



C.P.C

گزارش کنفرانس کلینیکال پاتولوژی

بحث بالینی: آقای دکتر شهرزادی *

بحث پاتولوژی: آقای دکتر جمالی **

تهیه و تنظیم: آقای دکتر سیدمؤید علویان ***

□ معرفی بیمار:

ماهیت کولیکی نداشته و به طور مداوم در طول روز بوده است درد با فعالیت تشدید شده و با استراحت تخفیف پیدا می‌کرد. این درد انتشار خاصی نداشته است. همراه با بروز این درد، در این ناحیه تورم بوجود می‌آید.

بیمار پسر ۱۷ ساله‌ای است که به دلیل درد و تورم ناحیه ربع تحتانی راست شکم (Right lower quadrant) مراجعه و در بخش جراحی بستری گردید.

دو سال و نیم قبل بیمار به دلیل وجود توده‌ای در طرف چپ گردن در یک بیمارستان تحت عمل جراحی قرار می‌گیرد. طبق خلاصه پرونده بیمار، توده گرانی مذکور به اندازه ۵ در ۷ سانتی‌متر با قوام نرم که یکسال و نیم قبل از مراجعه ظاهر شده و اندازه آن به تدریج بزرگتر شده و در سونوگرافی گردن این توده لوبولر و توپر بوده و روی تیروئید و عروق کاروتید فشار وارد نموده و در آنژیوگرافی نیز ارتباط واضحی بین عروق این توده و عروق اصلی گردن وجود نداشته است و بعد از عمل جراحی

وی شروع ناراحتی خود را از ۲ سال قبل ذکر می‌کند که متعاقب ایستادن و فعالیت بدنی متوجه برجستگی در ناحیه اینگوینال راست شده و در وضعیت خوابیده این برجستگی از بین می‌رود. ۲۰ روز قبل از بستری شدن بیمار، وی دچار درد شدید ناحیه RLQ شده که درد وی

* دانشیار بخش جراحی دانشگاه علوم پزشکی تهران

** دانشیار بخش پاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران

*** متخصص داخلی

شکم: در لمس نرم بود و تندرنس وجود نداشت. کبد و طحال بزرگ وجود نداشت.

توده ای به ابعاد ۵ در ۸ سانتی متر با قدام متوسط، کاملاً متحرک و مختصر دردناک در RLQ به دست می خورد که با ایستادن بیمار به طرف کانال اینگوینال حرکت می کرد. دستگاه اورورینتال: موهای ناحیه پوبیس به خوبی رشد کرده اند. بیضه طرف راست مختصری بالاتر قرار گرفته و به طور واضح آتروفیک می باشد (به ابعاد ۲ در ۱/۵ سانتی متر). بیضه طرف چپ به ابعاد ۳ در ۴ در ۳ سانتی متر با قوام طبیعی لمس گردید. در اندام ها نکته پاتولوژیکی مشاهده نشد.

نتایج آزمایشاتی که از بیمار به عمل آمده به شرح زیر است:

بیمار با حال عمومی بسیار خوب مرخص شده و به وی گفته می شود که توده مذکور خوش خیم است. در ۳ سالگی دچار زخم عفونی در قفسه صدری شده که از خود اسکار به جا گذاشته است.

سابقه فامیلی مهمی وجود نداشته و داروی خاصی مصرف نمی کرده است.

سیگار استعمال نمی کرده است.

بررسی دستگاهها:

بیمار از سرگیجه و گرفتگی بینی شاکی است. از وجود توده و درد در RLQ با خصوصیات فوق شاکی است. ضعف، سردرد، سرفه و خلط، تب و لرز، اسهال، تهوع و استفراغ، سوزش و تکرار ادرار و شب ادراری نداشته است.

علائم حیاتی در بدو ورود به شرح زیر بوده است.

BP= 110/45 mmHg
PR=55/min
RR=12/min
T=37c'

معاینه:

سروگردن: رنگ پریدگی ملتحمه و ساب ایکتر وجود نداشت. آدنوپاتی ۱ در ۱ سانتی متر در زنجیره قدامی طرف چپ گردنی وجود داشت. اسکار عمل جراحی در ناحیه تحتانی چپ گردن دیده می شد.

قفسه صدری:

اسکار زخم عفونی اوان کودکی در طرف راست قفسه صدری دیده می شد. در سمع قلب S1 و S2 و سوفل سیستولیک ۲/۶ در آپکس بدون انتشار خاصی شنیده شد. سمع ریه ها نرمال بود.

Hb = ۱۳/۹	MCV = ۹۱
Hct = %۳۹/۶	MCHC = ۳۵
WBC = ۶۲۰۰	P = %۵۲
	L = %۴۰
	M = %۶
	E = %۲
Plat = ۲۰۵/۰۰۰	

XFP = Negative
 ESR 1 hour = ۲۰
 Ca = ۹/۵
 P = ۳/۶
 Alk - phos = ۱۶۲ (۳۵-۱۲۵)
 LDH = ۲۲۰ (۱۲۰-۲۳۰)
 PPD = Negative

Na = ۱۳۹
 K = ۴/۴
 BUN = ۲۰
 Creat = ۰/۷
 Urinalysis = Normal
 total protein = ۸/۱ g/l
 Alb = ۴/۳
 Glu = ۳/۸

قوس سیگموئید و انتهای ایلئوم دیده می شود. آپاندیکس

از ماده حاجب پر شده است. (اسلاید شماره ۱)

عکس ساده شکم: کالسیفیکاسیون در مسیر سیستم ادراری

دیده نمی شود. تصویر چند نقطه کالسیفیه غیرهموزن

در ناحیه راست لگن دیده می شود. در اطراف نیز

تصویر نسج نرم ناواضح دارد.

IVP: پس از تزریق ماده کنتراست، ترشح هر دو کلیه

به موقع و همزمان بوده و در مسیر حالب ها و لگنچه

و شانه نکته پاتولوژیک مشهود نمی باشد.

سونوگرافی: بیضه راست در اسکروتوم دیده نمی شود.

یک توده تومورال بزرگ به ابعاد ۵ در ۱۰ سانتی متر که

در ناحیه پاراایلیاک راست از مجاورت رینگ داخلی

کانال اینگوینال به طرف بالا امتداد یافته، دیده می شود.

که احتمالاً دژنراسانس تومورال در بیضه اکتوییک راست

را نزد بیمار مطرح می نماید. بیضه چپ در اسکروتوم

در حدود طبیعی است، در مناطق پاراآورتیک و مجاور

PT = ۱۳s' (81%)
 PTT = ۱۷/۵s' (Normal)
 SGot = ۳۶ (۸-۴۰)
 SGPT = ۱۴ (۵-۴۰)
 Bili-total = ۱/۶
 Bili-Direct = ۰/۶
 HBsAg = Negative

نتایج بررسی های رادیولوژیک به شرح زیر است:

رادیوگرافی قفسه صدری نرمال است.

باریوم انما: توده ای در ناحیه RLQ با اثر فشاری روی



پدیکول کلیه چپ شواهدی از متاستاز دیده نشد. (اسلاید شماره ۲)

- سی تی اسکن شکم و لگن با کنتراست: کبد، طحال و هر دو کلیه نرمال بوده و توده ای با دانسیته نسج نرم در ناحیه اینگوینال راست دیده می شود.

- اسکن رادیوایزوتوپ کلیه: پرفوزیون و فونکسیون کلیه ها در حد طبیعی می باشد و کلیه ها در محل طبیعی خود قرار گرفته اند و اسکن وجود اکتیوی کلیه را، رد می کند.

* یک اقدام تشخیصی در بیمار به عمل آمد*

دکتر شهرزادی

بیمار مورد بحث پسر ۱۷ ساله ای است که علت مراجعه وی درد و تورم ناحیه RLQ می باشد. وی سابقه عمل جراحی در ناحیه گردن به دلیل توده گردنی در سن ۱۴/۵ سالگی را ذکر می کند که ۶ ماه بعد از آن دچار تورم در ناحیه اینگوینال راست می شود و تا ۲۰ روز قبل مراجعه پزشکی نداشته است. خلاصه شرح حال فعلی بیمار به شرح زیر است:

بیمار از درد و تورم ناحیه RLQ شاکی است. در معاینه وی توده ای ۵ در ۸ سانتی متر با قوام متوسط و کاملاً متحرک و مختصر دردناک در این ناحیه به دست می خورد که با تغییر وضعیت جابجا می شود. بیمار هیچگاه تب و لرز، تعریق شبانه، علائم ریوی، علائم گوارشی به صورت تهوع و استفراغ، تغییر اجابت مزاج و

علائم ادراری به صورت سوزش و تکرر ادرار نداشته است. ملتحمه بیمار رنگ پریده نبوده و در گردن آدنویاتی ۱ در ۱ سانتی متر در زنجیره قدامی چپ گردن داشته است.

در ناحیه قفسه صدی نیز اسکار زخم عفونی وجود داشته و در سمع قلب سوفل سیستمولیک ۲/۶ در آپکس بدون انتشار خاصی شنیده شده است در بررسی اورژنیتال بیمار، بیضه طرف راست آتروفیک و بیضه طرف چپ در حد نرمال بوده است. در بررسیهای آزمایشگاهی نیز بیمار آنمیک نبوده و سرعت سدیمانتاسیون ارتروسیستی در حد نرمال بوده است.

در بررسیهای رادیوگرافیک انجام شده در مورد بیمار نتایج زیر بدست آمده است:

- وجود اثر فشاری در ناحیه RLQ روی قوس سیگموئید و انتهای قوس ایلئوم دیده می شود.

- عکس ساده شکم وجود کلسیفیکاسیون غیر هموزن در ناحیه راست لگن را نشان داده است.

- در سونوگرافی، بیضه سمت راست در اسکروتوم مشاهده نشده و در سی تی اسکن دانسیته این توده نسج نرم ذکر شده است.

و اما بحث اینجانب در مورد بیمار از سابقه قبلی و علل بروز توده های گردنی شروع می شود. توده گردنی بیمار ۲/۵ سال قبل توسط عمل جراحی برداشته شده و به پاتولوژی ارسال گردیده و به گفته بیمار توده مذکور خوش خیم بوده است.

آیا می توان به گفته های بیمار اعتماد کامل داشت و خوش خیم بودن آن توده را حتمی دانست؟ به نظر می رسد در صورت امکان می بایست پاتولوژی قبلی بیمار دوباره

دیده شده، تحت بررسی قرار گیرد.

توده گردنی در بیمار مورد بحث در سن ۱۳ سالگی ظاهر شده که بعد از ۱/۵ سال تحت عمل جراحی قرار گرفته است. اقدامات تشخیصی انجام شده برای بررسی علت، شامل آنژیوگرافی و سونوگرافی گردن می باشد ولی صحبتی از اسکن تیروئید بعمل نیامده است. از جمله اقداماتی که گاه جهت بررسی توده های گردنی لزوم می یابد، انجام اسکن تیروئید است. علاوه بر تیروئید اکتوییک، متاستازهای تیروئید می توانند ابتدا خود را در گردن نشان دهند. البته در مورد این بیمار توده گردنی با منشأ تیروئید مطرح نبوده است.

نمای بالینی توده احتمالاً عروقی بوده که جهت وی آنژیوگرافی انجام شده است. بیماران مبتلا به توده گردنی ۲ تا ۳٪ تخته های جراحی را اشغال می کنند.

یک بررسی خارجی که روی ۱۶۱۶ بیمار مبتلا به توده گردنی با منشأ غیرتیروئیدی انجام شده است، نمایانگر درصدهای زیر است:

۸۴٪ این توده ها منشأ نئوپلاسم داشته اند. ۳/۲٪ ضایعات التهابی و ۱۲/۸٪ ضایعات مادرزادی مثل کیست تیروگلو سال یا برونکیال و غیره تشکیل می دهند.

ضایعات التهابی بیشتر مربوط به عفونتهای دندانی و یا آدنیت سلی می باشد که در آمار خارجیها همانطور که مشهود است آدنیت سلی درصد کمی را تشکیل می دهد.

در بررسی علل توده های گردنی در بیمارستان امام خمینی (ره) هنوز آدنیت سلی جزء شایعترین علل توده های گردنی می باشد.

توده های بدخیم گردنی (۸۴٪ موارد) در ۸۰٪ موارد متاستاتیک بوده، ۲۰٪ موارد مربوط به گردن و اولیه می باشند که از غدد بزاقی و یا غدد لنفاوی به صورت لنفوم نشأت می گیرند. اصل کلی آن است که توده های غیرتیروئیدی در گردن باید بدخیم تلقی شوند تا خلاف آن ثابت شود. اقداماتی که برای بررسی توده گردنی می بایست انجام گیرد، به شرح زیر است:

اولین اقدام، معاینه صحیح گردن در وضعیت مناسب است و معاینه کامل پوست سر و ناحیه داخل دهان که در بسیاری مواقع فراموش می شود.

طی معاینه باید نکات زیر روشن شود:

آیا تومور گردنی سطحی است یا عمقی؟

در کدام قسمت گردن واقع شده است؟

یک غده است یا چند غده به هم چسبیده؟

اندازه طول و عرض توده؟

آیا تومور ضریان دارد؟

آیا به بافتهای زیر پوست و عمق چسبیده است؟

آیا حرکت دارد؟

آیا فشار آوردن بر روی توده باعث کوچکتر شدن آن

می شود؟

آیا توده بخودی خود درد دارد؟

آیا با فشار دادن بر روی آن، درد ایجاد می شود یا کلاً

بدون درد است؟

سمع روی توده اهمیت دارد.

معاینه دقیق ENT و حفره دهانی، پوست سر، بررسی

هیپوفارنکس، دهانه شیپور استاش، سینوسهای استخوانی

احتمالاً منشأ عفونی یا مادرزادی دارد و در افراد بالای ۴۰ سال باید متاستاز سرطانی تلقی شود مگر خلاف آن ثابت شود.

و اما توده‌های خوش‌خیم در گردن که در مورد بیمار ما بیشتر مطرح است:

* در جدول زیر (جدول شماره ۱) به اختصار علل توده‌های خوش‌خیم گردنی ذکر شده است:

بخصوص ماگزیلاری در بررسی علل توده گردنی ضرورت دارد.

گاهی از اوقات بیمار در لای موهای سر خود ملانوم بدخیم دارد و متاستاز آن در گردن ظاهر می‌شود. تومورهای قلۀ ریه و معده نیز می‌توانند در گردن توده‌های متاستاتیک بدهند.

در تشخیص افتراقی توده‌های گردنی، «سن بیمار» کمک کننده است. تومور گردنی در افراد کمتر از ۲۰ سال

دانشکده
پستاری و مانی
ارزشگاه
م پزشکی تهران

* کیست در موئید	* نورینوما و شوآنوما
* کیست سیاسه	* لیپوما
* کیست تیروگلوکوسال	* هیگروما
* کیست برونکیال	* لیوهیوما
* تومور جسم کاروتید	* آنورسیم
* همانژیوم‌ها	* کیست هیداتیک
* همانژیولیپوم‌ها	* آدنویاتی ثانویه به عفونتهای مزمن از جمله سل، توکسوپلاسموز و قارچها
* فیبروما	* دیورتیکول زنکر

کیست درموئید: بیشتر در خط وسط است. که در

مورد بیمار ما صدق نمی‌کند.

تومور جسم کاروتید: از سلولهای موجود در پیاز

کاروتید (در محل دو شاخه شدن کاروتید) سرچشمه

می‌گیرد. به این تومور، «کمودکتوما» نیز می‌گویند. از

مشخصات این تومورها این است که ضریب دارند ولی در

لمس آنها باید دقت کرد. دیگر آنکه می‌توان آنها را به

چپ و راست حرکت داد ولی نمی‌توان به طرف بالا و

پایین جابجا کرد. این تومور در خانمها شایعتر است. یک

طرفه بیشتر است و رشد آهسته‌ای دارد.

تومورهای عصبی: نورفیروم که از عصب واگ و یا

از اعصاب پاراسمپاتیک گردن بوجود می‌آیند. علاوه بر

وجود تومورگردنی، علائم سندرم هورنر* نیز ممکن است

بروز کند.

نورفیرومها غالباً متعدد و سطح آنها صاف و برجسته‌تر

از پوست است.

لیپوم: در هر قسمتی از گردن بوجود می‌آید ولی

معمولاً به صورت توده‌های چربی در ناحیه بالای ترقوه

دیده می‌شود.

همانژیوم: با توجه به آنژیوگرافی انجام شده احتمالاً

شک به عروقی بودن توده بوده است و از آنجا که تومور،

لوبوله و solid بوده است در صورت مطرح بودن همانژیوم،

عناصر دیگری مثل همانژیولیوما و غیره همراه بوده است.

آنوریسم: در افراد جوان بعد از تروما ممکن است

*علائم سندرم هورنر به صورت پتوز، میوزیس و عدم تعریق

قسمتی از صورت است.

آنوریسم تروماتیک در گردن ظاهر شود.

بزرگی غدد لنفاوی: بزرگی غدد لنفاوی ثانویه به

بیماری لنفوم غیر هوچکینی و بیماری هوچکین مطرح است

ولی با سابقه و شرح حال بیمار و وضعیت فعلی بیمار

منطبق نمی‌باشد.

به فکر مسائل عفونی از جمله سل باید بود.

سل: غدد لنفاوی سطحی در ناحیه جلوی گردنی

بیشترین شانس ابتلاء به سل را دارا می‌باشند.

سل غدد لنفاوی گردن معمولاً همراه با سل ریه است

ولی گاهی آذنیته سلی تنها تظاهر بیماری سل است. در

صورت عدم معالجه، پوست نیز آلوده شده، به صورت

فیستول به خارج راه باز می‌کند. داروهای ضد سل را در

موارد شک بردن به این بیماری باید هنگام عمل جراحی ی

قبل از آن شروع کرد تا از بروز فیستول بعد از عمل، در

محل زخم حاصل از جراحی جلوگیری شود که در مورد

این بیمار بعد از عمل محل جراحی فیستولیزه نشده است.

در زمینه ارزش آزمون توبرکولین در این بیمار چنان

نکته قابل ذکر است:

آزمون جلدی توبرکولین در حال حاضر جزء بهترین

کم‌خرجترین و معتبرترین وسایل تشخیص آلودگی سل

محسوب می‌شود، گرچه این آزمون صد در صد حساس

اختصاصی نیست.

نحوه تزریق و سالم بودن پادگن مصرف شد

(توبرکولین) در مورد این تست اهمیت بسزائی دارد.

در برخی موارد و از جمله در افراد مسن، ابتلا

همزمان به برخی عفونتهای ویروسی، وجود سوء تغذیه

آئمی و نرمال بودن سرعت سدیمانتاسیون ارتروسیتی، تشخیص سل بسیار کم می شود.

ضایعات عروق همانژیومها: با توجه به اینکه اندازه ضایعه با تغییر وضعیت فرق می کند باید به فکر ضایعات عروقی باشیم. همانژیومها، همانژیو اندوتلیوما یک تومور از نوع کاپیلری است و در افراد جوان می تواند به صورت توده soild ظاهر شود.

هرنیها: می توانند با وضعیت خوابیده از بین بروند و در وضعیت ایستاده دوباره ظاهر شوند.

آبسه ناحیه RLQ: آپاندیسیت در صورت عدم تشخیص ممکن است به صورت پلاسترون درآید. با توجه به شرح حال، مدت زمان، نرمال بودن سرعت سدیمانتاسیون ارتروسیتی و شمارش گلبولهای سفید و یافته های سونوگرافی این تشخیص مطرح نمی باشد و در ضمن درباریوم انما به طور نرمال از ماده حاجب پر شده است.

کلیه اکتوپیک: در افراد لاغر کلیه اکتوپیک می تواند در RLQ باشد. با توجه به IVP و اسکن کلیه، این تشخیص مطرح نمی باشد.

لیپوم و لیپوسارکوم جز، علل نادر وجود توده در این قسمت می باشند. این تومورها معمولاً در اندام تحتانی، ناحیه سرنی و رتروپریتون وجود دارند. تراتوم نیز در این ناحیه می تواند دیده شود.

و اما در مورد کلسیفیکاسیون در این ناحیه که یکسری تشخیصها وجود دارد. علل شایع در این زمینه عبارتند از: وجود سنگ در آپاندیس، جسم خارجی به دنبال تزریقات در عضله گلوئتال، کیست درموئید، غدد لنفاوی کلسیفیه شده،

مصرف کورتیکواستروئیدها و بیماریهای بدخیم ممکن است این تست را به طور کاذب منفی نمایند.

در مورد بیمار ما سل کمتر مطرح است ولی نمی توان آن را صد درصد رد کرد.

کیستهای گردنی: کیست تیروگلوکوسال شایعترین تومور مادرزادی گردنی است و معمولاً در وسط گردن و زیر استخوان لامی ظاهر می شود. هنگام بلع چون با زبان اتصال دارد هنگام بیرون آوردن زبان توده به بالا حرکت می کند. شایعترین تومور مادرزادی قسمت جانبی گردن کیست برونکیال است. محل ظهور آن در لبه قدامی عضله استرنوکلوئیدوماستوئید از بالا به پایین است. این توده کیستی در تمام جهات متحرک است.

دیورتیکول زنکر: در سالمندان به صورت تورمی در گردن و در قسمت تحتانی و چپ گردن ظاهر می شود. بیمار در این شرایط معمولاً از اختلال در بلع شکایت می کند.

و اما قسمت دیگر بحث اینجانب در مورد توده موجود در ناحیه RLQ است.

این توده با قوام متوسط و یا نرم و متحرک در این ناحیه وجود داشت و که در حالت خوابیده ناپدید می شد و در حالت ایستاده به کشاله ران و کانال اینگوینال کشیده می شد. در این مورد تشخیصهایی را مطرح می نمایم.

آبسه سلی پاراورتبرال: سل ستون فقرات می تواند در ناحیه کشاله ران فیستولیزه شود. با توجه به مدت ۲ سال (که باید طی این مدت فیستولیزه می شد) و نیز دقت نظر به شرح حال، معاینه، تست تورکولین منفی، عدم وجود

را مطرح کرده‌ام، ولی به هر حال مدت زمانی که این توده وجود داشته، عدم درگیری غدد لنفاوی پارائورتیک و ایلپاک و دیگر نواحی و عدم وجود متاستاز به ارگانهای حیاتی و لمس بیضه آتروفیک به ضرر این تشخیص است.

در مورد علت آتروفی بیضه راست سؤالهای زیر مطرح است:

آیا آتروفی مادرزادی است؟

آیا در جریان زندگی در گذشته دچار تورسیون شده و به دلیل ایسکمی آتروفی پیدا کرده است؟

توده‌های شکمی با مکانیسم اثر فشاری و بروز ایسکمی باعث آتروفی بیضه می‌شوند. به نظر اینجانب، این توده مسبب آتروفی بیضه نمی‌باشد. اگر اثر فشاری مسئول آتروفی باشد، ابتدا می‌بایست واریکوسل و سپس هیدروسل پیدا کرده، در مرحله آخر دچار ایسکمی شده و آتروفیک گردد.

به دلیل بالا بودن فشار داخل لومن، آخرین المانی که جریان در آن قطع می‌شود شریان است. پس به دلیل عدم وجود واریکوسل و هیدروسل احتمالاً علت آتروفی بیضه در بیمار ما علل مادرزادی است.

سنگ در جهاز ادراری و کلسیفیکاسیون وازودفران و سمینال وریکول.

علل غیرشایع عبارتند از: کلسیفیکاسیون مثانه و اورترال بر اثر سل یا شیتوزوسیا، تومور مثانه، کارسینوم کولونیدکولون، همانژیوم‌ها و پارازیت‌ها.

و اما در مورد آتروفی بیضه بیمار که بین سونوگرافی و یافته‌های بدست آمده از طریق معاینه بیمار اختلاف وجود دارد. احتمالاً عدم دیدن بیضه توسط سونوگرافی حاصل بی‌دقتی بوده است. ولی اگر واقعاً بیضه وجود نداشته، ممکن است توده‌ای که در معاینه لمس شده واقعاً بیضه نبوده باشد.

اگر شق دوم را در نظر بگیریم باید تومور بیضه را به عنوان تشخیص افتراقی مطرح کنیم.

تومور بیضه: تومورهای ژرم سل بیضه در افراد بالغ (جوان) جوان بیشتر دیده می‌شود. تومورهای بیضه در سمت راست کمی شایعتر از سمت چپ است و این درست مشابه شیوع کریپتواورکیدیم است. در مواردی که بیضه‌های فرد پایین نیامده باشد ریسک بدخیمی در آن بیشتر می‌شود. در صورتی که به سونوگرافی اعتماد کنیم و یک عدد بیضه در اسکروتوم وجود داشته، این تشخیص



حضرت امام خمینی (ره)

چیزی که برای پزشکان و پرستاران و آنبانی که با بیمار و مریض و مجروح تماس دارند، اهمیت دارد این است که روح عطوفت در آنان باشد.

معاونت امور فرهنگی، حقوقی و مجلس
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بمناسبت برگزاری اولین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی
۲۵-۲۳ تیرماه ۱۳۷۲

و اما اسکار زخم در جدار قفسه صدری علل متعددی می‌تواند داشته باشد.

لشمانیوز پوستی در مورد بیمار مطرح نمی‌باشد. از عفونتهای باکتریال، سل می‌تواند اسکار پوستی بدهد ولی ضایعه پوستی بیمار هرگز دچار فیستول نشده است. ایسکمی و هیپوکسمی نسبی به مدت طولانی می‌تواند زخم ایجاد نماید و اسکار تولید کند که در مورد بیمار ما مطرح نمی‌باشد. عوامل فیزیکی مثل: حرارت، سرما، تروما، رادیوتراپی و مواد سوزان می‌توانند اسکار ایجاد کنند و بالأخره جسم خارجی در هر زخمی می‌تواند اسکار ایجاد نماید. به هر حال به نظر اینجانب وجود اسکار در جدار قفسه صدری از نظر تشخیصی به ما کمکی نمی‌کند پس به طور خلاصه وجود توده‌های نسج نرم در RLQ با امتداد به طرف کانال اینگوینال و قابلیت تحرک آن وجود کلیفیکاسیون در آن را مورد بحث قرار دادیم.

بیمار کاهش وزن نداشته و آمیک نشده است. آزمایشهای بیمار در حد نرمال بوده است. تست توبرکولین بیمار نیز منفی بوده است.

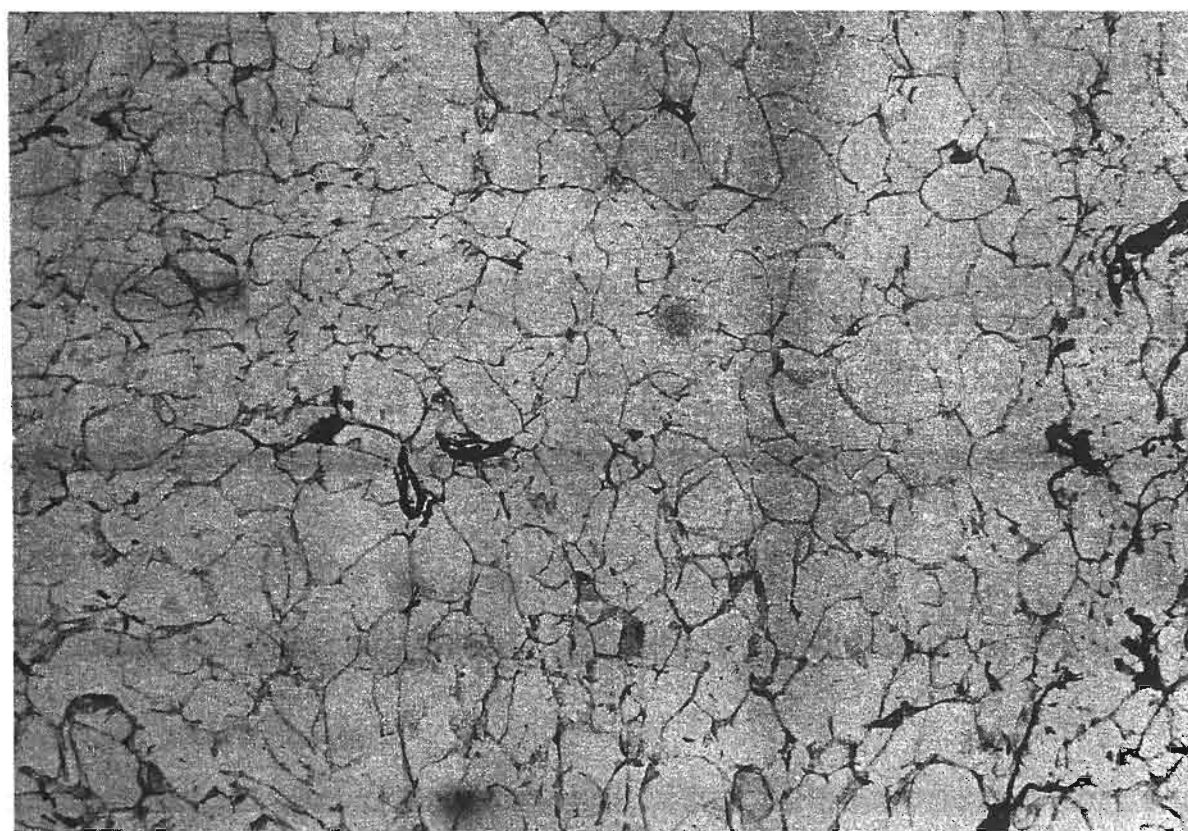
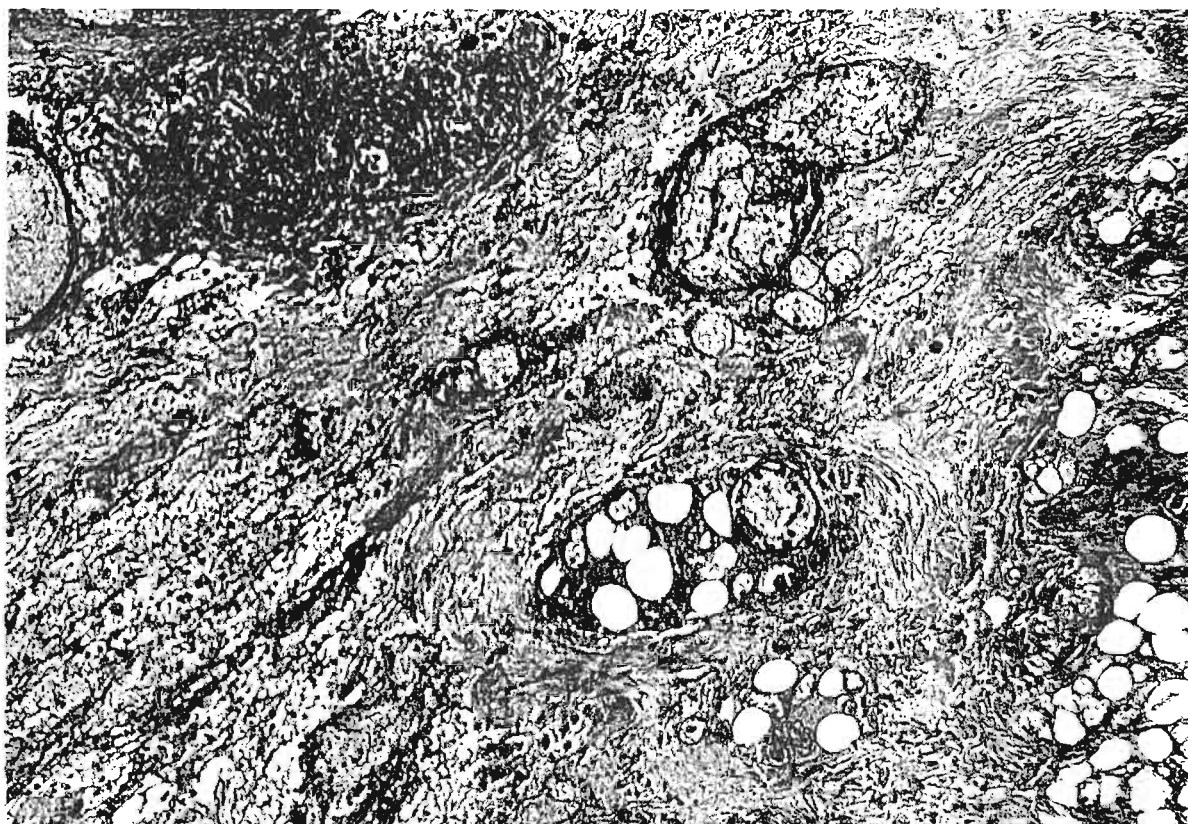
با توجه به اینکه توده شکمی ۶ ماه بعد از عمل جراحی توده گردنی ظاهر شده است، احتمال اینکه این توده با هم ارتباط داشته باشند وجود دارد. چون از بیمار آنژیوگرافی انجام شده باید به فکر مسائل عروقی بود و از آنجا که توده soild و لوبوله بوده و با توجه به اندازه بزرگ و قوام نرم احتمالاً همانژیوم همراه با المانهای دیگر از قبیل همانژیولیپوم همراه می‌باشد و تراتوما، سل و تومورهای بیضه در درجات متفاوت مطرح می‌باشند.

دکتر علویان: با تشکر از آقای دکتر شهرزادی، بیمار در بخش جراحی تحت عمل جراحی قرار گرفته است و شرح عمل جراحی بیمار به شرح زیر است:
پس از انسیزیون و expose کردن محل توده‌ای در خلف پریتون به اندازه ۳ در ۵ سانتی متر با نمای عروقی وجود داشت که از قسمت پایین تا اپیدیدیم بیضه و از قسمت پروگزیمال تا پدیکول عروق بالا امتداد داشت. توده به طور کامل از عناصر کورد جدا گردیده و محل ارتباط با اپیدیدیم دوخته شد. نمونه جهت پاتولوژی فرستاده شد. در ضمن بیضه راست بیمار به صورت آتروفیک مشاهده شد.

آقای دکتر جمالی:

ارسالی به بخش پاتولوژی، قطعه‌ای نامنظم به ابعاد ۲ در ۳/۲ در ۵ سانتی متر با سطح صاف و به رنگ قهوه‌ای روشن بود که در برش دارای مناطق توپر و متخلخل بود از نظر میکروسکوپی پرولیفراسیون هامارتومی عروق خونی - نسج چربی و نسج عضلات صاف با تقدم بافت عروقی دیده می‌شود که به نسبتهای متفاوت در برشهای مختلف وجود داشتند. بعضی از عروق موجود در نمونه دیلاته و کیستیک و حاوی ترومبوز با مراحلی از ارگانیزاسیون بودند و در تعداد اندکی از آنها هیپرپلازی سلولهای آندوتلیال به شکل پاپیلری وجود داشت و در تشخیص آنژیومیولیپوما Angiomyo lipoma برای آن داده شد. (شکل شماره ۱)

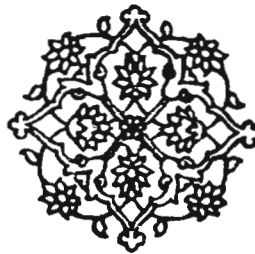
و ۲)



آقای دکتر علویان:

پاتولوژی توده گردنی بیمار پس از پی گیری مشخص گردید. توده مذکور به ابعاد ۱/۵ در ۵ در ۶/۵ سانتی متر بوده که در برش قوام نرم داشته و نمای مولتی کیستیک داشته است و در آزمایش ریزیینی آن وجود ساختمان بافت فیبرو و همبندی چربی و پرولیفراسیون عروق مشاهده شد. تشخیص پاتولوژی توده گردنی بیمار نیز فیبروآنژیولیپوما بوده است.

این تومور که اغلب در کلیه دیده می شود در نقاط دیگر بدن و خصوصاً در نسج چربی اطراف کلیه نیز ذکر شده است و در مکاتب گوناگون در تقسیم بندی های مختلفی همنام با مزانکیمومای خوش خیم تقسیم بندی کرده اند. تومور متاستاز نمی دهد ولی اگر کاملاً برداشته نشود عود موضعی دارد. از نکات جالب این است که در مواردی که عود می کند ممکن است فقط یکی از بافت های تشکیل دهنده تومور در عود شرکت کند. مثلاً به شکل لیپوم یا آنژیوم خالص عود نماید. در آنژیولیپومای کلیه تاکنون یک مورد با متاستاز دور دست و یک مورد با تهاجم به ورید کلیه گزارش شده است.



حضرت امام خمینی (ره)

خدمت شما پزشکان پیش خدا خیلی ارزش دارد در عین حال مسئولیت هم زیاد دارید.

معاونت امور فرهنگی، حقوقی و مجلس
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بنامت برگزاری اولین کنگره بین المللی اخلاق پزشکی
۲۵-۲۳ تیرماه ۱۳۷۲