعه ای ندارد • لبها دارای شقاق دزهیدراته زبان سفید و باردار و کمی زرد رنگ است دندانها سالم و کیفیت است مخاط حلق زرد رنگ است موقع بلع دچار ناراحتی و درد میشود باید باهستگی و صبر زیاد لقمه را فرو ببرد • غذا را ترش نمی کند • شکم کمی بزرگتر از معمول و کمی نفاخ است • استفراغ نمیکند • اجابت مزاج روزانه دو بار • میل بیمار به گوشت و مواد چربی کم شده است • در ملا سه شکمطحال طبیعی است • کبد کمی بزرگ و پالپابل است

تعداد فرقات بنض ۶۴ در دقیقه فشارخون  $\frac{۱۰}{۷}$  است • صدا های قلب در چهار کانون طبیعی است • صدا های تنفسی طبیعی است • رفلکسها طبیعی است • پوست بدن خشن و حالت پوسته پوسته دارد و بخصوص روی سینه و پشت دستها و پاها و مخصوصاً سفیدی چشم زرد رنگ است • بیمار دچار حالت ضعف و حالت خمودگی است • آزمایشات پاراکلینیک - آزمایش ادرار طبیعی است فقط در آزمایش ریز بینی مقداری بلورهای اکسالات کلسیم و سه چهار عدد لکوسیت دارد • ( ادرار از جهت وجود مواد صفراوی امتحان نشده است ) •

تست های کبـدی - تست تیمول ۴ واحد ماك لاگان است تست کونکل زنگ + تست پوپر + تسك كاد مېوم +++ واند نبرك مستقيم + واند نبرك غير مستقيم منفي است مقدار بیلروبین ۳۰۰ میلی گرم در لیتر خون است • مقدار کلسترول خون ۲/۱ گرم در لیتر است • مقدار اوره خون ۳۰ سانتیگرم • سد یمانتاسیون ساعت اول ۳۵ میلی متر و ساعت دوم ۶۲ میلی متر • در کله سیستموگرافی کیسه صفرا کمرنگ بوده و تصاویر مظنون در آن دیده شده است • در تاریخ ۱۶/۱۱/۴۳ ل زغده گردن بیوپسی بعمل آمده است که بشماره ۳۴۵۸۸ کرسی سرطان رتیکولو سارکوم بوده است در تاریخ ۹/۱۲/۴۳ مجدداً بعلت ایکترو وجود سایه هائی در مجاری صفراوی تحت عمل جراحی قرار گرفته است در باز کردن شکم مقداری مایع زردنگ وجود داشته است و تمام گانگلیونهای پره آئورتیک و نزد يك پد يکول هپاتیک برجسته و درشت بوده است

که یکی از آنها را جهت بیوپسی ارسال داشته‌اند و جواب بیوپسی مجدد رتیکولو سا رکوم بوده است . متأسفانه بیمار که زارع و معیل بود پس از اینکه گانگلیون زیر گوی او را برداشتند درد و ناراحتی های بیمار کم شده و با معالجات معمولی نیز یرقان کمی بهبود یافت و بهمین مناسبت حاضر باداه درمان اصلی که رادیوتراپی بود نگردد و ما رضایت خود بیمارستان را ترك نمود .