

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
تأسیس ۱۳۳۸، شماره ۵۴ (۱۳۸۱)، صفحه ۷۱

## گزارش یک مورد لیومیومای روده باریک دکتر پروین شکوری<sup>۱</sup> دکتر فیروز صارمی<sup>۲</sup>

### خلاصه

یکی از علل گیج کننده خونریزیهای دستگاه گوارش که گاهی تعیین منشأ آن مخصوصاً اگر تومور کوچک باشد، مشکل خواهد بود، لیومیومای روده باریک است. که یک مورد از آن معرفی می شود با توجه به وجود توده متحرک در یک چهارم تحتانی راست شکم بیمار و علایم بالینی، بررسیهای رادیولوژیک به طریق سونوگرافی، سی تی اسکن و ترانزیت روده باریک انجام و بیمار با تشخیص توده نسج نرمی ناحیه ایلئوم مورد عمل جراحی قرار گرفت.

لیومیومای روده باریک از عضلات صاف جدار روده، ساب موكوزال، ساب سروز و گاهی از عضلات صاف جدار عروق منشأ گرفته و خونریزی باعث مراجعه بیمار می شود. لیومیومای روده باریک با توجه به عدم شیوع آن کمتر مورد توجه بوده ولی در بررسیهای رادیولوژیک که معمولاً به طریق باریوم انما، سی تی اسکن، ترانزیت روده باریک و آنژیوگرافی انجام می گیرد، تشخیص داده شده و لزوم جراحی را پیشنهاد می نماید.

**کلید واژه ها:** لیومیوما، روده باریک، نئوپلاسم، تصویرگیری پزشکی

۱- استادیار گروه رادیولوژی بیمارستان امام خمینی دانشگاه علوم پزشکی تبریز- نویسنده رابط

۲- متخصص داخلی (گوارش) - دانشگاه آزاد اسلامی تبریز

## مقدمه

نئوپلاسمهای دستگاه گوارش با منشاء عضلات صاف شایع نبوده و یک درصد تمام تومورهای دستگاه گوارش را تشکیل می دهند (۱). محل تومورها در روده باریک در ژژنوم ۴۴٪، ایلئوم ۳۷٪ و در دئودنوم ۱۹٪ می باشد (۱). علاوه بر عضلات صاف دیواره روده، ساب سروز و گاهی از عضلات صاف جدار عروق منشاء می گیرند (۲). حدود ۵۰٪ تومورها با خونریزی و یک چهارم موارد با انسداد بصورت انواژیناسیون و یا ولولوس تظاهر می کنند (۳و۴).

## گزارش مورد

بیمار آقای ۴۴ ساله، مهندس مکانیک، اهل تبریز و متأهل است. علایم بیماری با سرگیجه- ضعف عمومی و ملنا شروع شده و از تاریخ ۷۳/۲/۱۸ لغایت ۷۸/۱۱/۶ به دفعات بطور سرپایی و چهار بار بستری در بیمارستان با تشخیص آنمی و روده تحریک پذیر مداوا و مرخص گردیده است. در بررسیهای بعمل آمده در مدت فوق بررسی سیستم گوارشی فوقانی و تحتانی و سونوگرافی کبد و کیسه صفرا و پانکراس منفی گزارش شده است.

در تاریخ ۷۸/۱۱/۶ با آنمی پیشرونده با وجود مصرف روزانه ۱۵ میلی گرم آهن به مطب خصوصی مراجعه و تحت بررسی قرار می گیرد، هنگام مراجعه رنگ پریده، بی حال، با ضعف عمومی، درد شکم، اسهال و گاهی ملنای خفیف تا شدید را داشته است. در معاینه، توده ای در یک چهارم تحتانی راست شکم با حدود مشخص و دردناک در لمس وجود داشته است که بیمار جهت رادیوگرافی معرفی می شود و در عکس ساده شکم توده نسج نرمی با اثر فشاری روی قوسهای روده مجاور و مثانه در سمت راست وجود داشت که بررسی بیشتر سونوگرافی از توده به عمل آمده و در سونوگرافی توده ای بدون اکو با کانونهای هیپراکو متعدد همراه با حرکات مایع حبابدار در داخل آن به ابعاد ۷۱×۷۵×۹۱ میلی متر گزارش می شود.

در سی تی اسکن شکم با کنتراست خوراکی و بدون کنتراست وریدی توده فضاگیرنده در ناحیه بالای لگن با ضخامت دیواره ای دیده می شود که به نظر می رسد در مسیر سیگموئید قرار گرفته است. (باریم انما نیز منفی بوده است). (شکل ۱).

در ترانزیت روده باریک توده نسج نرمی در قسمت دیستال ایلئوم گزارش می شود. (شکل ۲). بالاخره بیمار در تاریخ ۷۸/۱۲/۳ با تشخیص توده نسج نرمی ایلئوم مورد عمل جراحی قرار می گیرد. توده ای با سطح صاف در فاصله یک متری از دریچه

ایلئوسکال با قسمت مرکزی نکروتیک و حفره دار بدون چسبندگی به پریتون و احشای مجاور مشخص و درآورده می شود (شکل ۳). بعد از دریافت جواب پاتولوژی که **Spindle cell benign smooth muscle tumor** بوده بیمار مرخص می گردد.

شکل ۲، توده نسج نرمی در انتهای ایلئوم در ترانزیت روده باریک

شکل ۳، منظره توده پس از درآوردن آن به دنبال عمل جراحی

## نتایج

لیومیومای روده باریک که یکی از تومورهای نادر دستگاه گوارش می باشد، از نظر شیوع در روده باریک ژژنوم شایعترین محل بوده (۳ و ۱) و بیمار ممکن است با علائم انسدادی به خاطر ایجاد ولووس یا انواژیناسیون (۱ و ۴)، خونریزی به علت اختلال در جریان خون توده مزبور مراجعه نماید. (۱) و بیمار ما با علائم آنمی پیشرفته و بیحالی، ملنا و گاهی اسهال مراجعه نموده که با بررسیهای رادیولوژیک وجود توده در روده مشخص و اقدام به عمل جراحی گردید. فعلاً حال عمومی بیمار بسیار خوب و علائم بطور کامل رفع شده است.

## بحث و نتیجه گیری

لیومیومای روده باریک با توجه به عدم شیوع آن کمتر مورد توجه بوده ولی علائم بالینی بیماری بخصوص با بزرگ شدن تدریجی تومور به علت نکروز قسمت مرکزی آن و ایجاد اختلال جریان خون باعث اولسراسیون سطحی، خونریزی و آنمی شده (۵) و ضرورت بررسی را ایجاد می نماید.

### تقدیر نامه

از زحمات بیدریغ و بی شائبه استاد گرامی جناب آقای دکتر راد که اینجانبان را راهنمایی و صادقانه همکاری فرموده اند، تشکر و قدردانی می نمایم.  
ضمناً از سرکار خانم اصلانی که در تایپ این مقاله زحمت قبول فرموده اند، بی نهایت متشکریم.

بررسیها معمولاً با باریم انما و انمای روده باریک شروع شده و در بررسی سی تی اسکن با کنتراست وریدی توده با جذب ماده کنتراست حاجب با یا بدون کالسیفیکاسیون را نشان می دهد(۳).  
در آنژیوگرافی تومور و اسکولار بوده (۳) و نهایت تشخیص در لاپاراتومی و بررسیهای بافتی است(۱).

### References:

1. Cynthia Yoshida M and Johne Fang. Benign tumors of the stomach and duodenum. Clinical Practice of Gastroenterol 1999;1: 334
2. Lance P. Tumors and other neoplastic diseases of the small bowel. Textbook of Gastroenterology, Tadaka Yamada 1999; 2: 1770
3. Gleeson JA. The small intestine, Radiology Imaging. David Sutton, Churchill Livingstone 1999; P:1 874
4. Michael D. The small intestine. Essentials of Radiologic Imaging. Paul and Juhl's Lippincott Williams & Wilkins 1998; P: 1 609
5. Arao S, Shilotri P, Katara A. Leiomyomas as a cause of massive lower gastrointestinal bleeding. (Medline)