

## کیست مزوتلیالی مדיاستن خلفی با گسترش به رتروپریتون (گزارش یک مورد)

شعبان مهرورز<sup>۱</sup>، M.D.، سیدمسعود خاتمی\*، M.D.

### چکیده

**هدف:** هدف از این مطالعه آن است تا با مرور مطالعات مربوط و کتب مرجع، به بررسی نظرات نویسندگان مختلف در این باره پرداخته، بیماری را معرفی نماییم که عارضه وی در MRI به شکل آنوریسم آئورت تظاهر کرده بود.

**معرفی بیمار:** بیمار مرد ۴۵ ساله‌ای بود که به علت کمردرد، از ناحیه ستون فقرات کمری MRI شده و بر اساس گزارش رادیولوژیست و توسط جراح اعصاب با تشخیص احتمالی آنوریسم آئورت به ما ارجاع شده بود. در بررسی‌های تکمیلی مانند CT-Scan و آنژیوگرافی DSA تشخیص کیست مדיاستن خلفی داده شد. این کیست ۱۰ سانتی‌متری در بین آئورت و ورید کاو تا فضای خلف صفاقی گسترش یافته بود. کیست مذکور با انجام عمل جراحی به طور کامل اکسیزیون گردید. یافته حین عمل، یک کیست تک حفره‌ای با جدار نازک و بدون ارتباط با احشاء دیگر بود. گزارش نهایی آسیب شناسی حاکی از کیست اولیه خوش خیم مزوتلیالی (Simple Cyst) بود.

**نتیجه گیری:** با وجود بی خطر بودن بیشتر این کیستها، بنابر توصیه اکثر مولفین درمان انتخابی اکسیزیون کامل کیستهای مדיاستن و رتروپریتون از طریق جراحی باز و یا توراکوسکپی است.

**واژه‌های کلیدی:** کیست مדיاستن، کیست رتروپریتون، کیست مزوتلیالی، کیست ساده

### مقدمه

مدلین تنها یک مورد کیست برونکوژنیک مדיاستینال از کره جنوبی گزارش شده که به فضای رتروپریتون امتداد داشته است (۳). این کیستها از نظر آسیب‌شناسی بسیار متنوع بوده، عموماً خوش خیم تلقی می‌شوند و اغلب فاقد علامت بالینی می‌باشند. ممکن است به صورت اتفاقی کشف شوند و یا با علایم غیرمعمول و غیراختصاصی تظاهر نمایند. این خصوصیات باعث شده که جراحان در برخورد با این یافته دارای آگاهی و تجربه کافی نباشند.

کیستهای مדיاستن خلفی و کسیتهای ناحیه خلف صفاقی نادر می‌باشند. کیستهای مزوتلیالی داخل توراسیک اغلب دارای منشأ مادرزادی بوده، به طور کلاسیک در زاویه کاردیوفرنیک قدامی قرار دارند. در یک گزارش از شهر نیس فرانسه تنها دو مورد یعنی ۱۳٪ (۱) و در یک سری دیگر از ژاپن ۱۹ مورد از ۱۰۵ مورد (۱۸/۱٪) در مדיاستن خلفی قرار داشتند (۲). در جستجوی انجام شده در

دریافت مقاله: ۸۵/۶/۲۸، اصلاح مقاله: ۸۵/۹/۱۸، پذیرش مقاله: ۸۵/۱۰/۲۸

? دانشیار گروه جراحی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله (عج)، تهران - ایران

\* دانشیار گروه جراحی، جراح عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله (عج)

آدرس پست الکترونیکی: mehrvarz@bmsu.ac.ir

درد بیمار رادیکولر بود که از نظر بالینی و رادیوگرافیک قابل توجیه نبود و ارتباطی بین توده با علایم بالینی به نظر نمی‌رسید. بیمار سابقه مصرف داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی مانند قرص ایبوپروفن، ژل پیروکسیکام موضعی و چند نوبت تزریق عضلانی آمپول متوکاربامول داشت. نکته مثبت دیگری مانند تروما یا بیماریهای مهمی مانند بیماری قلبی-عروقی نداشت و در سابقه خانوادگی وی نیز نکته مهمی یافت نشد. در معاینات انجام شده علایم حیاتی طبیعی بوده، در معاینه شکمی در لمس و سمع یافته مثبتی وجود نداشت. در گرافی قفسه سینه، نمای نسج ریه طبیعی بود و سایه یک توده هیپو اکوی مدور با حدود مشخص در قسمت تحتانی خط وسط و متمایل به راست، با گسترش به داخل شکم، دیده می شد (تصویر ۲). معاینات قلب و عروق طبیعی بود و الکتروکاردیوگرام و اکوکاردیوگرام توسط کاردیولوژیست نرمال گزارش شد.

با ارائه این مقاله ضمن معرفی یک بیمار، به منظور افزایش و به روز نمودن اطلاعات همکاران، به مرور مقالات و کتب مرجع و بررسی نظرات نویسندگان قدیم و جدید در این باره و نحوه برخورد و درمان مناسب پرداخته می‌شود.

## گزارش بیمار

مردی ۴۵ ساله‌ای که با شکایت کمر درد، از چند سال قبل تحت درمان دارویی بوده است، به علت عدم بهبودی و پیشرفت علایم بالینی در طی ماه گذشته، توسط متخصص جراح اعصاب تحت بررسی رادیوگرافیک قرار می‌گیرد. در MRI انجام شده علاوه بر وجود علایم هرنیاسیون دیسک کمری در بین مهره L<sub>5</sub> و S<sub>1</sub>، توده ساکولر کیستیک به طول ۱۰ سانتی‌متر مشکوک به آنوریسم آئورت در مقابل ستون فقرات مشاهده شد که از انتهای مهره T<sub>10</sub> تا ابتدای مهره L<sub>1</sub> امتداد داشت (تصویر ۱). بدین جهت بیمار برای بررسیهای بیشتر به سرویس جراحی ارجاع می‌شود.



تصویر ۲. نمای گرافی ساده قفسه سینه.

همه آزمایشات همراه بیمار شرح زیر در محدوده طبیعی بود:

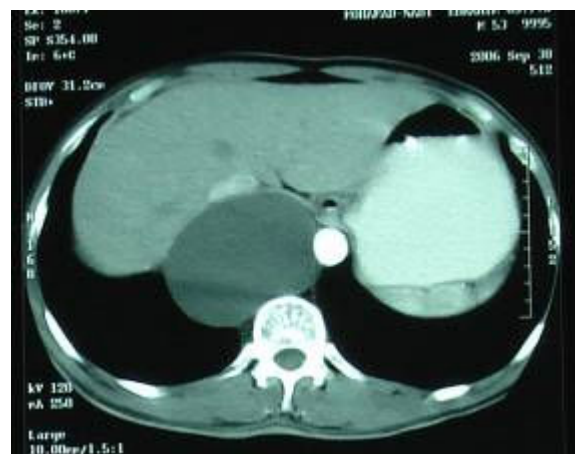
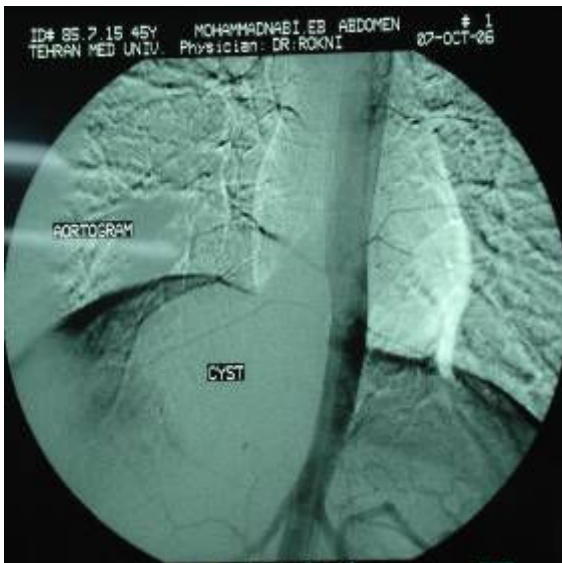
Hb=13.6, Hct=40.6, WBC=5700, Plt.=157000,

BS=96 mg/dl, BUN=14, Creatinine=0.9, U/A= Normal

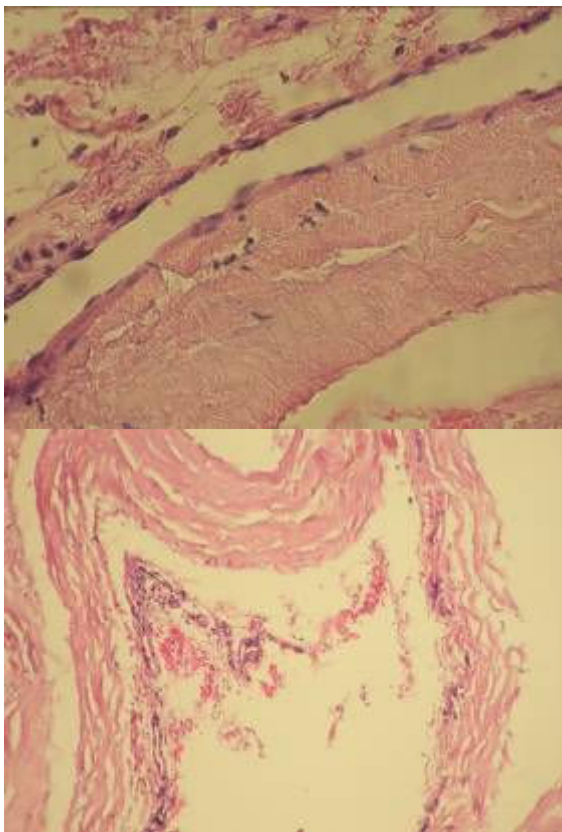
به جهت تأیید تشخیص، سی تی اسکن اسپیرال انجام شد که وجود توده کیستیک با جدار نازک به ابعاد ۹۵×۷۰ میلی‌متر در مדיاستن خلفی با گسترش به خلف صفاق را تأیید نمود، ولی وجود



تصویر ۱. محل توده در MRI.



تصویر ۵. موقعیت توده در آنژیوگرافی DSA.



تصویر ۶ و ۷. نمای میکروسکوپی کیست

نمودن و کنار زدن ستونهای دیافراگم در پشت کبد، در بین آئورت و ورید اجوف، کیست تک حفره‌ای با جدار نازک قابل رویت گردید

تصویر ۳ و ۴. موقعیت مرکزی توده در CT-Scan

آنوریسم آئورت را رد کرد (تصاویر ۳ و ۴). جهت رد نمودن کامل احتمال وجود آنوریسم آئورت، از بیمار آنورتوگرافی توراسیک و شکمی DSA به عمل آمد. گزارش حاکی از وجود یک توده کیستیک بدون عروق در مدیاستن خلفی بود که باعث جا به جایی آئورت شکمی و ورید اجوف شده، در پایین تا فضای رتروپریتون امتداد داشت. رادیولوژیست برای این توده منشأ احتمالی پانکراس یا آدرنال یا پارازیتی را مطرح کرده بود (تصویر ۵).

بیمار جهت عمل جراحی اکسیزیون کیست، آماده عمل گردید و لاپاراتومی با انسیزیون میدلاین انجام شد. داخل شکم بررسی شد که نکته‌ای وجود نداشت. با انجام مانور کوخر و کنار زدن دئودنوم و زاویه کبدی کولون، آدرنال و پانکراس جستجو شدند که ارتباطی با توده نداشتند. تنها نکته مثبت، لمس برآمدگی توده کیستیک از ورای ستونهای دیافراگم در خلف کبد و در فضای رتروپریتون بود که به طرف بالا و تا مدیاستن خلفی گسترش پیدا کرده بود. با باز

(۴،۲)؛ البته این انواع نیز علایم اختصاصی نداشته و در سری گزارشهای مختلف، درد سینه و سپس علایم تنفسی مانند سرفه شایعترین تظاهرات بوده‌اند (۶، ۵، ۱). تظاهرات غیرمعمول مانند علایم هر نیاسیون دیسک ناشی از نفوذ کیست مزوتلیالی در یک مورد پسر ۱۶ ساله گزارش شده است (۷).

رزکسیون جراحی جهت اکثر توده‌های مדיاستن و رتروپریتونئال روش انتخابی است. از آن جایی که اکثر توده‌های کیستیک مادرزادی و خوش خیم هستند، بیشتر مؤلفین رزکسیون کامل کیستهای مדיاستینال و رتروپریتونئال را روش انتخابی می‌دانند. این توصیه آنان بیشتر به دلیل امکان تشخیص قطعی و جلوگیری از عود می‌باشد، زیرا با رزکسونهای ناقص احتمال عود وجود دارد (۸، ۶، ۲). امروزه برای کیستهای ساده (Simple Mediastinal Cysts) و بدون علامت مדיاستن که درباره آنها مسأله بدخیمی مطرح نیست، استفاده از روشهای کمتر تهاجمی مانند آسپیراسیون از طریق پوست و یا رزکسیون با استفاده از مדיاستینوسکپی و یا توراکوسکپی توصیه شده است (۹، ۴، ۱). استفاده از توراکوسکپی/توراکوتومی ویدیویی (Video-assisted Thoracoscopy/Thoracotomy) علاوه بر ایجاد امکان رزکسیون کافی، باعث کاهش موربیدیتی و کوتاه شدن دوران بستری نیز می‌گردد (۱۰).

**تقدیر و تشکر.** بدینوسیله از همکاران پاتولوژیست، خانم دکتر جیحونیان برای ارائه گزارش آسیب‌شناسی و آقای دکتر عزیزی برای تهیه تصاویر مربوط و آقای دکتر پورخیاط که در گزارش سیتولوژی همکاری داشتند، تقدیر و تشکر می‌نماییم.

## References

1. Mouroux J, Venissac N, Leo F, Guillot F, Padovani B, Hofman P. Usual and unusual locations of intrathoracic mesothelial cysts. Is endoscopic resection always possible? Eur J Cardiothorac Surg 2003; 24(5): 684-8.
2. Takeda S, Miyoshi S, Minami M, Ohta M, Masaoka A, Matsuda H. Clinical Spectrum of

که ارتباطی با مری و پریکارد نداشت. پس از محصور و مجزا نمودن محل عمل (جهت کنترل نشت احتمالی) اقدام به پونکسیون کیست گردید که از داخل آن مایع زرد کهربایی شفاف خارج و بدین ترتیب احتمال کیست هیداتیک کاملاً رد شد.

مقداری از مایع نیز جهت سیتولوژی ارسال گردید. کیست به راحتی از سوج اطراف بدون صدمه به آئورت یا ورید اجوف آزاد و به طور کامل خارج شد. ستونهای دیافراگم که باز شده بودند با چند بخیه مجزا دوخته شد و عمل خاتمه یافت. دوران پس از عمل، بدون عارضه خاصی سپری گردید و بیمار روز سوم پس از عمل مرخص شد. در پیگیریهای انجام شده نیز تا کنون بیمار مشکل خاصی نداشته است. سیتولوژی مایع کیست، هیپوسولولار و حاوی تعدادی لنفوسیت و چند سلول مزوتلیال در زمینه مایع پروتئینی بود. آسیب شناسی کیست به شرح ذیل گزارش گردید. در مقاطع مختلف دیواره کیست از سلولهای مزوتلیال مفروش شده است و در استرومای کیست، فیبروز و انفیلتراسیون خفیف سلولهای لنفوپلاسمایی وجود دارد (تصویر ۶ و ۷).

## بحث

کیستهای مדיاستن حدود ۲۰ درصد کل توده‌های مדיاستن را شامل می‌شود. کیستهای اولیه مدياستن اکثراً در مدياستن میانی قرار دارند و غالباً خوش خیم هستند. از نظر اتیولوژیک مادرزادی بوده، مهمترین انواع آنها پریکاردیال (Pericardial)، برونکوژنیک (Bronchogenic)، انتریک (Enteric) و تیموسی (Thymic) هستند. کیستهای پریکاردیال شایعترین این کیستها بوده، معمولاً بدون علامت و بدون عارضه می‌باشند و از نظر بافت شناسی جدار کیست از یک لایه سلولی مزوتلیالی تشکیل شده است. این کیستها حاوی مایع شفاف هستند (۴). بر اساس موارد فوق، کیست بیمار ما شبیه به نوع کیستهای پریکاردیال بوده ولی در مدياستن خلفی قرار داشته است. این توده در حین عمل جراحی نیز ارتباط مستقیمی با پریکارد نداشت.

از نظر بالینی کیستهای مزوتلیالی در مقایسه با سایر کیستهای مدياستینال اکثراً بدون علامت بوده، موارد علامت‌دار بیشتر مربوط به انواع برونکوژنیک، ازوفازیال و تیموسی می‌باشند

Mediastinal Cysts. *Chest* 2003; 124:125-132.

**3.** Jo W, Shin J, Lee I. Supradiaphragmatic Bronchogenic Cyst Extending Into the Retroperitoneum. Case report. *Ann Thorac Surg* 2006; 81: 369-370.

**4.** Brunicardi F, Andersen D, Billiar T, Dunn D, Hunter J, Pollocl R. *Schwartz's Principles of Surgery*. Eighth Edition. McGraw-Hill 2005; Chapter 18, 597-8.

**5.** Capoferri M, Furrer M, Ris HB. Surgical diagnosis and therapy in patients with mediastinal space-occupying lesions. A retrospective analysis of 223 interventions with special reference to long-term course. *Swiss Surg* 1998; 4(3): 121-8.

**6.** Zambudio AR, Lanzas JT, Calvo M, Pedro

J.Fernández G, Paricio PP. Non-neoplastic mediastinal cysts. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002; 22: 712-716.

**7.** Epstein NE, Epstein JA, Gould R, Hyman R. Simultaneous occurrence of herniated disc and mesothelial cyst in a 16-year-old male. *Childs Nerv Syst* 1986; 2(5): 273-6.

**8.** Maurya SK, Bhot FB, Ghosh DK, Nayak VM. Retroperitoneal Cyst. *MJAFI* 2003; 59: 73-74.

**9.** Ponn R. Simple Mediastinal Cysts, Resect Them All? *Chest* 2003; 124: 4-6.

**10.** Burjonrappa SC, Taddeucci R, Arcidi J. Mediastinoscopy in the Treatment of Mediastinal Cysts. *JSLs* 2005; 9: 142-148.