

گزارش یک مورد آدنوکارسینوم اولیه ناحیه آپاندیس

دکتر فتح اله محقی

استادیار، متخصص رادیوتراپی - انکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اراک

تاریخ دریافت ۸۶/۲/۴، تاریخ پذیرش ۸۶/۸/۳۰

چکیده

مقدمه: آدنوکارسینومای اولیه آپاندیس، سرطانی نادر است که تعداد معدودی در جهان گزارش شده است. حدود یک صدم تا دو دهم درصد از سرطان‌ها و کمتر از نیم درصد از سرطان‌های دستگاه گوارش را شامل می‌گردد. در این مقاله یک مورد آدنوکارسینوم اولیه ناحیه آپاندیس معرفی می‌شود.

مورد: بیمار، مرد ۳۸ ساله‌ای است که با درد شکم و تندرینس در ناحیه مک بورنی و در ریع تحتانی راست شکم، حدود ۸ ماه پیش در بیمارستان بستری و با تشخیص آپانديسیت حاد تحت عمل جراحی آپاندکتومی اورژانس قرار گرفته است. پاتولوژیست، آدنوکارسینوم آپاندیس را گزارش نمود که تومور تا ناحیه سرروز آپاندیس گسترش داشته است. پس از جراحی، بیمار از پی‌گیری منظم امتناع می‌ورزد و شش ماه بعد با تنگی نفس و درد شکم مراجعه، و براساس سونوگرافی و گرافی‌های انجام شده، دارای آسیت وسیع شکمی بوده است.

نتیجه گیری: در بیماران آپاندیس حاد، باید احتمال آدنوکارسینوم آپاندیس را نیز در نظر گرفت.

واژگان کلیدی: آدنوکارسینوم آپاندیس، آپانديسیت حاد، آپاندکتومی

*نویسنده مسئول: اراک، دانشگاه علوم پزشکی، مرکز آموزشی درمانی ولیعصر(ع)

Email: Mohagheghfrt@yahoo.com

مقدمه

در آن مشهود نبوده است. پس از جراحی و شستشوی شکم با نرمال سالین و بررسی حفره‌ی شکمی که یافته پاتولوژیکی نداشته است، جراحی خاتمه می‌یابد و بیمار روز بعد از بیمارستان مرخص می‌گردد. در نمونه ارسالی جهت پاتولوژی، در بررسی ماکروسکوپی: شکل ظاهری آپاندیس متورم بوده است، پارگی در آن دیده نشده ولی افزایش ضخامت جداری را داشته است. در مشاهده میکروسکوپی: سلول‌های آماسی، نوتروفیل و سلول‌های تومورال به میزان زیادی در لایه‌های مخاطی، زیر مخاطی و در لایه موسکولاریس پروپریا تا سروز مشاهده می‌گردد که به صورت سلول‌های بدشکل^۱ و افزایش نسبت هسته به سیتوپلاسم^۲ و میتوز بوده است (شکل ۴-۱).

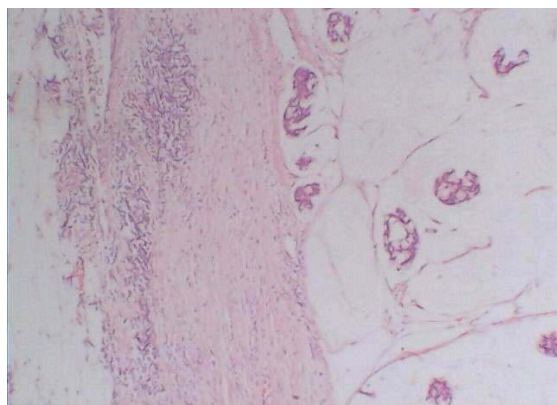
تشخیص نهائی، آدنوکارسینوم آپاندیس با گرید متوسط، گزارش می‌گردد. بیمار جهت بررسی بیشتر به یکی از بیمارستان‌های تهران ارجاع می‌گردد. برای بیمار رادیوگرافی باریوم انما انجام، و گزارش آن نرمال بوده است، ولی بیمار از ادامه پی‌گیری منصرف می‌گردد. پس از جراحی، حال عمومی بیمار مناسب بوده و اشتهای خوب داشته، کاهش وزن نداشته و اجابت مزاجش نیز طبیعی و بدون خونریزی بوده است. پس از ۶ ماه بیمار با تنگی نفس، درد و تورم شکمی مجدداً به بیمارستان مراجعه و بستری می‌گردد. در معاینات انجام شده تب نداشته، ولی تاکی پنه داشته است. تعداد تنفس ۳۲ بار در دقیقه، فشار خون ۱۱۰/۷۰ میلی‌متر جیوه و ضربان قلب ۱۰۵ در دقیقه گزارش شده بود. اورگانومگالی نداشته ولی shifting dullness در معاینه شکم داشته است. در آزمایشات انجام شده CBC با افتراق سلولی نرمال، آزمایش‌های کبدی در حد طبیعی، BUN و کراتینین و آزمایش ادرار نیز طبیعی بوده است. ESR = ۵۲ و تومور مارکر سرم CEA = ۲۸۳ نانوگرم در میلی‌لیتر (حداکثر نرمال = ۸ نانوگرم در میلی‌لیتر) بوده است. در سونوگرافی انجام شده مقدار فراوانی مایع در شکم و لگن گزارش شد آزمایش مایع آسیت، شکمی اکسوداتیو بوده است (پروتئین = ۵/۱ گرم در دسی لیتر، LDH = ۶۲۵

آدنوکارسینومای آپاندیس از بیماری‌های نادر در دستگاه گوارش می‌باشد به طوری که کمتر از یک صدم تا دو صدم درصد از بدخیمی‌ها را تشکیل می‌دهد(۱). علائم عمده بالینی بیمار، شکم درد و در مواردی توده‌ای قابل لمس در شکم می‌باشد(۲) و غالباً با تشخیص آپاندیسیت حاد تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند. زیرا تشخیص کارسینوم آپاندیس قبل از جراحی و گزارش پاتولوژی بسیار مشکل است و هیچ روش تشخیصی قطعی و اختصاصی قبل از انجام جراحی برای آن وجود ندارد(۳). به عبارتی به علت عدم وجود معیارهای تشخیصی قطعی قبل از جراحی و پس از آپاندکتومی (در حین جراحی)، غالباً جراحی انجام شده اولیه، کافی نبوده و احتیاج به جراحی تکمیلی می‌باشد. برای تشخیص کارسینوم آپاندیس، براساس مطالعات متعدد، بیماران مبتلا به سرطان آپاندیس تا ۳۰ درصد موارد دچار بیماری سرطانی هم‌زمان و یا غیر هم‌زمان در دستگاه گوارش می‌شوند(۴). این مقاله، گزارش موردی بیماری است که با تشخیص آپاندیسیت حاد تحت جراحی آپاندکتومی قرار گرفته و گزارش پاتولوژی پس از جراحی آدنوکارسینوم آپاندیس بوده است.

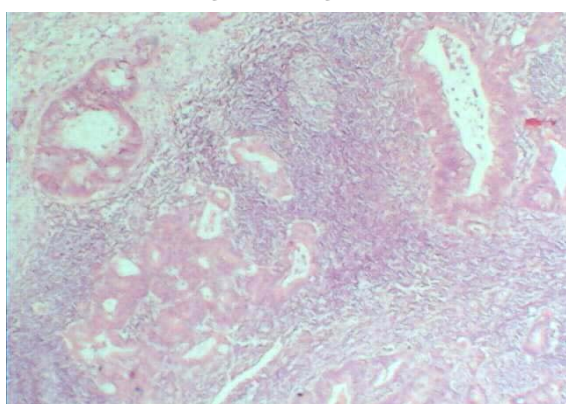
مورد

بیمار مرد جوان ۳۸ ساله می‌باشد که حدود ۸ ماه پیش با درد حاد شکمی در ناحیه اطراف ناف و قسمت تحتانی شکم که از شب قبل از مراجعه شروع شده بود به بیمارستان مراجعه و با تشخیص آپاندیسیت حاد بستری می‌گردد. در معاینه فیزیکی دارای تندر نس در ناحیه مک بورنی بوده و درجه حرارت بیمار ۳۷/۶ درجه سانتی‌گراد و دیگر علائم حیاتی در حد نرمال بوده است. در آزمایش‌های انجام شده، در CBC دارای گلبول سفید ۱۲۱۰۰ در میلی‌لیتر و در افتراق سلولی ۶۸ درصد سلول‌های چند هسته‌ای داشته است. آزمایش ادرار نرمال و آزمایش‌های بیوشیمی نیز در حد طبیعی بوده است. بیمار با تشخیص آپاندیسیت حاد به طور اورژانسی تحت عمل جراحی آپاندکتومی قرار می‌گیرد. در گزارش جراحی آپاندیس متورم بوده ولی چسبندگی به ارگان‌های مجاور نداشته و پارگی و انسداد نیز

1 - Bizzar shaped.
2- N/C ratio.

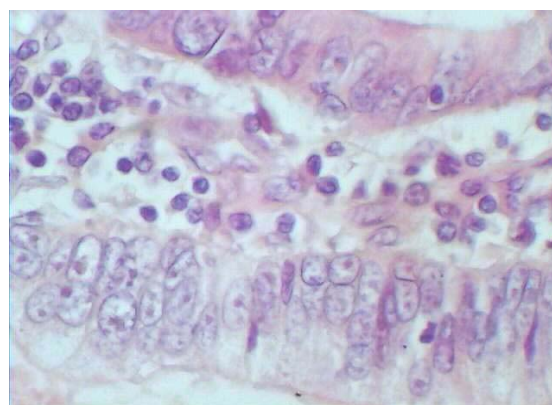


شکل ۳. آدنوکارسینوم کلاسیک با تمایز سلولی متوسط و سلول های التهابی با بزرگنمایی ۴ X

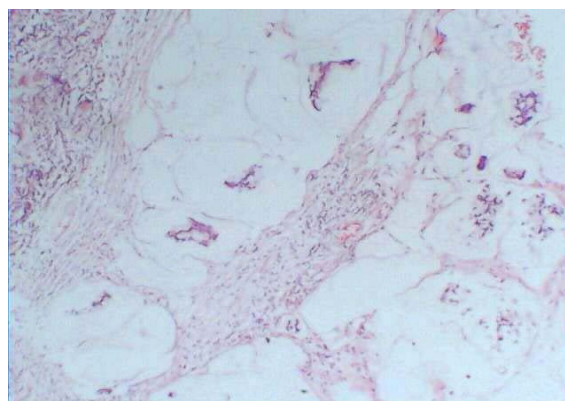


شکل ۴. نودول تومورال حاوی موسین فراوان و دستجات سلولی تومورال با بزرگنمایی ۴ X

واحد در دسی لیتر، RBC=۶۰۰ در میلی لیتر، WBC=۹۱۰ در میکرولیتر با اختراق سلولی PMN=۶۰ درصد و Lymph=۴۰ درصد گزارش شده است) بررسی مایع آسیت در دو نوبت (بار اول حجم نمونه ۲۰ سی سی و بار دوم ۳۰ سی سی) انجام و در آن سلول بدخیم گزارش نشده است. در سی تی اسکن انجام شده، مقدار فراوانی مایع در حفره شکمی و لگن مشهود ولی توده فضاگیر در شکم، لگن و کبد گزارش نشده بود. هم چنین کولونوسکوپی بیمار نرمال بوده است. بیمار با تشخیص آدنوکارسینوم آپاندیس و درگیری پریتونئن جهت ادامه درمان به بخش آنکولوژی بیمارستان ولی عصر اراک ارجاع گردیده بود.



شکل ۱. سلول های تومورال موسینی با تهاجم به لایه عضلانی آپاندیس با بزرگنمایی ۴ X



شکل ۲. سلول های تومورال استوانه ای با شکل غیر طبیعی و هستک های درشت با بزرگنمایی ۴۰X

بحث

همان طور که گفته شد آدنوکارسینوم آپاندیس، سرطان بسیار نادریست که در مطالعات حدود ۲۵۰ مورد بیشتر گزارش نشده است و غالباً به شکل گزارش موردی، و یا گزارش با تعداد بسیار محدود بوده است. سرطان آپاندیس کمتر از نیم درصد از سرطان های دستگاه گوارش را شامل می گردد(۱). در مردان نسبت به خانم ها بیشتر دیده می شود(۵) و اکثراً، در دهه پنجم و ششم (۵، ۶) زندگی گزارش شده است. بیماران غالباً با علائم آپاندیسیت حاد مراجعه (۷) و تحت عمل جراحی قرار می گیرند. در بیش از ۷۰ درصد موارد، بیماری قبل از گزارش پاتولوژی تشخیص داده نمی شوند(۳). علائم آپاندیسیت حاد در این بیماران به علت انسداد لومن آپاندیس و گسترش تومور به دیواره آپاندیس و افزوده شدن عامل عفونی به آن می باشد و انسداد

طبق تقسیم بندی دوک^۱، در مرحله A= ۸۰ درصد و در مرحله B= ۵۰ درصد و در مرحله C= ۲۰ درصد قابل درمان می باشد (۱۱). در درگیری های پریتون، درمان اصلی با جراحی (در حد Cytoreduction)، و ترجیحاً شیمی درمانی داخل صفاقی، و هایپر ترمیک (۱۱) با رژیم های حاوی سیس پلاتین و بلئو مایسین و ... می باشد. هم چنین شیمی درمانی سیستمیک و رادیوتراپی داخل صفاقی، با مواد رادیوایزوتوپ مثل فسفر ۳۲ (با تشعشع اشعه بتا با عمق نفوذ ۲ تا ۳ میلی متری) نیز توصیه می گردد (۱۲).

نتیجه گیری

تومورهای بدخیم ناحیه آپاندیس، غالباً با تظاهرات بالینی آپاندیسیت حاد بروز نموده و به علت عدم وجود معیارهای تشخیصی قطعی و مشخص قبل از جراحی و در حین جراحی، لازم است جراحان و پاتولوژیست ها در بیماران مبتلا به آپاندیسیت حاد، تومورهای بدخیم آپاندیس را نیز در مد نظر داشته باشند.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاری بسیار صمیمانه همکاران ارجمند جناب آقای دکتر رضا دانشمند و آقای دکتر جلال رضائی در تهیه این مقاله، تشکر و قدردانی به عمل می آید.

منابع

1. Rassa PC, Cassinelli G, Ronzitti FM. Primary adenocarcinoma of the appendix. Case report and Review of the Literature *Minerva Chir* 2002; 57(5):695-8.
2. Chang P, Attiyeh FF. Adenocarcinoma of the appendix. *Dis Colon Rectum* 1981; 24(3):176-80.
3. Nitecki SS, Wolff BG, Schlinkert R, Sarr MG. The natural history of surgically treated primary adenocarcinoma of the appendix. *Ann Surg* 1994; 219(1):51-7.

در مجاری تخلیه ای لفاوی و عروقی نیز مزید بر علت می باشد (۸). آدنوکارسینوم آپاندیس، مثل سرطان های ناحیه کولون تمایل بیشتری به گسترش و درگیری موضعی داشته و با جریان لفاوی و عروقی نیز گسترش می یابند. شایع ترین محل متاستاز آن حفره شکمی (مثل حاضر مورد) و بعد درگیری غدد لفاوی، کبد، تخمدانها (در خانم ها) و دیواره شکم و ریه (۹) می باشد. از تشخیص های افتراقی کارسینوم آپاندیس، تومور کارسینوئید ناحیه آپاندیس می باشد که شایع تر از کارسینوم بوده و بیشتر در انتهای آپاندیس دیده شده و غالباً به صورت اتفاقی در جراحی آپاندیس کشف می گردد و در مقایسه با آدنوکارسینوم آپاندیس، دارای پیش آگهی بهتری بوده و در مراحل اولیه و اندازه کمتر از ۲ سانتی متر، آپاندکتومی برای درمان آن کافی است.

بیمار مورد گزارش، یک مورد نسبتاً تپیک کارسینوم آپاندیس می باشد که در بیمار مرد با علائم آپاندیسیت حاد خود را نشان داده و قبل از جراحی و حتی پس از آپاندکتومی، تا مرحله دریافت گزارش پاتولوژی، تشخیص کارسینوم آپاندیس محرز نبوده است و بدین جهت جراحی انجام شده در حد آپاندکتومی بوده و برای بیمار کافی نبوده و نیاز به جراحی مرحله دوم با همی کولکتومی داشته است. اولین محل متاستاز تومور، براساس مطالعات انجام شده در بیمار حفره صفاقی پریتون می باشد که در این بیمار نیز اتفاق افتاد. بررسی سیتولوژی مایع آسیت این بیمار برای سلول های بدخیم منفی بوده است که از علل عمده آن، کافی نبودن حجم مایع مورد آزمایش بوده است که باید حداقل با ۵۰ سی سی انجام می شد.

درمان اصلی این بیماری در مرحله اول جراحی با آپاندکتومی و در مرحله بعدی (پس از قطعی شدن تشخیص)، ادامه جراحی با همی کولکتومی راست می باشد (۱۰). پیش آگهی این بیماری در مراحل اولیه خوب ولی در مراحل پیشرفته و متاستاتیک ناامید کننده می باشد.

4. Ozakyol AH, Saricam T. Primary appendiceal adenocarcinoma. *J Clin Oncol* 1999; 22(5):458-9.
5. Hananel N, Powsner E, Wolloch Y. Adenocarcinoma of the appendix: an unusual disease. *Eur J Surg* 1998; 164(11):859-62.
6. Driver CP, Bowen J, Bruce J. Adenocarcinoma of the appendix in a child. *J Pediatr Surg* 1998; 33(9):1437-8.
7. Yamada T, Murao Y, Nakamura T. Primary adenocarcinoma of appendix, colonic type associated with perforating peritonitis in an elderly patient. *J Gastroenterol* 1997; 32(5):658-62.
8. Berman AT, James PM Jr. Adenocarcinoma of the vermiform appendix. *Am J Surg* 1970; 119(6):733-6.
9. Ozakyol AH, Saricam T, Kabukcuoglu S, Caga T, Erenoglu E. Primary appendiceal adenocarcinoma. *Am J Clin Oncol* 1999; 22(5):458.
10. Kshirsagar AY, Desai SR, Pareek V. Primary adenocarcinoma of the vermiform appendix: a case report. *J Indian Med Assoc* 2004; 102(5):262-3.
11. Sugarbaker PH. *Current Therapy in Colon and Rectal Surgery: Survey of appendiceal tumors; Cancer of the appendix and pseudomyxoma*. Toronto:BC Decker; 1998.
12. Mahteme HS. Treatment of peritoneal adenocarcinoid of appendiceal origin. *Br J Surg* 2004; 91(9):1168-73.

A case report of primary adenocarcinoma of appendix

Mohagheghi F¹

Abstract

Introduction: Primary appendiceal adenocarcinoma is rare (less than 250 cases described in the literature). In this article a case of appendiceal carcinoma with peritoneal seeding is reported.

Case: The patient is a 38-years-old man presented with pain, tenderness and rebound in the lower quadrant of the abdomen. These findings suggested acute appendicitis. Emergency laparotomy showed inflamed appendix, without adhesion to the surrounding tissue or perforation. Appendectomy was performed. The histologic diagnosis revealed as moderately differentiated appendiceal adenocarcinoma. The tumour had infiltrated up to serouca of the appendix. He was rffered to oncology center but due refusing of patient for further evaluation, six months later was admitted with dyspnea, abdominal pain and prorusion. Clinical examination and diagnostic work ups showed massive exudative ascites.

Conclusion: In case of acute appendicitis, the possibility of appendiceal adenocarcinoma should be considered

Key words: Adenocarcinoma of appendix, acute appendicitis, appendectomy.

*Corresponding author; Email: Mohagheghfirt@yahoo.com

1- Assistant Professor, radiotherapist & onchologist, Arak University of Medical Sciences.