

گزارش یک مورد کیست اپیدرموئید پره ساکرال همراه با سرطان سرویکس

دکتر ساره حسینی^۱، دکتر معصومه غریب^{۲*}، دکتر سمیرا حسینی^۳

۱. استادیار گروه رادیوتراپی و انکولوژی، مرکز تحقیقات سرطان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. استادیار گروه پاتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دستیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۷/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۹/۱

خلاصه

مقدمه: کیست اپیدرموئید پره ساکرال، تشخیصی نادر در زنان سنین میانسال است که اغلب بدون علامت بوده و به صورت تصادفی کشف می شود. نمونه برداری قبل از عمل توصیه نمی شود و جراحی، اقدامی تشخیصی و درمانی است. در این مطالعه یک مورد کیست اپیدرموئید پره ساکرال که در خلال مرحله بندی سرطان سرویکس کشف شد، معرفی می شود.

معرفی بیمار: بیمار خانمی ۴۷ ساله با شکایت منومتروراژی بود که در اردیبهشت سال ۱۳۹۴ پس از معاینه ژنیکولوژی و بیوپسی، برای وی تشخیص سرطان سلول سنگفرشی سرویکس مطرح شد. سی تی اسکن و سونوگرافی در حین بررسی متاستاز سرطان سرویکس، توده ای بزرگ و کیستیک در ناحیه پره ساکرال را نشان داد. بیمار ابتدا تحت هیستروکتومی و سالپینگوآفوروکتومی دو طرفه قرار گرفت. سپس مجدداً جهت برداشت توده پره ساکرال در بیمارستان انکولوژی امید مشهد لاپاروتومی شد. گزارش آسیب شناسی، تشخیص کیست اپیدرموئید پره ساکرال را نشان داد.

نتیجه گیری: کیست اپیدرموئید را باید در تشخیص افتراقی یک زن میانسال با ضایعه کیستیک و بدون علامت پره ساکرال در نظر داشت. جراحی، بهترین روش تشخیصی و درمانی است. انتخاب مسیر جراحی به اندازه ضایعه و تجربه جراح بستگی دارد.

کلمات کلیدی: سرطان سرویکس، کیست اپیدرموئید، کیست پره ساکرال

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر معصومه غریب؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۴۲۶۰۸۲؛ پست الکترونیک: gharibm@mums.ac.ir

مقدمه

ضایعات نئوپلاستیک ناحیه پره ساکرال در افراد بالغ ناشایع بوده و در اکثر موارد جنبه وراثتی دارد. این ضایعات به دو دسته کیستیک و غیر کیستیک تقسیم می شوند. توده های کیستیک پره ساکرال شامل دو گروه کیست های تکاملی و تراتوما است. کیست تکاملی از یکی از سه لایه جنینی ناحیه پره ساکرال در خلال نقایص تشکیل جنین منشأ می گیرد (۱).

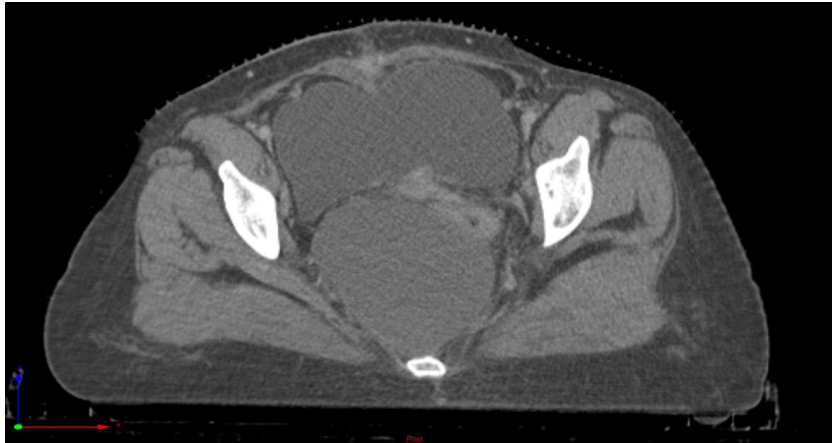
کیست اپیدرموئید، تشخیصی نادر است که اغلب در زنان سنین میانسالی کشف می شود. از نقطه نظر پاتولوژیک، در جدار کیست، لایه ای از اپی تلیوم سنگ فرشی مشاهده می شود که فاقد ضامثم پوستی است. به دلیل رشد آهسته و موقعیت خاص آناتومیک در لگن که معاینه فیزیکی را دشوار می کند، تا مدت ها بی علامت باقی می ماند و به صورت تصادفی کشف می شود. در صورت فشار بر ارگان های مجاور یا سوار شدن عفونت بر روی کیست، علائم گوارشی، ادراری و یا درد بروز کرده و به تشخیص سریع تر می انجامد. در چندین مورد مشابه از گزارش کیست اپیدرموئید پره ساکرال، این توده به صورت اتفاقی در زنان میانسال کشف شده و اغلب در ابتدا سرطان تخمدان مورد ظن بوده است (۲، ۳). در کیست های تکاملی به دلیل خطر عفونت و احتمال عود، توصیه به برداشت جراحی است (۴). در این مطالعه یک مورد کیست اپیدرموئید پره ساکرال که در خلال تصویربرداری برای مرحله بندی سرطان سرویکس تشخیص داده شده، معرفی می شود.

معرفی بیمار

بیمار خانمی ۴۷ ساله بود که در اردیبهشت سال ۱۳۹۴ با شکایت خونریزی حجیم و نامنظم از شش ماه قبل به

متخصص زنان مراجعه و به دلیل وجود ضایعه ای در سرویکس تحت نمونه برداری قرار گرفت. گزارش آسیب شناسی، مؤید سرطان سلول سنگ فرشی سرویکس بود. بیمار جهت عمل جراحی به جراح عمومی ارجاع شد. سونوگرافی پیش از عمل جراحی، توده ای توپر و با اکوی کم به ابعاد ۷۵*۱۱۰ میلی متر با حدود مشخص در سمت راست حفره لگن گزارش کرد.

برای رد متاستاز احتمالی در بیمار، سی تی اسکن درخواست شد که گزارش آن، توده کیستیک با حدود مشخص و به ابعاد ۸۰*۱۰۰ میلی متر در خلف رکتوم و ناحیه پره ساکرال بود. بیمار تحت عمل جراحی هیستریکتومی شکمی همراه با حذف دو طرفه لوله و تخمدان قرار گرفت، در حالی که توده لگنی وی برداشت نشد. گزارش آسیب شناسی عمل جراحی، سرطان سلول سنگ فرشی سرویکس از نوع غیرکراتینیزه با سلول بزرگ به اندازه ۳ سانتی متر و عمق تهاجم بیش از ۵۰٪ ضخامت سرویکس بود، به علاوه درگیری سیستم لنفی عروقی نیز وجود داشت. رحم و تخمدان ها فاقد ضایعه و حاشیه های جراحی منفی بود. سپس بیمار به متخصص انکولوژی بالینی در بیمارستان امید مشهد ارجاع شد. وی از دردهای لگنی و یبوست شدید پس از عمل جراحی شکایت داشت و با توجه به اندیکاسیون رادیوتراپی پس از عمل و عدم وجود توده مذکور در گزارش آسیب شناسی، برای بیمار سی تی اسکن شکم و لگن درخواست شد. سی تی اسکن توده ای بزرگ و کیستیک در ناحیه پره ساکرال با فشار بر رکتوم را نشان می داد (تصویر ۱).



تصویر ۱- سی تی اسکن با کنتراست لگن که توده کیستیک پره ساکرال را نشان می دهد.

برداشته شد. در نمای ماکروسکوپی، توده ای بزرگ و کرمی تا سفید رنگ به ابعاد ۵*۷*۱۲ سانتی متر، وزن ۳۵۰ گرم و حدود مشخص مشاهده شد. کیست دیواره ای نازک با ضخامت جداری ۰/۲ سانتی متر داشت و حاوی مواد خمیری کرم رنگ بود (تصویر ۲).

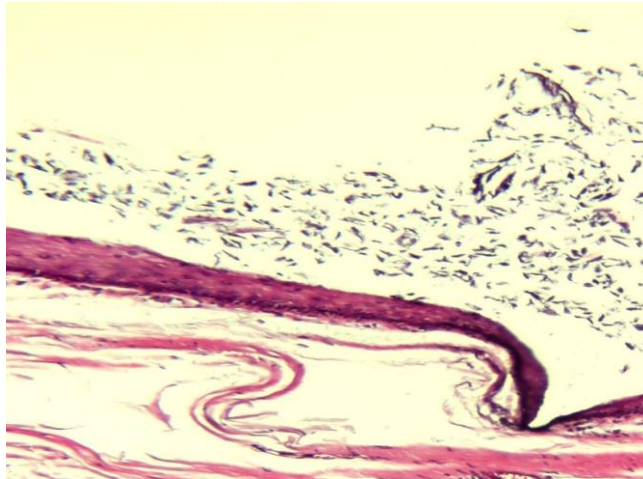
در معاینه انگشتی رکتوم، توده ای بزرگ با قوام سفت و با فشار بر رکتوم قابل لمس بود. بیمار مجدداً به جراح ارجاع شد. تمام آزمایشات هماتولوژیک، بیوشیمیایی و تست های انعقادی پیش از عمل طبیعی بود. بیمار تحت عمل جراحی شکمی قرار گرفت و توده به صورت کامل



تصویر ۲- نمای ماکروسکوپی: توده کیستیک کرمی تا سفید رنگ حاوی ماده خمیری سفید رنگ

بدون شواهدی از آتیپی و بدون ضلایم پوستی را نشان داد (تصویر ۳).

گزارش میکروسکوپی ضایعه ای کیستیک مفروش از اپی تلیوم اسکواموس مطبق با تولید کراتین لایه لایه



تصویر ۳- نمای میکروسکوپی: دیواره کیست مفروش از اپی تلیوم اسکواموس استر تیفیه حاوی کراتین لایه لایه (رنگ آمیزی H & E با بزرگ نمایی x 100)

تشخیص نهایی ضایعه یک کیست اپیدرموئید پره ساکرال بود. در نهایت بیمار برای سرطان سرویکس تحت رادیوتراپی پس از عمل لگن به صورت اکسترنال با دستگاه شتاب دهنده ۱۵ مگاولتاژ همراه با شیمی درمانی و سپس سه جلسه براکی تراپی قرار گرفت. در پیگیری ۶ ماه بعد از اتمام درمان های انکولوژیک، شرایط بالینی پایدار و بیمار بدون شکایت بود.

بحث

تومورهای ناحیه پره ساکرال با شیوع ۱ مورد در هر ۴۰۰۰-۶۳۰۰۰ نفر، ضایعات نادری هستند که در اکثر موارد ارثی می باشند. ۴۰٪ این ضایعات کیستیک هستند. شایع ترین توده های کیستیک، کیست های تکاملی شامل کیست اپیدرموئید، کیست درموئید، هامارتوم کیستیک، ترانوم و دوپلیکاسیون روده ای است. کیست های تکاملی در زنان سه برابر شایع تر از مردان است (۵). کیست اپیدرموئید پره ساکرال، تشخیص نادری است که به صورت توده ای با رشد آهسته در زنان میانسال بروز می کند. علت آن نقص در بسته شدن لوله اکتودرمال در خلال تشکیل جنین است. این توده در ۵۰-۲۶٪ موارد بی علامت بوده و طی تصویربرداری لگن به صورت تصادفی کشف می شود. در موارد علامت دار، علائم غیر اختصاصی به صورت درد آنال، مشکلات دفع، دل پیچه، بی اختیاری

ادراری، توده ای در ناحیه ساکروم و کوکسیکس یا علائم ادراری ظاهر می شود و در صورت عفونی شدن و بروز تب و بی اشتها با آسسه های پری آنال اشتباه می شود. بیمار معرفی شده خانمی میانسال بود که در حین بررسی های تشخیصی سرطان سرویکس به صورت اتفاقی تشخیص داده شد و جز یک عفونت مزمن، سابقه هیچ علامت غیر طبیعی را ذکر نمی کرد. در چندین گزارش موردی کیست اپیدرموئید، تمام موارد مشابه این بیمار، زنان میانسالی بودند که علی رغم بزرگی توده، بی علامت بوده و به صورت اتفاقی کشف شده اند (۲، ۳). البته موارد بسیار نادری از کیست اپیدرموئید در زنان سالمند یا جنس مذکر نیز گزارش شده است (۱، ۶). ترانسفورماسیون بدخیم بسیار نادر است. به دلیل شیوع کم، تشخیص اولیه اغلب اشتباه بوده و بسیاری از متخصصین زنان علائم بیمار را به تومور تخمدان نسبت می دهند (۷). در این بیمار قضاوت متخصص زنان، مبنی بر ارتباط توده با سرطان سرویکس و گسترش بدخیمی اولیه به صورت یک توده کیستیک در این ناحیه بود. اهمیت سونوگرافی اندورکتال (ERUS)^۱، CT اسکن و MRI در توده های پره ساکرال، تعیین سایز و ساختار کیست و ارتباط آن با رکتو و همچنین در افتراق آن از سایر تشخیص های احتمالی کمک کننده است. کیست

¹ Endorectal sonography

نتیجه گیری

کیست اپیدرموئید را باید در تشخیص افتراقی یک زن میانسال با ضایعه کیستیک و بدون علامت پره ساکرال در نظر داشت. جراحی، بهترین روش تشخیصی و درمانی است. انتخاب مسیر جراحی به اندازه ضایعه و تجربه جراح بستگی دارد.

اپیدرموئید پره ساکرال در CT اسکن اغلب به صورت یک توده کیستیک تک حفره ای و دارای دانسیته کم با دیواره نازک مشاهده می شود. MRI توده ای با شدت سیگنال پایین^۱ در تصاویر T1 و شدت سیگنال بالا در تصاویر T2 را نشان می دهد (۸). تست های آزمایشگاهی و تومور مارکرها در کیست اپیدرموئید ارزش تشخیصی ندارد. از نقطه نظر هیستولوژیک، دارای اپی تلیوم سنگ فرشی با ترکیبی از دبری، کلسترول کلفت، کراتین و آب است. محتوای کیست اپیدرموئید، موادی نرم و پنیری شکل است که در صورت عفونت با چرک همراه خواهد بود (۹). اغلب بیوپسی پیش از عمل جراحی توصیه نمی شود، چرا که معمولاً تشخیص دقیق آسیب شناسی با بیوپسی موضعی امکان پذیر نبوده، به علاوه خطر عفونت ثانوی را نیز افزایش می دهد. تشخیص قطعی و درمان، مستلزم جراحی و برداشت ضایعه است. در این مورد کیست با پوشش سنگ فرشی مطبق مشاهده شد که حاوی مواد کراتینی بود. تشخیص افتراقی ضایعات کیستیک با اپی تلیوم سنگ فرشی غیر دیسپلاستیک شامل کیست اپیدرموئید، کیست درموئید، تراتوم و کیست مجرای تیلاگت^۲ است. با توجه به محتوای کراتینی، نبود ضمامم پوستی، نبود ترشحات موسینی و نبود اجزای دیگر اکتودرمال، اندودرمال و مزودرمال برای این بیمار تشخیص کیست اپیدرموئید مطرح شد. برای دسترسی مسیره های جراحی متفاوتی ذکر شده است که شامل مسیر ترانس ابدومینال، ترانس گلوئتال، ترانس رکتال، ترانس ساکرال، پاراساکرال و پره ساکرال است. تصمیم گیری برای انتخاب هریک از مسیره های فوق به اندازه ضایعه، وسعت گسترش تومور در قسمت های تحتانی لگن، درگیری ساختمان های اطراف و تجربه جراح بستگی دارد. مسیره های خلفی در تومورهای کوچک تر از ۵ سانتی متر ترجیحی است (۱۰). در بیمار فوق با توجه به اندازه بزرگ ضایعه از روش جراحی شکمی استفاده شد.

¹ Low signal intensity

² Tailgut duct cyst

1. Jha A, Khalid M, Gupta P, Saud M, Gupta G. Presacral epidermoid cyst in an elderly female, mistaken for ovarian cystadenoma. *Obstet Gynaecol India* 2014; 64:118-20.
2. Negro F, Mercuri M, Ricciardi V, Massari M, Destito C, et al. Presacral epidermoid cyst: A case report. *Ann Ital Chir* 2006; 75:75-7.
3. Ueda K, Tsunoda A, Nakamura A, Kobayashi H, Shimizu Y, et al. Presacral epidermoid cyst: report of a case. *Surg Today* 1998; 28(6): 665-8.
4. Chen ML, Su JM, Cheng YM, Chou CY, Kuo PL. Presacral epidermoid cyst with right hydronephrosis. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2006; 45(2):155-8.
5. Hayashi M, Tomita S, Fujimori T, Nagata H, Kubota K, Shoda A, et al. Retrorectal epidermoid cyst with unusually elevated serum SCC level, initially diagnosed as an ovarian tumor. *Rare Tumors* 2009; 1(1):59-62.
6. Riojas CM, Hahn CD, Johnson EK. Presacral epidermoid cyst in a male: a case report and literature review. *J Surg Educ* 2010; 67(4):227-32.
7. Yang DM, Jung DH, Kim H, Kang JH, Kim SH, Kim JH, et al. Retroperitoneal Cystic Masses: CT, Clinical, and Pathologic Findings and Literature Review. *Radiographics* 2004; 24(5):1353-65.
8. Yang DM, Yoon MH, Kim HS, Oh YH, Ha SY, Oh JH, et al. Presacral epidermoid cyst: imaging findings with histopathologic correlation. *Abdom Imaging* 2001; 26(1):79-82.
9. Riojas CM, Hahn CD, Johnson EK. Presacral epidermoid cyst in a male: a case report and literature review. *J Surg Educ* 2010; 67(4):227-32.
10. Wolpert A, Beer-Gabel M, Lifschitz O, Zbar A.P. The management of presacral masses in the adult. *Tech Coloproctol* 2002; 6:43-49.3(2).