

گزارش یک مورد جالب لنفوم اولیه تخمدان

ناهید رهبر* (M.D)، صدیقه موذن (M.D)

دانشگاه علوم پزشکی سمنان، دانشکده پزشکی، مرکز آموزشی درمانی امیرالمؤمنین (ع)، بخش زنان و زایمان

چکیده

لنفوم اولیه تخمدان یک بدخیمی مرتبط با تخمدان می باشد که فوق العاده نادر است (کمتر از ۱٪ موارد کل بدخیمی های تخمدان). تظاهرات بالینی آن مانند سایر بدخیمی های تخمدان می باشد. این مقاله گزارش یک مورد از این بیماری در یک خانم ۳۲ ساله است که به دلیل علائم بالینی و گزارشات سریال سونوگرافی مبنی بر وجود توده در تخمدان راست تحت لاپاروتومی قرار گرفت و در بررسی پاتولوژی Malignant diffuse lymphoma type B cell گزارش گردید. بیمار با ارجاع نزد اونکولوژیست تحت کموتراپی ترکیبی قرار گرفت.

واژه های کلیدی: لنفوم اولیه تخمدان، مرکز آموزشی درمانی امیرالمؤمنین (ع) سمنان

مقدمه

لنفوم اولیه تخمدان یک بیماری نادر با پروگنوز ضعیف می باشد که درصد بسیار کمی از بدخیمی های ژنیکولوژیک زنان را به خود اختصاص می دهد [۳].

شباهت تظاهرات بیماری با سایر توده های تخمدان، ممکن است باعث سردرگمی پزشک شود [۷]. در صورت درمان مناسب به نظر می رسد که بهبود کامل و بقای بیمار همانند لنفوم های Extranodal (خارج گرهی) باشد [۱].

در این مقاله، گزارش از یک خانم ۳۲ ساله که به دلیل توده تخمدانی پایدار تحت لاپاروتومی قرار گرفت و در بررسی پاتولوژی لنفوم اولیه تخمدان گزارش شد، ارائه می شود.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۲ ساله (G₁P₁L₁) با شکایت نامنظمی در قاعدگی و لکه بینی مراجعه نمود. جهت بیمار β -hCG و سونوگرافی درخواست شد. β -hCG منفی و گزارش سونوگرافی ۸۳/۹/۳۰ به قرار زیر بود:

رحم هموزن، ۸۳×۳۳ mm^۳، تخمدان چپ نرمال ولی تصاویر هتروژن در تخمدان راست به ابعاد ۴۹×۳۴ mm^۳ احتمالاً مربوط به کیست همورژیک دیده شد. در سونوگرافی مجدد ۱/۵ ماه بعد، کیست ۴۴ mm^۳ حاوی اکوهای داخلی در تخمدان راست مربوط به کیست همورژیک یا با احتمال کم تر کیست درموئید گزارش شد. بیمار تحت درمان با قرص H.D به مدت دو ماه قرار گرفت، سپس سونوگرافی کنترل انجام شد که به دلیل پایداری توده در تخمدان راست آزمایشات لازم درخواست گردید که شامل موارد زیر بود:

LDH، ۲۳۰ IU/L، CA125، ۴۴ U/ml و α FP، ۰/۸ ng/ml

بیمار کاندید جراحی شد، ولی جهت جراحی ۴ ماه بعد مراجعه نمود. در معاینه تخمدان ها با قوام Solid و بزرگ لمس شدند. در سونوگرافی قبل از عمل، سه کیست ۲۴، ۱۸ و ۲۴ میلی متری در تخمدان راست مشاهده شد، ولی پارانشیم تخمدان راست دیده نشد. در تخمدان چپ کیست ۳۰ میلی متری حاوی اکوهای ظریف داخلی وجود داشت.

* نتویسنده مسئول. تلفن: ۰۲۳۱-۴۴۶۳۴۰۱، فاکس: ۰۲۳۱-۴۴۶۰۰۵۵، E-mail: rahbar@sem-ums.ac.ir

نادر می‌باشند که به آسانی با تومورهای ژنیکولوژیک اشتباه می‌شوند و تشخیص قطعی آن‌ها فقط با لاپاروتومی صورت می‌گیرد [۵].

گرچه لنفوم ژنیتال به عنوان تظاهر ابتدایی یک بیماری گری مخفی (Occult nodal disease) یا درگیری ثانویه غیرشایع نیست، لنفوم اکسترانودال با منشأ اولیه از دستگاه ژنیتال بی‌نهایت نادر می‌باشد [۹].

لنفوم اولیه تخمدان ممکن است با بزرگی تخمدان‌ها [۶]، خونریزی ژنیتال غیرطبیعی [۶]، نفخ شکم، ترشحات دائمی واژینال و یا ضایعه اولسراتیو سرویکس [۴] بروز کند. شایع‌ترین علامت و نشانه لنفوم درگیرکننده تخمدان توده و درد شکم یا لگن می‌باشد [۷]. مواردی از آنمی همولیتیک [۳] و پلورال افیوژن [۷] نیز گزارش شده است.

به دلیل این که لنفوم تخمدان غیرمعمول است، ممکن است این بیماری به دلیل شباهت تظاهرات بیماری با سایر تومورهای تخمدان باعث گمراه ساختن پزشک شود [۷] و به همین دلیل بایستی حتماً در تشخیص افتراقی‌های بدخیمی‌های زنان در نظر گرفته شود، زیرا در صورت درمان و تشخیص مناسب پیش‌آگهی، مطلوب می‌باشد [۴].

در لاپاروتومی، تخمدان راست کاملاً بزرگ (حدود ۶ سانتی‌متر) با قوام سفت و تخمدان چپ نیز بزرگ‌تر از نرمال بود و قوام سفت داشت. بخش عمده تخمدان راست خارج و جهت تخمدان چپ Wedge resection انجام شد. گزارش پاتولوژی بیمار به قرار زیر می‌باشد:

Malignant diffuse lymphoma B cell type tumoral cell, positive for leukocyte common antigen (LCA) and CD20. Scattered small cell are reactive in background for CD3. They are negative for cytokeratin, epithelial membrane antigen (EMA) and placental alkaline phosphatase (PLAP).

بیمار جهت ادامه درمان و پی‌گیری‌های لازم به انکولوژیست ارجاع شد.

سی‌تی‌اسکن شکم و لگن با کنتراست وریدی و خوراکی، سی‌تی‌اسکن توراکس، HRCT ریه و سی‌تی‌اسکن مهره‌های کمری انجام شد که نرمال بود.

بیوپسی مغز استخوان طبیعی بود. در بررسی اسمیر لام خون محیطی ماکروسیتوز و آنیزوسیتوز گزارش شد. در نهایت بیمار با تشخیص لنفوم اولیه تخمدان تحت شیمی‌درمانی با سیکلوفسفامید، آدریامايسين و وین‌کریستین قرار گرفت.

بحث و نتیجه‌گیری

سرطان تخمدان یکی از مباحث عمده در حیطه جراحی است که نیاز به درمان جدی و غالباً پیچیده دارد و انرژی روانی و فیزیکی بیمار را به تحلیل می‌برد [۲]. در واقع سرطان تخمدان از بالاترین موارد مرگ‌ومیر نسبت به موارد بیماری در بین همه بدخیمی‌های ژنیکولوژیک برخوردار است [۲].

تقریباً ۹۰٪ بدخیمی‌های تخمدان در بالغین از منشأ اپی‌تلیال است، ۶٪ تومورها از منشأ Sex cord stromal و ۳٪ تومورهای از نوع Germ cell می‌باشند. به دلیل این‌که کانسر تخمدان تظاهرات ابتدایی اختصاصی خیلی کمی دارد، اکثر زنان در مراحل پیش‌رفته کانسر تخمدان که پروگنوز ضعیفی دارد مراجعه می‌کنند [۸].

بدخیمی‌های اولیه غیرژنیکولوژیک مثل لنفوم، تومورهای ترئوپریتوئن، تومورهای روده کوچک و مزوتلیال، بدخیمی‌های

منابع

- [1] Ambulkar I, Nair R. Primary ovarian lymphoma: report of cases and review of literature. *Leuk Lymphoma*, 2003; 44(5):825-7.
- [2] Berek JS. *Novak's Gynecology*. 13th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. p.1245.
- [3] Jung CK, Park JS, Lee EJ, Kim SH, Kwon HC, Kim JS, et al. Autoimmune hemolytic anemia in a patient with primary ovarian non-Hodgkin's lymphoma. *J Korean Med Sci*, 2004; 19(2):294-6.
- [4] Kendrick JE 4th, Straughn JM Jr. Two cases of non-Hodgkin's lymphoma presenting as primary gynecologic malignancies. *Gynecol Oncol*, 2005; 98(3):490-2.
- [5] Berkowitz RS, Barbieri RL, Dunaif AE, Ryan KJ, Kistner RW. *Kistner's Gynecology and Women's Health*. 7th ed. St. Louis Baltimore: Mosby, 1999. p.187.
- [6] Niitsu N, Nakamine H, Hayama M, Unno Y, Nakamura S, Horie R, et al. Ovarian follicular lymphoma: a case report and review of the literature. *Ann Hematol*, 2002; 81(11):654-8.
- [7] Perlman S, Ben-Arie A, Feldberg E, Hagay Z. Non-Hodgkin's lymphoma presenting as advanced ovarian cancer—a case report and review of literature. *Int J Gynecol Cancer*, 2005; 15(3):554-7.
- [8] Rock JA, Jones HW. *TeLinde's Operative Gynecology*, 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003. p.1487.
- [9] Sungurtekin U, Lacin S, Ayhan S. Primary genital non-Hodgkin lymphoma. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 1998; 38(3):346-9.