

## گزارش یک مورد برداشت توراکوسکوپیک لیومیوم مری در یک زن 63 ساله مبتلا به دیسفاژی

دکتر محمدرضا عسگری<sup>1</sup>، دکتر محمد مهدی عسگری<sup>2\*</sup>

### چکیده:

ما موردی از یک زن 63 ساله با شکایت اصلی دیسفاژی پیشرونده را گزارش می‌کنیم. یافته‌های آندوسکوپی و سونوگرافی آندوسکوپی (EUS) نشان‌دهنده وجود یک توده زیرمخاطی در مری، در فاصله 29 سانتی‌متری از دندان‌ها بود که ابعاد آن  $5/4 \times 5/3 \times 5/2$  سانتی‌متر اندازه‌گیری شد. بیمار تحت برداشت تومور به روش توراکوسکوپی قرار گرفت که بدون عارضه انجام شد و نتیجه پاتولوژی، لیومیوم را تأیید نمود. این گزارش بر اهمیت روش‌های جراحی کم‌تهاجمی توراکوسکوپی در درمان بیماران علامت‌دار مبتلا به لیومیوم مری تأکید دارد.

واژه‌های کلیدی: لیومیوم مری، توراکوسکوپی، دیسفاژی

### زمینه و هدف

لیومیوم‌های مری شایع‌ترین نوع تومورهای خوش‌خیم این عضو هستند و حدود 70 درصد از کل نئوپلاسم‌های خوش‌خیم مری را شامل می‌شوند. این تومورها عمدتاً از لایه عضلانی پروپریا (Muscularis Propria) منشأ می‌گیرند و در بسیاری از موارد بدون علامت باقی می‌مانند. با این حال، هنگامی که اندازه آن‌ها افزایش یابد، می‌توانند منجر به بروز علائمی همچون دیسفاژی (اختلال در بلع)، درد یا ناراحتی در قفسه سینه شوند. روش جراحی توراکوسکوپی با کمک ویدئو

لیومیوم‌های مری شایع‌ترین نوع تومورهای خوش‌خیم این عضو هستند و حدود 70 درصد از کل نئوپلاسم‌های خوش‌خیم مری را شامل می‌شوند. این تومورها عمدتاً از لایه عضلانی پروپریا (Muscularis Propria) منشأ می‌گیرند و در بسیاری از موارد بدون علامت باقی می‌مانند. با این حال، هنگامی که اندازه آن‌ها افزایش یابد، می‌توانند منجر به بروز علائمی همچون دیسفاژی (اختلال در بلع)، درد یا ناراحتی در قفسه سینه شوند. روش جراحی توراکوسکوپی با کمک ویدئو

### گزارش مورد

بیمار زن 63 ساله با سابقه 6 ماهه دیسفاژی پیشرونده به غذاهای جامد به کلینیک مراجعه نمود. بیمار هیچ‌گونه

نویسنده پاسخگو: دکتر محمدرضا عسگری

تلفن: 013-33753141

E-mail: tsasgary85@yahoo.com

doi: 10.22034/ij.s.2025.738051

<sup>1</sup> دانشیار گروه جراحی قفسه سینه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، بیمارستان رازی رشت

<sup>2\*</sup> دستیار گروه جراحی ارتوپدی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، بیمارستان شهید مدنی کرج

تاریخ وصول: 1404/02/14

تاریخ پذیرش: 1404/07/21



تصویر 1- جدا کردن لیومیوم از مخاط و عضله مری

### یافته‌های آسیب‌شناسی

بررسی میکروسکوپی نمونه برداشته‌شده، یک نئوپلاسم خوش‌خیم را نشان داد که متشکل از دسته‌های متقاطع سلول‌های دوکی‌شکل بود و فاقد فعالیت میتوزی قابل توجه یا تغییرات آتیپیک (Pleomorphism) بود. این یافته‌ها با لیومیوم سازگار بودند و احتمال بدخیمی را رد کردند.



تصویر 2- لیومیوم برداشته شده

شکایتی از کاهش وزن، درد قفسه سینه یا برگشت غذا به دهان (Regurgitation) نداشت. معاینه فیزیکی و بررسی‌های آزمایشگاهی روتین نتایج غیرقابل توجهی نشان ندادند و طبیعی بودند.

### بررسی‌های پاراکلینیک

آندوسکوپی فوقانی دستگاه گوارش وجود یک ضایعه زیر اپی‌تلیال را در ناحیه میانی مری، در فاصله 29 سانتی‌متری از دندان‌های پیشین فوقانی آشکار کرد. سونوگرافی آندوسکوپی (EUS) ضایعه‌ای هیپوآکو (Hypoechoic)، با حدود مشخص و منظم به ابعاد  $5/4 \times 5/3 \times 5/2$  سانتی‌متر را نشان داد که از لایه عضلانی پروپریا منشأ گرفته بود. این یافته‌ها بیشترین سازگاری را با لیومیوم مری داشتند.

### روش جراحی و مدیریت

بیمار تحت عمل جراحی برداشت تومور به روش توراکوسکوپی از سمت راست و با استفاده از تکنیک VATS قرار گرفت. بیهوشی عمومی اعمال شد و بیمار در وضعیت لترال (Decubitus Lateral) چپ قرار گرفت. برای دسترسی مناسب، چهار عدد تروکار در فضای بین‌دنده‌ای قرار داده شد. با انجام یک میوتومی طولی بر روی دیواره مری، تومور بدون ایجاد پارگی در لایه مخاطی به‌طور کامل خارج شد. برای اطمینان از سلامت مخاط، آندوسکوپی حین عمل انجام شد که عدم وجود آسیب یا سوراخ‌شدگی را تأیید کرد. سپس لایه عضلانی با بخیه‌های جداگانه بازسازی و ترمیم شد. در روز دوم پس از عمل، تصویربرداری کنترلی نشان داد که هیچ‌گونه نشتی یا تنگی در مری وجود ندارد. بیمار از روز دوم قادر به از سرگیری تغذیه خوراکی شد و در روز چهارم پس از عمل با شرایط پایدار از بیمارستان مرخص گردید. در پیگیری سه‌ماهه، بیمار بدون هیچ‌گونه علامتی بود و دیسفاژی او به‌طور کامل برطرف شده بود (تصویر 1).

### نتیجه گیری

برداشت توراکوسکوپیک لیومیوم مری یک روش ایمن و  
اثربخش برای بیماران علامت دار محسوب می شود. این

گزارش اهمیت تشخیص دقیق ضایعات زیرمخاطی مری و  
نقش تکنیک های کم تهاجمی جراحی را در بهبود نتایج  
درمانی بیماران نشان می دهد.

## References:

1. Mutrie CJ, Donahue DM, Wain JC, et al. Esophageal leiomyoma: a 40-year experience. *Ann Thorac Surg.* 2005; 79(4): 1122–1125.
2. Zengin M, Yıldızhan B, Yıldızhan E. Thoracoscopic enucleation of esophageal leiomyoma: case report and literature review. *Turk J Thorac Cardiovasc Surg.* 2019; 27(4): 575–578.
3. Seremetis MG, Lyons WS, deGuzman VC, Peabody JW Jr. Leiomyomata of the esophagus. An analysis of 838 cases. *Cancer.* 1976; 38(5): 2166–2177.
4. Lee LS, Singhal S, Brinster CJ, et al. Current management of esophageal leiomyoma. *J Am Coll Surg.* 2004; 198(1): 136–146.
5. Kent M, d'Amato T, Nordman C, et al. Minimally invasive resection of benign esophageal tumors. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2007; 134(1): 176–181.
6. Puli SR, Reddy JB, Bechtold ML, et al. Endoscopic ultrasound in identifying the layer of origin of gastrointestinal tract tumors: a meta-analysis. *World J Gastroenterol.* 2008; 14(10): 1479–1483.
7. Miettinen M, Sarlomo-Rikala M, Sobin LH, et al. Esophageal stromal tumors: a clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study. *Am J Surg Pathol.* 2000; 24(2): 211–222.
8. Hatch GF, Wertheimer-Hatch L, et al. Tumors of the esophagus. *World J Surg.* 2000; 24(4): 401–411.
9. Von Rahden BH, Stein HJ, et al. Enucleation of submucosal tumors of the esophagus: minimally invasive versus open approach. *Surg Endosc.* 2004; 18(6): 924–930.
10. Hazelrigg SR, Mack MJ, et al. Thoracoscopic enucleation of benign esophageal tumors. *Ann Thorac Surg.* 1992; 54(6): 1211–1213.
11. Orringer MB, Stirling MC. Esophageal leiomyomectomy: indications and results. *Ann Thorac Surg.* 1989; 47(1): 49–54.