

## گزارش یک مورد مزوتلیوم مولتی کیستیک خوش خیم پریتون با تظاهر کیست هیداتید

نسرین جلیلیان<sup>۱</sup>؛ هما بدری<sup>۱\*</sup>؛ مهتاب رهبر<sup>۲</sup>

## چکیده

زمینه: مزوتلیومای خوش خیم، توموری نادر با علت ناشناخته است. علائم شایع این تومور درد، توده شکمی و آسیت است. یافته‌های آزمایشگاهی کاملاً غیراختصاصی هستند و تشخیص قبل از جراحی مشکل است. درمان انتخابی، برداشتن کامل توده از طریق جراحی است.

گزارش مورد: بیمار خانم ۳۲ ساله‌ای بود که به دنبال بررسی علت نازایی اولیه و بدون علائم بالینی خاص، بعد از MRI با تشخیص احتمالی کیست هیداتید یا سروسیست آدنوم تخمدان تحت لاپاراتومی تشخیصی قرار گرفت. در لاپاراتومی، کیست‌های متعدد سروزی با اندازه‌های متفاوت در نیمه راست حفره لگن که تا زیر لبه کبد گسترش یافته بود مشاهده و خارج شد. بررسی هیستوپاتولوژیک، مزوتلیومای خوش خیم را تأیید کرد.

نتیجه‌گیری: مزوتلیومای خوش خیم همواره باید در تشخیص افتراقی توده‌های کیستیک لگنی مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: توده شکمی، کیست هیداتید، سروسیست آدنوم تخمدان، مزوتلیوم خوش خیم

«دریافت: ۱۳۹۱/۷/۲۵ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۰/۲۶»

۱. گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات زایمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۲. گروه پاتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

\*عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، سرخه لیژه، بیمارستان امام رضا (ع)، تلفن: ۰۸۳۱-۴۲۷۳۶۰۳

E-Mail: hbadri994@gmail.com

## مقدمه

است اما مواردی در خارج از شکم شامل حفره پلورال نیز گزارش شده است (۶).

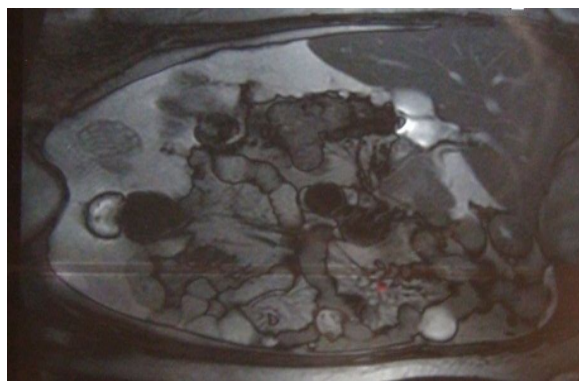
این ضایعه یک وضعیت کلینیکی حدواسط بین تومور آدنوماتوئید خوش خیم و مزوتلیومای بدخیم است زیرا از طرفی تمایل زیادی برای عود دارد و از طرف دیگر هیچ مورد مرگی گزارش نشده است (۷). تشخیص‌های افتراقی شامل توده‌های کیستیک خوش خیم یا بدخیم است. ضایعات کیستیک خوش خیم شامل کیست‌های مولرین خلف صفاقی، تومورهای آدنوئید کیستیک، بقایای کیستیک مجرای مزونفریک، سیستیک هیگروما و فرم کیستیک اندوسالپینژیوز است (۴). ضایعات بدخیم شامل مزوتلیوم بدخیم و تومورهای سروزی پریتون است (۸).

علائم کلینیکی، اغلب درد لگنی یا شکمی همراه با یک توده شکمی است که با معاینه یا رادیولوژی تشخیص داده می‌شود و یا یک یافته اتفاقی حین جراحی

مزوتلیومای خوش خیم کیستیک یا کیست‌های انکلیوزان پریتون تومورهای نادر و خوش خیم با اتیولوژی ناشناخته هستند. این تومور اولین بار در سال ۱۹۸۰ توضیح داده شد و تاکنون در کشورهای مختلف نزدیک ۱۵۰ مورد از آن گزارش شده است. این موارد عمدتاً در زنان سنین باروری بوده است (۱). جستجوهای ما نشان داد که در ایران نیز تاکنون دو مورد از این نوع تومور گزارش شده است. مورد اول، دختری ۲۱ ساله با تظاهر بالینی آسیت شکمی بوده است (۲). مورد دوم خانمی ۵۲ ساله با تابلوی بالینی توده شکمی بوده که توسط پژوهشگران دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی گزارش شد (۳). این بیماری تمایل به درگیری زنان سنین باروری دارد اما مواردی نیز در مردان دیده شده است (۴) و (۵). محل‌های شایع، سطوح سروزال تخمدان و رحم

زنان به متخصص عفونی ارجاع شد و پس از انجام تست توپرکولین و عکس قفسه سینه و تشخیص سل پریتونن توسط متخصص عفونی به مدت ۹ ماه تحت درمان چهار دارویی ضد سل (ایزونیازید، ریفامپین، پیرازینامید و اتامبوتول) با نظارت خانه بهداشت محل سکونت قرار گرفته بود. بعد از اتمام دوره درمان، بیمار جهت بررسی پاسخ به درمان Anti TB تحت MRI شکم و لگن قرار گرفت که با توجه به رؤیت مجدد نواحی کیستیک مولتی لوکوله با احتمال کیست هیداتید جهت لاپاراسکوپی تشخیصی در خرداد ۱۳۹۱ به متخصص جراحی عمومی ارجاع شد.

حین لاپاروسکوپی، ضایعات کیستیک متعدد با درگیری وسیع نیمه راست حفره لگنی و شکم رؤیت شد. نتیجه بررسی نمونه بیوپسی از ضایعات توسط پاتولوژیست، کیست‌های التهابی گزارش شد. لذا با احتمال منشأ آدنکسال توده‌های مذکور در تیرماه ۱۳۹۱ جهت لاپاراتومی به بخش زنان ارجاع شد. بیمار پس از یکسال از شروع اولین اقدامات تشخیصی در بخش ژنیکولوژی بیمارستان امام رضا جهت ارزیابی توده لگنی بستری شد. در بدو بستری، علائم حیاتی کاملاً نرمال بود، در معاینه فیزیکی شکم بسیار چاق بوده ( $BMI=33/5$ ) و امکان بررسی احتمال آسیت یا لمس توده شکمی وجود نداشت. شکم نرم و بدون تندرئس بود و معاینات ژنیکولوژیک نرمال بودند. در سونوگرافی به عمل آمده از



تصویر ۱- نمای کیست در MRI

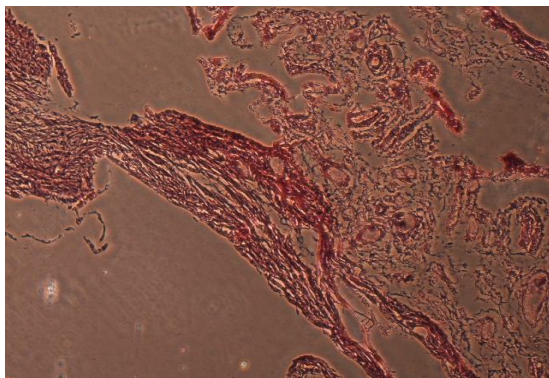
است (۶، ۹ و ۱۰). سونوگرافی، سی تی اسکن یا MRI اغلب برای تشخیص استفاده می‌شود (۱۱ و ۱۲). ضایعه به صورت کیستیک، لوکوله، پرشده با مایع و با سیگنال پایین در MRI (تصاویر T1) بدون دیواره مشخص و بدون سپتای داخلی مشخص می‌شود (۹ و ۱۳). یافته‌های آزمایشگاهی کاملاً غیراختصاصی هستند و هیچ‌گونه اطلاعات دقیقی به دست نمی‌دهند (۱۴). گاهی برای تشخیص، نیاز به رویکردهای تشخیصی بیشتر از جمله لاپاراسکوپی است (۹). درمان انتخابی، اکسیزیون کامل جراحی است (۹، ۱۰ و ۱۲) اما عود شایع است (۱). یافته‌های تیپیک میکروسکوپی، وجود یک لایه منفرد سلول‌های مزوتلیوم صاف با نمای Hobnail هستند، اما گاهی متاپلازی اسکوآمو یا پاپیلا نیز دیده می‌شود (۷).

### معرفی بیمار

بیمار یک خانم ۳۲ ساله نولی گراوید با سابقه ۱۲ سال نازایی اولیه است که به دلیل توده شکمی و احتمال سروسیت آدنوم تخمدان جهت لاپاراتومی تشخیصی درمانی در تیرماه ۱۳۹۱ به بخش ژنیکولوژی بیمارستان امام رضا کرمانشاه ارجاع داده شده بود. از یک سال قبل از مراجعه، هیچ‌گونه سابقه‌ای از درد شکم یا احساس بزرگی شکم نداشته و تنها جهت بررسی علت نازایی به پزشک مراجعه کرده بود. در بررسی‌های اولیه نازایی، کلیه آزمایشات شامل بررسی تست‌های تیروئید و پرولاکتین در محدوده نرمال بودند و علائمی دال بر عدم تخمک‌گذاری دیده نشد. آزمایش اسپرموگرام در محدوده نرمال گزارش شد. در اولین سونوگرافی به عمل آمده از بیمار در خردادماه ۱۳۹۰ یک توده مولتی کیستیک در آدنکس راست با گسترش به کلدوساک خلفی گزارش و توصیه به اقدامات تشخیصی بیشتر شده بود. لذا بیمار تحت سی تی اسکن شکم و لگن قرار گرفت که در آن توده مولتی کیستیک با تجمع مایع لوکوله در اطراف کیسه صفرا و کلیه راست و فضای لگنی گزارش شد و با احتمال بیماری گرانولوماتوز و سل صفافی از سرویس



تصویر ۲- نمای ماکروسکوپیکی کیست‌ها در بیمار



تصویر ۳- نمای پاتولوژیک کیست

محل تخمدان راست، توده مولتی کیستیک حجیم با گسترش به پاراکولیک و بن بست موريسون و ناحیه ساب هپاتیک همان سمت مطرح کننده احتمال سودومیگزوم پریئوتن با احتمال آدنو کارسینوم تخمدان راست و در درجه بعدی کیست هیداتید صفاقی گزارش شد. بعد از آن تومور مارکرها درخواست شد که همگی منفی بودند.

بیمار یک روز پس از بستری پس از هماهنگی با سرویس جراحی با توجه به احتمال وجود کیست هیداتید به اتاق عمل منتقل و تحت لاپاراتومی تشخیصی با برش چرنی (cherny) قرار گرفت. برش چرنی یکی از برش‌های مناسب جهت دستیابی بیشتر به محیط شکم و لگن حین جراحی در بیماران چاق است. در این روش، عضله رکتوس شکمی در محل اتصال تاندون به سمفیز پوبیس آزاد می‌شود تا فضای داخل شکم بیشتر در معرض دید قرار گیرد (۱۵). با ورود به حفره شکم، مقادیری آسیت و تعداد بسیار زیادی کیست با جدار نازک و در اندازه‌های متفاوت حاوی مایع روشن رؤیت شد. کیست‌ها به شکل خوشه‌های انگور متصل به هم به صورت چسبیده به پریئوتن و آزاد تا زیر کبد انتشار داشتند و نمایی شبیه به کیست هیداتید ایجاد کرده بودند. هیچ‌گونه ارتباطی بین توده مذکور و رحم و ضمایم دیده نشد. رحم و ضمایم کاملاً نرمال و بدون هیچ‌گونه چسبندگی بود. لذا با همکاری تیم جراحی، کیست‌ها تا حد ممکن و بدون آسیب به ارگان‌های مجاور خارج شدند و با توجه به این‌که سودومیگزوم پریئوتن نیز در تشخیص‌های افتراقی مطرح بود آپاندکتومی نیز انجام شد و نمونه‌ها جهت پاتولوژی ارسال شدند. به‌طور متوسط حدود ۰/۱ حجم توده به دلیل چسبندگی به ارگان‌های حیاتی (کبد، عروق مزاتر و...) قابل برداشت نبود.

تشخیص هستیوپاتولوژیکال کیست مزوتلیوم خوش‌خیم بدون میتوز و آتیپی بود. در بررسی میکروسکوپی کیست‌ها دیواره فیبروهمبندی با یک لایه سلول‌های صاف تا مکعبی رؤیت شد و در بررسی مایع، فقط سلول‌های التهابی مشاهده گردید.

بیمار پس از جراحی به بخش منتقل شد و ۱۲ ساعت بعد از عمل، تغذیه از راه دهان برای بیمار شروع شد که بیمار بدون هیچ مشکلی آن را تحمل کرد و بعد از ۳ روز درمان آنتی‌بیوتیک و ریدی بدون هیچ‌گونه علائم گوارشی و یا التهاب در محل زخم ترخیص گردید. در بررسی‌های بعد از عمل، آنتی‌بادی هیداتید منفی گزارش شد. پس از ۸ روز، بیمار توسط متخصص زنان ویزیت شد که مشکلی نداشت و سوچوره‌های محل انسزیون کشیده شد. بیمار به صورت ماهیانه ویزیت و تحت ارزیابی‌های کلینیکی و سونوگرافی قرار گرفت. پس از ۶ ماه در سونوگرافی هیچ‌گونه توده‌ای دیده نشد و فقط مختصری مایع در کولدوساک خلفی گزارش شد. طی این مدت بیمار هیچ‌گونه شکایتی از درد شکم و علائم بزرگی شکم و مشکل گوارشی نداشت. بیمار بعد از این مراحل و انجام هیستروسالپینگوگرافی نرمال، کاندید تحرک

تخمک گذاری با داروهای کلومیفن، HMG و IUI شد.

## بحث

در یک خانم جوان بدون علامت با توده مولتی کیستیک یک طرفه، شایع ترین تشخیص های افتراقی شامل کیست هیداتید و توده های آدنکسال خوش خیم یا بدخیم و با احتمال کم تر مزوتلیوم کیستیک خوش خیم پریتون هستند. ریسک ابتلا به کانسر تخمدان در طول زندگی ۱-۱/۵ درصد است. با توجه به بی علامت بودن اغلب موارد بیماری، ۲/۳ بیماران در مراحل پیشرفته بیماری مراجعه می کنند. ۹۰ درصد کانسرهای تخمدان از منشأ اپی تلیوم سلومیک یا مزوتلیال هستند (سروسیست آدنوم و موسینوس سیست آدنوم). اندازه گیری تومور مارکرها، علایم سونوگرافیک، سی تی اسکن، MRI و در نهایت لاپاراتومی از اقدامات تشخیصی هستند. کیست هیداتید یک بیماری بسیار شایع در سراسر جهان است که توسط اکینوкок گرانولوزوس و از طریق گوسفند، سگ یا انسان منتقل می شود. تشخیص قطعی به کمک سی تی اسکن یا MRI و مطالعات سرولوژیک است. نمای رادیوگرافیک، یک ضایعه کیستیک مولتی لوکوله با جدار

نازک است.

مزوتلیوما ی خوش خیم، توموری نادر است که اغلب زنان سنین باروری را درگیر می کند (۴ و ۶). پاتوژنز بیماری ناشناخته است. رفتار بیولوژیک این بیماری با رشد آهسته و تمایل به عود پس از جراحی مشخص می شود (۴). علایم اغلب غیراختصاصی هستند (درد مبهم شکم، آسیت یا بزرگی شکم) و تشخیص قبل از جراحی مشکل است. شایع ترین اقدامات تشخیصی شامل سونوگرافی، سی تی اسکن و MRI می باشد که ممکن است نمای مشابه یک تومور پریتون یا تخمدان داشته باشد (۱). لذا باید همواره در تشخیص افتراقی توده های کیستیک لگنی مدنظر قرار گیرد. درمان، جراحی و خروج کامل توده است. پیش آگهی بعد از جراحی عموماً خوب گزارش شده است و در ۵۰ درصد بیماران ممکن است عود موضعی دیده شود لذا توصیه به پیگیری بیمار می شود (۱). بیمار مطرح شده در این مقاله به طور کاملاً اتفاقی و طی بررسی های نازایی و با تشخیص اولیه سروسیست آدنوم تخمدان یا احتمال کیست هیداتید، حین لاپاراتومی تشخیص داده شد.

## References

1. Lari F, Castelli G, Bragagni G. Benign multicystic peritoneal mesothelioma. A case report. *Recenti Prog Med.* 2012;103(2):66-8.
2. Peyvandi S, Alipour AR, Moslemizadeh N, Naghshvar F. [Peritoneal benign cystic mesothelioma in a patient with presentation of ascites, a case report (Persian)]. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2007;17(57):108-12.
3. Mirhashemi SH, Sabeti Sh, Rezazadeh A. A case report of Benign Multicystic Mesothelioma of abdomen. *Iranian Journal of Surgery.* 2011;19(3):
4. Safioleas MC, Constantinos K, Michael S, Konstantinos G, Constantinos S, Alkiviadis K. Benign multicystic peritoneal mesothelioma: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol.* 2006;12(35):5739-42.
5. Dzieniecka M, Kałużyński A. Benign multicystic peritoneal mesothelioma (BMPM) - case report and review of the literature. *Pol J Pathol.* 2011;62(2):122-4.
6. O'Connor DB, Beddy D, Aremu MA. Benign cystic mesothelioma of the appendix presenting in a woman: a case report. *J Med Case Rep.* 2010;4:394.
7. Suh YL, Choi WJ. Benign cystic mesothelioma of the peritoneum--a case report. *J Korean Med Sci.* 1989;4(2):111-5.
8. Ross MJ, Welch WR, Scully RE. Multilocular peritoneal inclusion cysts (so-called cystic mesotheliomas). *Cancer.* 1989;64(6):1336-46.
9. Miljkovic D, Gmijovic D, Radojkovic M, GligoriJevic J, Radovanovic Z. Mesenteric Cysts. *Arch Oncol.* 2007; 15: 91-3.
10. Patel A, Lefemine V, Ramanand BS. A rare case of a peritoneal cyst arising from the falciform ligament. *Cases J.* 2009;2(1):134.

11. Stoupis C, Ros PR, Abbitt PL, Burton SS, Gauger J. Bubbles in the belly: imaging of cystic mesenteric or omental masses. *Radiographics*. 1994;14(4):729-37.
12. Theodoridis TD, Zepiridis L, Athanatos D, Tzevelekis F, Kellartzis D, Bontis JN. Laparoscopic management of mesenteric cyst: a case report. *Cases J*. 2009;2:132.
13. Ros PR, Olmsted WW, Moser RP Jr, Dachman AH, Hjermstad BH, Sobin LH. Mesenteric and omental cysts: histologic classification with imaging correlation. *Radiology*. 1987;164(2):327-32.
14. Ousadden A, Elbouhaddouti H, Ibnmajdoub KH, Harmouch T, Mazaz K, Aittaleb K. A giant peritoneal simple mesothelial cyst: a case report. *J Med Case Rep*. 2011;5:361.
15. Rock JA, Jones HW. *Te Linde's operative gynecology*. 10<sup>th</sup> ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2011.