

گزارش یک مورد تومور کاذب التهابی در فضای خلف صفاق

چکیده:

مقدمه و هدف: تومور کاذب التهابی یک ضایعه با علت نامشخص بوده که در نواحی مختلف آناتومیکی بدن گزارش شده است و از نظر ظاهری و بالینی تابلوی یک نئوپلازم را تقلید می‌نماید و از ضایعات غیر معمول در خلف صفاق محسوب می‌شود. در این گزارش به بررسی یک مورد تومور کاذب التهابی در فضای خلف صفاق پرداخته شده است.

معرفی بیمار: بیمار یک زن ۲۶ ساله است که با شکایت از درد کولیکی شکم به مدت ۸ ماه به درمانگاه داخلی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج در سال ۱۳۸۳ مراجعه نموده است. وی سابقه یبوست، کاهش اشتها و تب را ذکر می‌کند. در معاینه فیزیکی حساسیت شکم بدون توده قابل لمس، ارگانومگالی یا لنفادنوپاتی وجود داشت. بررسی خونی در محدوده طبیعی بود. در سونوگرافی و سی‌تی‌اسکن شکم یک توده ۶×۶ سانتی‌متر بدون لنفادنوپاتی پارائورت در خلف صفاق گزارش شد. لاپاراتومی و برداشتن کامل ضایعه در این مرحله انجام شد. با توجه به گزارش پاتولوژی مبنی بر تشخیص تومور کاذب التهابی فقط پیگیری ماهیانه بیمار تا شش ماه انجام شد و هیچ گونه عودی دیده نشد.

نتیجه‌گیری: توده خلف صفاقی می‌تواند یک توده خوش‌خیم کاذب التهابی بوده و تمام علائم پس از خارج نمودن آن برطرف شود.

واژه‌های کلیدی: توده خلف صفاق، تومور کاذب التهابی، نئوپلازم

دکتر احمد علیخانی*

دکتر ولی‌الله حبیبی**

دکتر ارسلان عزیزی***

دکتر زفر معصومی****

*متخصص عفونی، دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن،

دانشکده علوم پزشکی، گروه عفونی

**متخصص جراحی عمومی، استادیار دانشگاه علوم

پزشکی یاسوج، دانشکده پزشکی،

گروه جراحی عمومی

***متخصص پاتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج،

بیمارستان شهید بهشتی، آزمایشگاه

****متخصص رادیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی

یاسوج، بیمارستان شهید بهشتی، بخش رادیولوژی

تاریخ وصول: ۱۳۸۵/۴/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۵/۱۰/۲۴

مؤلف مسئول: دکتر احمد علیخانی

پست الکترونیک: ahmadalikhani@yahoo.co.in

مقدمه

تومور کاذب التهابی یک ضایعه با علت نامشخص بوده که در نواحی مختلفی از بدن گزارش شده است (۱). این یک ضایعه خوش خیم در کودکان و بزرگسالان است و غالباً مثل یک نئوپلازم واقعی ظاهر نموده و می‌تواند از نظر بالینی و ظاهری یک معمای تشخیصی و درمانی ایجاد نماید (۲).

میزان بروز تومور خلف صفاقی ۳ - ۰/۳ درصد گزارش شده که در حدود ۸۵ - ۶۰ درصد آن موارد بدخیم می‌باشد. ۴۰ - ۱۵ درصد باقیمانده به شکل غیر معمول به عنوان تومور کاذب التهابی در خلف صفاق ظاهر می‌نماید (۳).

تومورهای کاذب التهابی همچنین در ریه به شکل یک توده منفرد و گرد با اندازه متوسط ۴ سانتی‌متر ممکن است دیده شود. همه انواع سلول‌های التهابی شامل؛ لنفوسیت، پلازما سل، سلول ماکروفاژ ژانت، سلول ماست و ائوزینوفیل در این ضایعات دیده می‌شوند. دو الگوی برجسته بافت‌شناسی در این ضایعات دیده می‌شود که شامل؛ فیبروهیستوسیتیک و گرانولوم سلول پلازما می‌باشد. اکثر این بیماران کمتر از ۴۰ سال سن دارند، اگر چه می‌تواند در هر سنی دیده شود (۴).

درمان قطعی تومور کاذب التهابی برداشتن کامل ضایعه با جراحی می‌باشد (۵).

در این گزارش به بررسی یک مورد تومور کاذب التهابی در فضای خلف صفاق پرداخته شده است.

معرفی بیمار

بیمار یک زن ۳۶ ساله متأهل است که با درد کولیکی شکم از ۸ ماه قبل به درمانگاه داخلی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج در سال ۱۳۸۳ مراجعه نمود. درد در تمام شکم بدون انتشار به جایی و بدون علایم ادراری بود. ترشحات تناسلی و اختلالات مربوط به قاعدگی نداشت. بیوست، کاهش اشتها و شرح حال تب را ذکر می‌نمود، اما تب هیچ وقت ثبت نشد. در معاینه فیزیکی لنفادنوپاتی گردنی و زیر بغلی وجود نداشت. در معاینه شکم برجستگی دیده نمی‌شد و حساسیت تقریباً در تمام شکم بدون ریباند وجود داشت، اما توده‌ای لمس نشد. یافته پاتولوژیک به نفع ضایعه عروقی وجود نداشت. ارگانومگالی یا لنفادنوپاتی اینگوئینال یافت نشد. بیمار سابقه بیماری در گذشته نداشته است.

بررسی‌های خونی و عکس قفسه صدی در محدوده نرمال بود و سونوگرافی یک توده ۶×۶ را در خلف صفاق بدون وجود لنفادنوپاتی پارائورت یا بزرگی طحال و کبد یا ضایعه‌ای منطبق با متاستاز گزارش نمود. در این مرحله سی‌تی‌اسکن شکم و لگن با و بدون کنتراست خوراکی و تزریقی انجام شد که توده خلف صفاقی را بدون دیگر یافته پاتولوژیک تأیید نمود.

جراحی شکم با برداشتن کامل توده بدون گزارشی از گرفتاری پارائورت انجام شد. گزارش پاتولوژی شامل؛ زمینه فیبروبلاستیک و کلاژنی با انفیلتراسیون وسیع لنفوسیت و سلول

می‌شود، اقدامات تشخیصی تهاجمی صورت گیرد. اگر چه به ندرت عود می‌کند، اما معمولاً یک ضایعه خوش‌خیم بوده که تمام شکایات پس از برداشتن کامل ضایعه بهبود می‌یابد (۵ - ۱).

این بیماران پس از جراحی باید تحت پیگیری دقیق با معاینه سی‌تی‌اسکن شکم و سدیمان سریال خون باشند تا در صورت عود تشخیص داده شود (۲). در بیمار مذکور نیز پس از جراحی فقط پیگیری انجام شد و با توجه به عدم بروز مشکل جدید یا عود بیماری و به عنوان یک توده خوش‌خیم اقدامات تشخیصی و پیگیری متوقف شد. نتیجه این که همیشه یک توده خلف صفاق یک توده بدخیم نبوده و تا حصول گزارش پاتولوژی می‌بایستی اقدامات درمانی تهاجمی را به تعویق انداخت.

پلاسما و هیستوسیت منطبق با تومور کاذب التهابی بود.

با توجه به گزارش پاتولوژی مبنی بر تشخیص تومور کاذب التهابی فقط پیگیری ماهیانه بیمار تا شش ماه انجام شد و هیچ‌گونه عودی دیده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

تومور کاذب التهابی به عنوان یک ضایعه خوش‌خیم می‌تواند در هر جایی از بدن دیده شود و به ندرت به شکل یک توده خلف صفاقی گزارش می‌شود (۳ - ۱). در این گزارش به بررسی یک مورد تومور کاذب التهابی در فضای خلف صفاق پرداخته شده است.

با توجه به شرایط بالینی و شواهد تصویربرداری در ابتدا به عنوان یک ضایعه بدخیم به بیمار نگریسته شد، لذا با توجه به این تفکر و عدم وجود ضایعه محیطی دیگر درخواست مشاوره جراحی و سپس پیشنهاد لاپاراتومی شد.

گزارش پاتولوژی رویکرد به بیمار را تغییر داد. این بیماری می‌تواند به اشکال مختلفی مانند؛ علائم موضعی و غیر اختصاصی، علائم سیستمیک مثل؛ تب، کم‌خونی و افزایش سدیمان خون (۵) و تب با علت ناشناخته (۲) تظاهر نماید.

وقتی که به شکل یک توده تظاهر می‌یابد ممکن است مشابه بر خوردی که با توده بدخیم

A Case Report of Inflammatory Pseudo Tumor Retroperitoneal

ABSTRACT:

Alikhani A^{*},
Habibi V^{},**
Azizi A^{*},**
Masoomi Z^{**}.**

^{*}Assistant Professor of Tropical and Infectious Diseases, Department of Infectious, Azad Faculty of Medicine, Tonekabon, Iran

^{**}Assistant Professor of General Surgery, Department of General Surgery, Faculty of Medicine, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

^{***}Pathologist, Laboratory Ward, Shahid Beheshti Hospital, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

^{****}Radiologist, Radiology Ward, Shahid Beheshti Hospital, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

KEYWORDS:

**Retroperitoneal mass,
Inflammatory pseudo tumor,
Neoplasm**

Received: 10/4/1385

Accepted: 24/10/1385

Corresponding Author: Alikhani A
E-mail: ahmadalikhani@yahoo.co.in

Introduction & Objective: Inflammatory pseudo tumor is a lesion of unknown etiology which has been reported in numerous anatomic sites. It frequently simulates a true neoplasm both clinically and morphologically presenting a diagnostic and therapeutic dilemma. Inflammatory pseudo tumor appears as the most infrequent lesion in retro peritoneum.

Case: The patient was a 36-year-old female who came with colicky abdominal pain 8 months before admission. Constipation, decreased appetite and history of fever were other complaints. On P/E the patient had abdominal tenderness without palpable mass or organomegaly or lymphadenopathy. Blood samples were within normal values. Sonographic imaging showed 6×6 cm sized retroperitoneal mass without para-aortic lymphadenopathy. Abdominal CT scan also showed a retroperitoneal mass that laparotomy performed for biopsy and mass completely excised and was sent for pathology. Pathological report was compatible with inflammatory pseudo-tumor. Because of this diagnosis we followed up for 6 month but did not find any recurrence.

Conclusion: A retroperitoneal mass could be a benign lesion in which all the complaints can be cured after resection of the mass by surgery.

REFERENCES:

1. Biselli R, Boldrini R, Ferlini C, Boglino C, Insera A, Bosman C. Myofibroblastic tumours: neoplasias with divergent behaviour. ultrastructural and flow cytometric analysis. *Pathol Rcs Pract* 1999; 195(9): 619-32.
2. Katara Avinash N, Chandiramani Vinod A. Inflammatory pseudo tumor of ascending colon presenting as FUO: A case report. *Gastrointestinal J* 2004; 66(4):234-6.
3. Attili SVS, Rama Chandra C, Hemant DK, Poonamalle P, Bapsy Elementeena R, Anupama G. Retroperitoneal inflammatory myofibroblastic tumor: A case report. *Rev Hosp M Gea Glz* 2001; 4 (4): 102-5.
4. Cotran RS .Tumors and tumor- like conditions. In: Cotran RS, Kumar V, Collins T (editors). *Robbins Basis pathology of disease*. 6th ed. Philadelphia :Saunders; 1999; 660-1.
5. Al-Ansari H, Novelli V. Inflammatory pseudo tumor: an unusual cause of fever of unknown origin *Digestive Disease and Scianges* 2003; 48:10.