

أغران الثرب الشحمية المترافقة بكيسات ثربية

الدكتور سجيح مسعود*

(قبل للنشر في 2003/3/22)

□ الملخص □

تعتبر أغران الثرب الشحمية المترافقة بكيسات ثربية من الحالات النادرة والتي تتواجد عادة بعد العقد الخامس من العمر وهذا ما أكدته دراستنا خلال 6 سنوات (1996-2001) في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية على خمس حالات .

تتميز هذه الآفة سريريا بنموها السريع وكبر حجمها الذي قد يصل أحيانا إلى 10 كغ، إذ تملأ كامل جوف البطن مما تسبب أعراضاً انضغاطية وحس ثقل وشد في البطن بالإضافة إلى تمدد بطن شديد، لكنها لا تسبب تدهوراً سريعاً في الحالة العامة للمريض يتناسب مع نموها السريع، كما أنها لا تدخل المريض في حالة الدنف السرطاني بشكل يتناسب مع نمو الورم بل على العكس من ذلك إذ يلاحظ تحسناً ملحوظاً في الحالة العامة للمريض بإزالة الضغط ولو كان هذا التحسن مؤقتاً لعدة أشهر شرط أن لا تتم إزالة الضغط الناجمة عن الكيسات الثربية ببزلها عن طريق جدار البطن خوفاً من حدوث الوفاة الآتية أثناء إجراء البزل بسبب انفجار الكيسة ودخول المريض مرحلة الصدمة والوهط الدوراني وهذا ما حصل في واحدة من حالاتنا السريرية المدروسة.

* أستاذ مساعد في كلية الطب - قسم الجراحة - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا.

Omental Liposarcoma Associated With Omental Cysts

Dr. Sajieh Massoud*

(Accepted 22/3/2003)

□ ABSTRACT □

The omental liposarcoma associated with omental cysts are considered rare cases. They usually exist after 5th decade of age, which is confirmed in our study at AL Assad Hospital in Lattakia on 5 cases during the period from (1996-2001).

This lesion is clinically characterized by fast growth and large size which sometimes reaches 10 KGS, and fills the abdominal cavity and causes rapid compression symptoms as well as a sense of overweight and tension in the abdomen, besides intensive abdominal distention. This lesion doesn't cause rapid decline in general condition of the patient despite its fast growth.

Moreover the patient doesn't suffer of carcinous cachexia associated with to the growth of the tumor. On the contrary, clear amelioration of general condition is seen by decompression of omental cysts.

Per cutaneous puncture of the cysts, as a method for decompression is not recommended, this kind of puncture might cause sudden death, shock and circulation collapse, which happened to one of our patients.

* Associate Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

المقدمة والدراسة النظرية:

تتميز أغران الثرب الشحمية Liposarcoma of the omentum المترافقة بكيسات ثربية Cysts of the omentum بأنها من الحالات النادرة التي تصيب كلا الجنسين، لكن ما يميزها أنها تصيب الإناث بعد العقد السادس من العمر وتصيب الذكور اعتباراً من العقد الثالث وحتى السابع من العمر (1-2). تتصف هذه الأورام بأنها سريعة النمو بالمقارنة مع الأورام الأخرى وقد تصل إلى أحجام كبيرة (10 كغ/ث)، مما تسبب أعراضاً انضغاطية وتمدد بطن شديد، علماً بأن معظم الدراسات تشير إلى أن جس كتلة في البطن لا يكون إيجابياً إلا في ثلث الحالات (1-3-4). تتعلق التظاهرات السريرية لهذه الأغران بحجم وموقع ودرجة الورم وما يرافقها من مضاعفات، لكنها غالباً لا تسبب تدهوراً سريعاً في الحالة العامة للمريض يتوافق مع نموها السريع (2-5-5-6-7). تعالج أغران الثرب الشحمية بشكل عام جراحياً بالاستئصال التام مع هامش أمان، مضافاً إليها المعالجة الشعاعية، ورغم هذه المعالجة المشتركة فنسبة البقاء لمدة خمس سنوات لا تتجاوز 30-40% (1-4-8). وتشير إحدى الدراسات العالمية إلى أن بعض المرضى توفوا بعد الجراحة مباشرة وبعضهم خلال ثلاثة أشهر والبعض الآخر ما بين 3-6 أشهر (8-9).

أهمية البحث وأهدافه:

تكمن أهمية هذا البحث في إلقاء الضوء على آفة مرضية نادرة موعاً ما، صعوبة التشخيص رغم كل الإجراءات والتحليل التي أجريت، ولم يتم تشخيصها بشكل أكيد إلا بعد إجراء فتح بطن استقصائي Diagnostic laparotomy. ويكمن هدف هذه الدراسة في كيفية التعامل وتدبير هؤلاء المرضى بغية الوصول إلى أفضل النتائج الممكنة ولقضاء أطول فترة ممكنة من الحياة بدون مضاعفات تذكر.

طريقة الدراسة والبحث:

شملت الدراسة جميع المرضى الذين دخلوا مشفى الأسد الجامعي ما بين عامي 1996-2001. وقد بلغ عددهم 5 مرضى، حيث تميزت شكاوهم الرئيسية بتمدد (كبر) بطن سريع خلال أسابيع مع حس ثقل وألم خفيف بالبطن مترافق باضطرابات هضمية بسيطة. لم يتمكن من وضع التشخيص النهائي عند أولئك المرضى إلا بعد إجراء فتح بطن استقصائي والدراسة التشريحية المرضية اللذان كانت نتائجهما تشير إلى إصابة هؤلاء المرضى بغرن ثربي شحمي مترافق بكيسات ثربية. تراوحت أعمار هؤلاء المرضى ما بين 56-71 سنة (أربع ذكور وأنثى واحدة). ويبين الجدول التالي عدد هؤلاء المرضى وجنسهم وسنهم.

الجدول رقم 1/: يبين عدد هؤلاء المرضى وسنهم وجنسهم.

الجنس	العدد	العمر بالسنة
الذكور	4	71-65-63-56
الإناث	1	58

ونورد فيما يلي حالة سريرية: مريض ح عمره 71 سنة يعمل مزارع ومربي حيوانات مقلع عن التدخين منذ 4 سنوات وغير كحولي. دخل المستشفى بشكوى رئيسية: بطن ممتلئة (متمددة) Abdominal distention مع وجود ثقل في البطن وأحياناً إمساك يمتد من 2-3 أيام.

القصة المرضية:

بدأت الشكوى منذ حوالي أسبوعين تقريباً بإحساس المريض بانتفاخ مع تمدد سريع في البطن مع حس ثقل في المراق الأيمن والسرة يزداد بعد تناول الطعام. ترافقت الشكوى مع إمساك (تغوط مرة واحدة كل 2-3 أيام، قاس قليلاً غير مدمى وغير ممزوج بمخاط) كما لاحظ المريض زيادة واضحة في حجم الصفن مع تورم بالقدمين يزداد أثناء الوقوف والجهد ويتراجع قليلاً أثناء الاستلقاء.

(1) باستجواب المريض لا يوجد قهم (نقص شهية Anorexia) أو قيء Vomiting كما لا توجد حمى أو تعرق ليلي.

(2) استجواب بقية الأجهزة:

- الجهاز القلبي الدوراني: ضمن الحدود الطبيعية ولا يوجد خفقان أو زلة أو حتى وهن عام....
- الجهاز التنفسي: لا يوجد سعال أو قشع أو نفث دموي أو ألم صدري...
- الجهاز العصبي: المريض واع ومتجاوب للزمان والمكان ولا يعاني من أية اضطرابات عصبية....
- الجهاز البولي: ضعف في رشق البول مع تعدد بيلات بشكل خفيف (5-6 مرات نهاراً و2-3 مرات ليلاً) دون وجود حرقة أو ألم أثناء التبول أو تغير في لون البول...
- الجهاز الهضمي: الشهية Appetite طبيعية، زيادة وزن، إمساك في اغلب الأحيان.
- السوابق المرضية: لا يوجد.
- السوابق الجراحية: رتق فتق أربي أيمن من 15 عاماً.

الفحص السريري: (المعطيات الإيجابية فقط).

بالتأمل:

- (3) الجلد شاحب قليلاً.
- (4) بروز وتطبل في القسم العلوي من البطن مع بروز واضح في السرة.
- (5) فتق أربي عرطل يصل إلى الصفن.
- (6) ندبة عمل جراحي سابق في الحفرتين الحرقفتين بشكل مواز للرباط الأربي.

فحص البطن:

- (7) الجس السطحي: أظهر قساوة تشمل المراق الأيمن والأيسر ومنطقة الشرسوف مع الخاصرة اليمنى واليسرى والمنطقة الحرقفية اليمنى بشكل جزئي.
- (8) الجس العميق: تجس كتلة كبيرة تشمل المناطق السابقة ثابتة بالعمق غير متحركة، لكن الجلد متحرك فوقها. تمتد حدودها السفلية من الخاصرة اليسرى وحتى الحفرة الحرقفية اليمنى (لا توجد نقاط ألمية).
- (9) يظهر فحص الناحية الإربية اليسرى فتق أربي عرطل غير مباشر يصل إلى كيس الصفن ردد بصعوبة. كما يظهر فحص هذه الناحية والمنطقة النغبية اليسرى ضخامات عقدية قاسية صغيرة الحجم مؤلمة متحركة في العمق وتحت الجلد. كما وجدت ضخامات عقدية قاسية صغيرة الحجم متحركة في الناحية الإربية والمغبنية اليمنى.

- 10) أظهر فحص الحفرتين الإبطين ضخامات لمفية صغيرة الحجم متحركة وغير مؤلمة.
11) بفحص الطرفين السفليين وجدت وذمة انطباعية خفيفة على الوجه الأنسي للكاحلين.

فحص منطقة الشرج:

- 12) بالتأمل: بواسير خارجية ظاهرة من فوهة الشرج.
13) بالمس الشرجي: حلم باسورية داخلية متعددة. مع ضخامة مؤثة شاملة وغياب التلم المتوسط.

الفحوص المخبرية:

- 14) فقر دم بعوز الحديد (مشخص بفلم الدم). الخضاب = 8.3 - الهيماتوكريت 24% (دون كشف سبب واضح لفقر الدم. علماً بأن فحص الدم الخفي بالبراز سلبي لعدة مرات).
15) سكر الدم - البولة - الكرياتين - الأميلاز - الكهارل - البروتينات الكلية والألبومين وخمائر الكبد: ضمن المجال الطبيعي.
16) سرعة التنتقل 20 بالساعة الأولى، 41 بالساعة الثانية.
17) Pt = 75%.
18) المستضدات الورمة: (ضمن المجال الطبيعي): Alpha feto protein = 2.6 (upto 10 ui/ml)
19) CA 15,3 = 18 (6-35)
20) CEA = 0.35 (Up TO 1.58)
21) أزداد الكيسات المائية: سلبية.

الفحوص الشعاعية والتنظيرية:

- 22) صورة الصدر البسيطة: لم تظهر أي تغيرات مرضية تذكر.
23) التخطيط بالصدى Echography للبطن: كتلة كبيرة تشغل النصف العلوي للبطن بطبيعة نسيجية مختلفة بالصدى (مناطق سائلة - مناطق شبه سائلة لمحتوى غير رائق - مناطق زائدة الكثافة).
24) توضع كمية قليلة من السائل في جيب موريسون ورتج دوغلاس.
25) الطبقي المحوري للبطن: (الفحص بمقاطع كل 10 ملم وبثخانة مقطعية 10 ملم): يلاحظ توضع لعدة بؤر كيسية الشكل ناقصة الكثافة مما يدل على أن محتواها سائل أو شحم، هذه البؤر تشغل معظم أجزاء الكبد والنصف العلوي من البطن مع ضخامة كبدية صريحة.

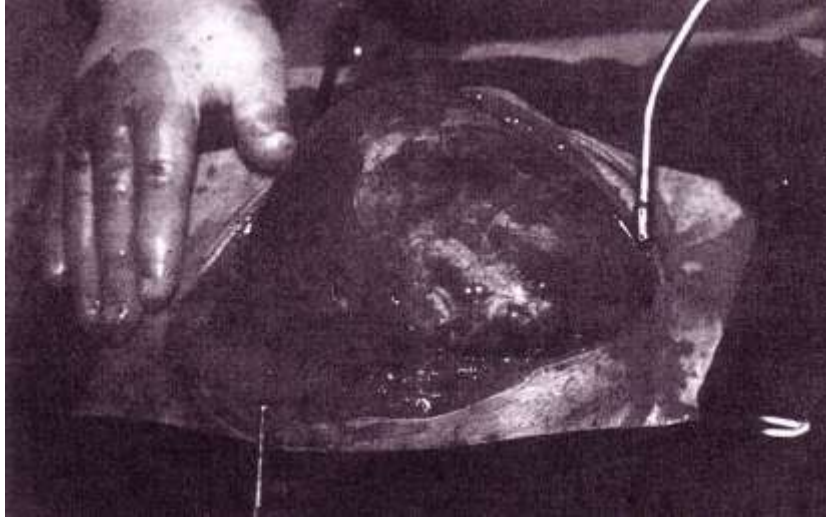
التنظير الهضمي السفلي: (تنظير المستقيم والقولونات):

- 26) بوليب لاطئ صغير بقطر 3-4 ملم على بعد 20 سم مع بوليب آخر لاطئ في القسم الأيسر للقولون المعترض.
27) انضغاط شديد في الزاوية القولونية اليمنى. وكانت نتيجة التشريح المرضي لعدد من الخزعات المأخوذة أثناء التنظير: التهاب قولون مزمن لا نوعي دون وجود علامات لكشم الخلوي.

الجراحة:

بعد تحضير المريض بشكل جيد بإجراء الاستشارات اللازمة ونقل الدم وتحسين الحالة العامة للمريض، أُجري له فتح بطن استقصائي تحت التخدير العام.
أجري شق ناصف ممتد من الرهابة وحتى أسفل السرة بحوالي 5 سم حيث تم الفتح الجراحي على طبقات: وجد الصفاق متوتر بشدة وعند فتحه كان جوف البطن ممتلئاً بسائل حبيبي بلون مائل للاصفرار (تقدر كميته من 2-3 لتر).

كما وجدت كتلة ورمية كبيرة تملئ معظم جوف البطن تمتد من الحجاب وحتى الحفرتين الحرقفتين شاملة للكبد والمعدة والطحال والقولون المعترض والثرب (بقطر حوالي 25×30 سم ووزن تقريبي 8 كغ).



الشكل رقم 1/: يبين الكتلة الورمية داخل البطن بعد إجراء الفتح الجراحي.

ووجد ضمن هذه الكتلة كيستان كبيرتان متوترتان تمزقتا بشكل انفجاري عند محاولة إجراء البزل، محتوئهما سائل بلون بني مدمى بلغ حجمه حوالي 5 لتر (لهذا السبب استبعد إجراء البزل عبر جدار البطن خوفاً من حدوث المضاعفات وخاصة النزف والوهط الدوراني، وهذا ما حدث لمريضنا ولولا الإنعاش السريع والبطن المفتوح أمامنا لما تمكنا من إنقاذ المريض من الموت وهو على طاولة العمليات).

كما وجد بالاستقصاء كتلة ورمية بحجم حوالي 1 سم بشكل تبتات كزهرة القرنبيط على جدار الأمعاء الدقيقة (الصائم) شاملة للمصلية فقط، حيث استوصلت هذه الكتلة بشكل تام وأرسلت للتشريح المرضي. كما تم استئصال عقد لمفاوية من مساريق الأمعاء الدقيقة وأرسلت أيضاً للدراسة.

ولعدم التمكن من استئصال الورم فقد تم أخذ خزعة منه بقطر حوالي 3 سم وخزعة من الثرب الكبير مع خزعة من جدار كل كيسة بقطر حوالي 2 سم. كما أخذت عينة من سائل محتوى الكيستين وعينة أخرى من السائل الموجود ضمن الصفاق للدراسة الدموية والكيمائية والخلوية.

وبعد إجراء الإرقاء الجيد حيث كان الورم وجوف الكيستين نازف بشدة لوجود مناطق متخرجة فيه، وبعد غسل جوف الصفاق ونزحه بشكل جيد بواسطة منزحين، أجري إغلاق البطن على طبقتين. كما تم نقل 3 وحدات دم للمريض بالإضافة إلى السوائل مع تغطية واسعة بالصادات.

تحسن وضع المريض بشكل ملحوظ بعد 48 ساعة من زمن الجراحة واستؤنفت سلوكية الجهاز الهضمي في اليوم الثالث للجراحة. وتم سحب المنزحين في اليوم الرابع وفكت القطب في اليوم الثامن. وتخرج المريض من المشفى بحالة عامة مقبولة في اليوم العاشر بعد أن أجريت له الدراسة السريرية والفحوص والتحليل المخبرية والتي كانت نتائجها مقبولة وضمن المجال الطبيعي ولم يعط المريض سوى المدرات البولوية.

40 mg Furosemide

50 mg Spironolacto لمعالجة الوذمات الانطباعية غير المؤلمة.

وكانت نتيجة التشريح المرضي للخزعة المأخوذة تشير للغرن الشحمي (Round cell Liposarcoma)

(type). وأعطت نتائج دراسة سائل الكيسة على أن محتواها دموي (كريات حمر 62500 كرية/ملم³).

بينما كانت نتائج جوف الصفاق: كريات حمر 7200 كرية/ملم³ - كريات بيض 145 كرية/ملم³. ونفى التشريح المرضي وجود انتقالات إلى العقد اللمفية المدروسة، كما نفت الدراسة الخلوية لسائل الكيسة وسائل جوف الصفاق وجود خلايا ورمية.

المناقشة:

بمناقشة هذه الحالة: تبين ان المريض هو في العقد السابع من العمر وان الورم تطور عنده بشكل سريع (خلال اسبوعين فقط) دون ان يتناسب هذا التطور مع تدهور الحالة العامة للمريض 0 كما ان حجم ووزن الورم وصل وسطيا إلى حوالي 8 كغ/ث ، وما دفع المريض لمراجعة المستشفى هو الامساك وتمدد البطن بشكل واضح ومزعج ، ورغم كل الاجراءات والفحوصات التي أجريت للمريض لم يوضع التشخيص الأكيد إلا بعد إجراء فتح البطن الاستقصائي.

كما أن لعدم إجراء البزل عبر جدار البطن للكيسيتين كان تدبيراً حكيماً، لأنه كما لاحظنا لو أجري هذا في غير غرفة العمليات والمريض غير مخدر لكان انتهى بالموت على طاولة البزل على الأرجح. ورغم كون المعالجة الجراحية تلطيفية تضمنت فقط نزح الكيسيتين وجوف البطن فإنها أعطت نتائج مقبولة خلال 48 ساعة عكس ما كان متوقفاً لكون الورم يشغل تقريباً معظم جوف البطن. وبمناقشة حالات الدراسة ككل تبين:

1. إحدى هذه الحالات توفي أثناء إجراء البزل كنتيجة للصدمة والوهط الدوراني لعدم التمكن من السيطرة عليهما.
2. بقية الحالات لم تبزل إلا في غرفة العمليات والبطن مفتوح، حيث أمكن السيطرة على الصدمة بسهولة وتعويض السوائل بشكل مناسب.
3. أجريت الجراحة التلطيفية لثلاث من مرضانا وأجريت الجراحة الجذرية لحالة واحدة لعدم وجود النقائل ولكون الآفة محدودة.

النتائج:

كانت النتائج التي حصلنا عليها من هذه الدراسة مقبولة، وهي كالتالي:

- مريض توفي أثناء إجراء البزل.
- مريضان توفيا خلال ثلاثة أشهر من إجراء الجراحة.
- مريض توفي بعد حوالي 9 أشهر من الجراحة.
- مريض ما زال حيا بعد إجراء الجراحة بحوالي السنة وبعد ذلك لم نتمكن من متابعته.
- مقارنة مع إحدى النتائج العالمية /7/ والتي تمت على ستة مرضى والتي كانت كالتالي:
- مريض توفي في اليوم الثاني للجراحة.
- مريض توفي بعد ثلاثة أشهر من الجراحة.
- مريضان توفيا بعد ستة أشهر من الجراحة.
- مريضان توفيا خلال عام من الجراحة.

المراجع:

1. SCHWARTZ SHIRES SPENCER, Principles of surgery 2001, 722-726.

2. HASSAN M.A subctaneus liposarcoma of forearm followed by liposarcoma of omentum - Br. J surgery 1990, 395-396.
3. ENZINGER F. M WINSLOW D.J. Liposarcoma - virchows archi (pathol. arat.) 1992, 335, 367-388.
4. ROBBW. A.T Liposarcoma of the greater omentum. - Br. J surg. 1989, 47, 537-539
5. MC AROY J.M FEE H.J., ROTH J.A. Primary liposarcoma of the omentum - arch. surg. 1978, 113, 870-872.
6. MITTELSTAED C. Ultrasonic diagrosis of omental cysts - radiology 1995, 117, 673-676.
7. LEBERMAN D. The Greater omentum 1982, 165-173.
8. OLIVER G.A. The omental cyst: a rare cause of the acute abdominal crisis - surgery - 1984, 56, 588-593.
9. STOUT A.P, HENDRY J, primory solid tumors of the great omentum, Cancer, 1983, 16, 231-243.