

توده‌های لگنی: نتایج جراحی‌های اخیر

دکتر محمدعلی زرگر شوشتری*، دکتر حسین شاهرخ**، دکتر حسین عجمی***،

دکتر بهرام خانه‌دان***، دکتر حسین صفاری***

چکیده:

زمینه و هدف: با توجه به شیوع کم جراحی‌های لگنی و تواتر پائین توده‌های رتروپرتونال، ما برای توجیه رویکرد جراحی وسیع در مراحل اولیه بیماری‌های مذکور، نتایج جراحی توده‌های لگنی، بجز پروستات را در چند سال اخیر مورد بررسی قرار دادیم.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه گذشته‌نگر ۱۷ نفر از بیماران با توده‌های لگنی که تحت جراحی و رزکسیون توده‌های لگنی رتروپرتونال در بیش از ۱۰ سال گذشته در مرکز فوق تخصصی بیماری‌های کلیوی و مجاری ادراری شهید هاشمی نژاد قرار گرفته بودند را بررسی کردیم.

یافته‌ها: از ۱۷ بیمار مورد بررسی قرار گرفته، ۶ مورد مبتلا به انواع سارکوم‌های بافت نرم لگنی، سه مورد مبتلا به تومورهای با منشاء عصبی از قبیل نوروفیبروماتوز، دو مورد کیست سمینال و زیکل، یک مورد کارسینوم اوراکال، دو مورد مبتلا به فیروز رترو پرتونال لگنی، یک مورد مبتلا به آندومتریوز، یک مورد مبتلا به تومورهای ژرم سل به دنبال بیضه نزول نکرده، و یک مورد مبتلا به آپسه لگنی به دنبال دستکاری‌های سیستم ادراری بوده است. اکثر بیماران بیشتر از ۵ سال طول عمر بدون تومور داشته‌اند.

از ۱۷ بیمار، ۱۲ نفر تومور محدود و بدون تهاجم به ارگان‌های حیاتی لگنی و مثانه داشته‌اند که ۹۲٪ آنان یعنی ۱۱ نفر طول عمر ۵ ساله داشتند. در مقابل ۲۹٪ یعنی ۵ نفر از ۱۷ بیمار تومورهای مهاجم به ارگان‌های اساسی لگنی و یا پرتونال داشتند که هیچ یک از ۵ بیمار طول عمر ۵ ساله نداشتند. عود موضعی در ۵ بیمار (۳۰٪) دیده شد که ۳ نفر آنان تحت رزکسیون مجدد قرار گرفتند. مهمترین عامل پیشگویی کننده طول عمر، پاتولوژی، مرحله آسیب‌شناسی تومور و منفی بودن حاشیه‌های جراحی بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به این بررسی، برداشت گسترده توده تومورال و تمامی بافت نرم و غدد لنفاوی اطراف که نتیجه آن منفی شدن حاشیه‌های جراحی باشد، درمان اصلی در توده‌های لگنی غیر متاستاتیک است.

واژه‌های کلیدی: توده‌های لگنی، توده‌های رتروپرتونال، سونوگرافی ترانس رکتال

* استاد گروه جراحی کلیه و مجاری ادرار، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بیمارستان شهید هاشمی‌نژاد،

بخش جراحی کلیه و مجاری ادرار

نویسنده پاسخگو: دکتر محمدعلی زرگر شوشتری

تلفن: ۸۱۱۶۲۷۰-۱

Email: dr.zargarm@gmail.com

** استادیار گروه جراحی کلیه و مجاری ادرار، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بیمارستان شهید هاشمی‌نژاد،

بخش جراحی کلیه و مجاری ادرار

*** دستیار گروه جراحی کلیه و مجاری ادرار، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بیمارستان شهید هاشمی‌نژاد،

بخش جراحی کلیه و مجاری ادرار

تاریخ وصول: ۱۳۸۷/۰۷/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۷/۱۰/۰۱

زمینه و هدف

فیلدهای اورولوژی و جراحی‌های زنان قرار داشتند، حذف گردیدند. در جدول ۱ خصوصیات بیماران و توده‌های لگنی به افتراق نشان داده شده است.

یافته‌ها

مهمترین عارضه پس از عمل در مرحله زودرس، انسداد روده بود که در سه بیمار رخ داد و در یک بیمار منجر به لاپاراتومی گردید. عوارض خفیف از قبیل پنومونی در ۱ مورد، آتلکتازی در ۲ مورد، عفونت محل عمل در ۲ مورد و نارسائی کلیوی برگشت‌پذیر در دو مورد دیده شد. قابل ذکر است که در ۴ مورد از بیماران به دلیل اینکه توده لگنی، حالب یک یا دو طرف را در خود احاطه کرده بود، جراحان، حین انجام عمل جراحی ناچار به قطع حالب و ریمپلنت مجدد آن شدند. مواردی که نیاز به این کار پیش آمد عبارت بودند از: اندومتريوز، آبسه لگنی و در دو مورد فیبروز رتروپریتونال.

عارضه طولانی مدت عمده‌ای، به جز در یک مورد از بیماران دیده نشد. درد خفیف محل عمل شکایت عمده بیماران بود. در یک مورد فتق محل انسزیون دیده شد.

بحث

مطالعه ما نشان می‌دهد، جراحی در ۷۰٪ موارد تومورهای موضعی سبب بهبود می‌شود و در بیشتر از ۸۰٪، تومور محدود به بافت، برداشته خواهد شد.^۳ در بیمارانی که تومور محدود باشد طول عمر ۵ ساله، ۸۸٪ است. در مقابل بیمارانی که تهاجم پریتونال داشته باشند طول عمر ۵ ساله ندارند. عود موضعی در ۳۰٪ (۵ نفر) دیده شد که ۳ نفر آنان تحت جراحی رزکسیون مجدد قرار گرفتند. شرایط آسیب‌شناسی و مرحله تومور مهمترین فاکتور پیش‌گویی کننده برای عود بیماری بود. وضعیت حاشیه‌های جراحی نیز دارای اهمیت بودند. اگرچه حاشیه مثبت می‌تواند نشان‌دهنده گسترش موضعی و عدم برداشتن میزان مناسب بافت باشد، ولی این حقیقت که بسیاری از موارد توده‌های بدخیم لگنی به بافت اطراف مثانه و چربی اطراف و دیگر ارگان‌های لگنی تهاجم می‌کنند، بر اهمیت تکنیک جراحی در برداشتن کامل بافت‌ها تأکید می‌کند. در واقع مرحله تومور و وضعیت حاشیه‌های جراحی دو فاکتور اصلی پیشگویی کننده طول عمر می‌باشند.^{۱۱}

توده‌های رتروپریتونال لگنی از جمله موارد ناشایع در جراحی‌های لگنی است. به دلیل شیوع پائین بیماری، تحقیقات بر روی آن کمتر انجام شده است و ما نیاز به مطالعات کوهورت در این زمینه داریم تا این تحقیقات اطلاعات ما را در این زمینه کامل کنند. اکثریت این توده‌ها، کارسینوم‌های لگنی هستند. ولی پاتولوژی‌های دیگری نیز در این زمینه توضیح داده شده‌اند. بسیاری از بیماران در مرحله غیرقابل درمان به ما مراجعه می‌کنند. متأسفانه بسیاری از بیماران علیرغم ابتلاء به بیماری متاستاتیک، علائم کمی دارند. ولی روش‌های جراحی مناسب در بیماری لوکالیزه و یا حتی با متاستاز لنفاوی، نتایج مناسبی داشته است. این مطالعه رویکرد جراحی Aggressive را در مراحل اولیه بیماری توجیه‌پذیر می‌سازد.

لازم به ذکر است که (TRUS-Bx (TransRectal UltraSonography Guided Biopsy وسیله‌ای مناسب در جهت تشخیص توده‌های لگنی می‌باشد.

درمان استاندارد شده، جراحی رزکسیون en block توده به علاوه رزکسیون وسیع غدد لنفاوی است. رادیوتراپی و کموتراپی علیه این توده‌ها مؤثر نیست.

همانطور که می‌دانیم ممکن است توده‌های رتروپریتونال لگنی به حالب‌ها و یا مثانه و ارگان‌های اساسی لگنی تهاجم کنند و همراه با پیش‌آگهی بسیار بد به دلیل مرحله پیشرفته در زمان تشخیص بوده و سبب عود موضعی و متاستاز به نقاط دورتر شوند. نمای توموری نامناسب در کنار کموتراپی غیرمؤثر، ما را به این نتیجه می‌رساند که انجام جراحی، درمان اصلی در تومورهای غیرمتاستاتیک خواهد بود. در این مقاله ما بر روی نتایج جراحی توده‌های رتروپریتونال لگنی که در سالهای اخیر در بیمارستان شهید هاشمی‌نژاد انجام شده بود، بررسی کردیم. این جراحی عبارت است از: برداشتن بافت تومورال، و رزکسیون بافت نرم اطراف و برداشتن غدد لنفاوی لگنی بطور وسیع.

مواد و روش‌ها

با مرور پرونده‌های پزشکی موجود در بایگانی بیمارستان، پرونده بیماران با توده‌های لگنی رتروپریتونال مورد بازبینی قرار گرفتند که ۶۰ پرونده انتخاب گردیدند. در مجموع ۱۷ بیمار با میانگین سنی ۴۲/۶ سال مورد بررسی قرار گرفتند، ۸ بیمار زن و ۹ بیمار مرد بودند. متوسط پیگیری بیماران ۵/۳ سال بود. در این میان توده‌های با منشاء احشاء لگنی از قبیل توده‌های با منشاء سرویکس، رحم، تخمدان، مثانه و پروستات که در

جدول ۱- جدول افتراقی بیماران

ردیف	جنس	سن	تابلوی بالینی حین مراجعه	عود	عارضه	پاتولوژی
۱	زن	۵۵	علائم عمومی + هیدروویورترونفروز یک طرفه	دو بار	عفونت زخم	لیوسارکوم
۲	زن	۳۶	درد فلانک چپ + هیدروویورترونفروز	---	---	آندومتروز
۳	مرد	۶۰	علائم عمومی + احساس سنگینی در ناحیه تحتانی شکم	دو بار	تنگی حالب تحتانی دو طرفه به دلیل فیروز پس از عمل	لیوسارکوم
۴	زن	۴۵	احساس سنگینی در ناحیه تحتانی شکم	---	---	Spindle Cell Tumor
۵	مرد	۵۶	احساس سنگینی در ناحیه تحتانی شکم	---	رنال فیبر	لیوسارکوم
۶	زن	۱۴	علائم تحریک سمپاتیک + احساس سنگینی در ناحیه تحتانی شکم	---	انسداد روده که منجر به لا پاراتومی بیمار شد	پاراگانگلیونوما خارج آدرنال
۷	مرد	۵۱	ادم اندام تحتانی + هیدروویورترونفروز در طرفه	---	انسداد گذرای دستگاه گوارش	فیروز رتروپریتون
۸	زن	۲۷	ادم اندام تحتانی	---	آتلکتازی	فیروز رتروپریتون
۹	مرد	۴۱	احساس توده در ناحیه اینگوینال	---	---	تومور ژرم سل با سابقه بیضه نزول نکرده
۱۰	زن	۳۹	احساس سنگینی در ناحیه تحتانی شکم + هیدروویورترونفروز	---	آتلکتازی	آبسه لگنی به دنبال دستکاری‌های سیستم ادراری
۱۱	مرد	۵۲	احساس توده در ناحیه سوپراپوبیک	---	پنومونی	آدنوکارسینم اوراکال
۱۲	مرد	۶۴	علائم اسدادی مسیر تحتانی ادراری	دو بار	عفونت محل انسزیون	نوروفیبروماتوز
۱۳	مرد	۲۶	هیدروویورترونفروز در طرفه	---	---	کیست سمنال وزیکل
۱۴	مرد	۲۱	علائم اسدادی مسیر تحتانی ادراری	---	---	کیست سمنال وزیکل
۱۵	مرد	۳۵	علائم تحریک سمپاتیک + احساس سنگینی در ناحیه تحتانی شکم	---	رنال فیبر گذرا	پاراگانگلیونوما خارج آدرنال
۱۶	زن	۴۸	احساس سنگینی در ناحیه تحتانی شکم + علائم اسداد ادراری	---	هرنیاسیون محل انسزیون	لیوسارکوم
۱۷	زن	۵۴	احساس سنگینی در ناحیه تحتانی شکم + پیوست	---	انسداد گذرای سیستم گوارشی	لیوسارکوم

لنفاوی بهبود می‌یابند. در مقابل بیمارانی که دارای گسترش توموری به حفره پریتونئ و ارگان‌های شکمی دارند حتی با جراحی گسترده بهبود نمی‌یابند.

Grade یک فاکتور پیشگویی کننده مهم در سارکوم‌های بافت نرم و آدنوکارسینوم اوراکال است.

می‌دانیم که هنوز کموتراپی استاندارد برای کانسر اوراکوس و سارکوم‌های لگنی تعریف نشده است، ولی گروهی از پزشکان از رژیم‌های دارای سیس پلاتین پاسخ مناسب دریافت نموده‌اند. نقش کموتراپی پس از جراحی در عود موضعی و متاستازهای منفرد هنوز نامعلوم است، ادعا شده که جراحی لاپاراسکوپی نیز همانند جراحی باز مؤثر می‌باشد.^۵ ما هر عود موضعی را شکست جراحی فرض می‌کنیم و نیاز داریم، بدانیم جراحی با استفاده از لاپاراسکوپ تا چه حد در درمان توده‌های رتروپریتونئال، می‌تواند نقش داشته باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج ما نشان داد که درمان جراحی وسیع لگنی که منجر به برداشتن تومور و تمامی بافت نرم اطراف برای به دست آوردن حاشیه جراحی منفی بشود، در بسیاری از بیماران مؤثر می‌باشد.

برداشتن غدد لنفاوی لگن نقش مؤثری در درمان دارد. وضعیت متاستازهای لنفاوی تعیین کننده پاسخ درمانی به کیموتراپی می‌باشد، احتمال عود موضعی و یا متاستازهای دوردست ما را بر آن می‌دارد که تحقیقات گسترده‌تری را بر روی روش‌های درمانی مختلف انجام دهیم تا به روش درمان کاملتری دست یابیم.

مرگ ناشی از بیماری غالباً در ۴ سال اول پس از جراحی رخ می‌دهد. در مجموع ۴۰۲ بیمار در ۲۰ سال گذشته تحت مطالعات مختلف قرار گرفته‌اند که تقریباً نیمی از آنان به دلیل بیماری فوت کردند. به هر حال همه آنان تحت اعمال جراحی رزکسیون کامل قرار نگرفته‌اند. بطور مثال در مرکز سرطان آندرسون تنها ۱۹ نفر از ۳۵ بیمار جراحی شده‌اند که تحت en-bloc Resection قرار گرفته‌اند. ۱۶ بیمار از آنان طول عمر طولانی داشته‌اند.^۷ در گزارش میوکلینیک ۴۸٪ از ۶۰ بیمار، که تحت درمان جراحی قرار گرفته‌اند و تقریباً در نیمی از آنان، رزکسیون کامل انجام نشده است. نویسندگان معتقدند، به دلیل اینکه غالباً تشخیص‌های توده‌های لگنی با تأخیر صورت می‌گیرد و سارکوم‌های این ناحیه نیز دارای رشد سریع هستند، ممکن است نتوان رزکسیون کامل، را انجام داد. در نهایت آنها به این نتیجه رسیده‌اند که توانایی انجام رزکسیون کامل، قویترین فاکتور پیشگویی کننده برای نتایج درمان بوده و پیشنهاد کرده‌اند که این کار نیز جزء پروتکل رایج جراحی قرار گیرد.^۲

تومورهای محدود و بدون دست‌اندازی به ارگان‌های لگنی بالقوه قابل درمان هستند ولی تومور در مرحله گسترش به ارگان‌های مجاور پاسخ درمانی کمی، حتی با جراحی دارد.^۸ در مطالعه ما ۸۰٪ بیماران پس از جراحی به تنهایی طول عمر قابل قبول داشتند (۳ نفر از آنان به دلیل عود تومور، تحت جراحی‌های مجدد قرار گرفته‌اند). در مقابل ۵ بیمار که گسترش تومور آنها به حفره پریتونئ رسیده بود، هیچ یک طول عمر قابل قبولی نداشته‌اند. اگرچه توده‌های لگنی به طور شایع به دیواره مثانه و بافت‌های نرم اطراف آن گسترش می‌یابند ولی غالباً در مراحل اولیه با en-block Resection به همراه برداشتن غدد

Abstract:

Pelvic Masses: Contemporary Surgical Outcome

Zargar Shoshtari M. A. MD^{}, Shahrokh H. MD^{**}, Ajami H. MD^{***},
Khanedan B. MD^{***}, Saffari H. MD^{***}*

(Received: 14 Sep 2008 Accepted: 21 Dec 2008)

Introduction & Objective: Regarding low incidence of retro peritoneal masses and related surgeries, we studied the results of surgical approaches for these masses (except prostate) in recent years to justify success of early surgery, in low stage retroperitoneal masses.

Materials & Methods: We studied 17 patients with retroperitoneal masses who had undergone extensive surgery in Hasheminejad Kidney Center, since ten years ago.

Results: Six of seventeen patients had pelvic soft tissue sarcoma, three cases had tumors with neural origin, two cases with seminal vesicol carcinoma, two cases with retroperitoneal fibrosis, one case with endometriosis, one case with germ-cell tumor, following UDT, and one case with pelvic abscess following G-U- manipulation. In most of the patients, disease free survival was more than five years.

12 of 17 patients have had tumor without invasion to vital pelvic organ and bladder, which 92% of them (11 patients), had five years survival. In parallel 29% of patients (5 of 17 patients) had a tumor with invasion to pelvic vital organ or peritoneum. None of them had a five year survival.

We have seen three local invasions in five patients (30%) that tumor resection was performed for three of them. The pathologic stage and negative surgical margin of tumor were the main prognostic factors for patient survival rate.

Conclusions: Wide resection of tumoral mass, the whole soft tissue and lymphnodes surrounding the tumors that lead to negative surgical margin, is the principle management in the non metastatic pelvic masses, that lead to negative surgical margin.

Key Words: Retroperitoneal Pelvic Mass, Pelvic Masses Transrectal Sonography

** Professor of Urology Surgery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Shahid Hasheminejad Hospital, Tehran, Iran*

*** Assistant Professor of Urology Surgery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Shahid Hasheminejad Hospital, Tehran, Iran*

**** Resident of Urology Surgery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Shahid Hasheminejad Hospital, Tehran, Iran*

References:

1. Poliquin V, Victory R, Vilose Ga. Epidemiology, Presentation and management of retroperitoneal leiomyomata. *J Minim Invasive Gynecol* 2008 Mar – Apr, 15(2): 152-6.
2. Song Jae Yen, Kim Sue Yeon, Park EG. Schwannoma in the retroperitoneum. *J Obstet Gynaecol*. 2007 Jun.
3. Speiss PE, Kassouf W, Kamat AM. Surgical management of growing teratoma syndrome in patient with non seminomatous germ. 2007 Apr.
4. Sinelnikov AO, Abujudeh HH, Chan D, Novelline RA. CT manifestations of adrenal trauma: experience with 73 cases. *Emerg Radiol*. 2007 Mar; 13(6): 313-8. Epub 2007 Jan 25.
5. Cánovas Ivorra JA, Castillo Gimeno JM, Burriel Ruiz C, Peláez Malagón S, Michelena Barcena J, Ramírez Daniel A. [Renal metastases of a squamous cell carcinoma of the lung. bibliographic review] *Arch Esp Urol*. 2006 Jun; 59(5): 526-9.
6. Dilek S, Pata O, Tok E, Polat A. Extraovarian nongestational choriocarcinoma in a postmenopausal woman. *Int J Gynecol Cancer*. 2004 Sep-Oct; 14(5): 1033-5.
7. Kubota M, Yagi M, Kanada S, Okuyama N, Kinoshita Y, Yamazaki S, Asami K, Ogawa A, Watanabe T. Long-term follow-up status of patients with neuroblastoma after undergoing either aggressive surgery or chemotherapy- a single institutional study. *J Pediatr Surg*. 2004 Sep; 39(9): 1328-32.
8. Cecchetto G, Bisogno G, Treuner J, Ferrari A, Mattke A, Casanova M, Dall'Igna P, Zanetti I, Volpato S, Siracusa F, Scarzello G, Boglino C, Carli M; Italian and German Soft Tissue Cooperative Groups Studies. Role of surgery for nonmetastatic abdominal rhabdomyosarcomas: a report from the Italian and German Soft Tissue Cooperative Groups Studies. *Cancer*. 2003 Apr 15; 97(8): 1974-80.
9. Spillane AJ. Retroperitoneal sarcoma: time for a change in attitude? *ANZ J Surg*. 2001 May; 71(5): 303-8.
10. Muntz HG, Rutgers JL, Tarraza HM, Fuller AF Jr. Carcinosarcomas and mixed Müllerian tumors of the fallopian tube. *Gynecol Oncol*. 1989 Jul; 34(1): 109-15.
11. Joyeux H, Szawlowski AW, Saint-Aubert B, Elazhary MM, Solassol C, Pujol H. Aggressive regional surgery for advanced ovarian carcinoma. *Cancer*. 1986 Jan 1; 57(1): 142-7.
12. Bhattacharyya AK, Balogh K. Retroperitoneal lymphangioliomyomatosis. A 36-year benign course in a postmenopausal woman. *Cancer*. 1985 Sep 1; 56(5): 1144-6.
13. Goldman SM, Hartman DS, Blum JE, Salik JO. Endometrial stromal tumors, their varied radiographic patterns. *Urol Radiol*. 1980; 2(1): 39-46.
14. Enzinger FM, Smith BH. Hemangiopericytoma. An analysis of 106 cases. *Hum Pathol*. 1976 Jan; 7(1): 61-82.