

פרשת חולה נדירה עם דרמואיד ענק של הפדר (האומנטום)

תקציר:

טרטומה של הכיסה, המכונה גם דרמואיד, היא שאת שחלה טבה מתאי נבט השכיח בנשים בגיל הפוריות. דרמואיד הפדר (האומנטום) הוא נדיר, ומקורו ככל הנראה מהתנתקות שחלה לאחר תסביב והשרשה משנית בפדר. דרמואיד ענק בגיל מבוגר הוא נדיר ביותר. מדווח במאמרנו על אישה בת 73 שנים שפנתה עם כאבי בטן ומימצא של כיסה ענקית בבטן בקוטר של 26 ס"מ. בנייתו נמצא דרמואיד ענק בפדר השוקל מעל שישה ק"ג, כשהוא דבוק לדופן הבטן הקדמי וקשור לחצוצרה בלבד, בהיעדר שחלה באותו הצד. שאיבת תוכן הנוזל החלבי איפשרה את הוצאתו בחתך קטן.

אילן אטלס¹
יזהר בן שלמה²
יסמין עבאס²

¹היחידה הגינקו-אונקולוגית, ²מחלקת נשים ויולדות, מרכז רפואי פוריה

מילות מפתח: דרמואיד; פדר (אומנטום); שחלה; תסביב; התנתקות.
:KEY WORDS: Dermoid; Omentum; Torsion; Ovary; Detachment

הקדמה

טרטומה של הכיסה, המכונה גם דרמואיד, היא שאת טבה (Benign tumor) בשחלה מתאי נבט שהיא רעוטה שכיחה בגיל הפוריות [1]. דרמואיד ענק בפדר בגיל מבוגר הוא מימצא נדיר ביותר [2]. המיקום בבטן, מחוץ לאגן, מאפשר גדילה איטית וארוכה ללא לחץ על איברים סמוכים לזמן רב, ומכאן נובע ככל הנראה הגילוי המאוחר. מקור המימצא הוא כנראה מהתנתקות עצמונית נדירה של השחלה בעקבות תסביב והשרשה בפדר. בפרשת החולה הנוכחית מדווח על אירוע נדיר עקב גדולה הענק של השאת, הגיל המבוגר ומציאת הוכחה לכך שמקור השאת הוא בשחלות.

מפרשת החולה

אישה בת 73 שנים הועברה מהמחלקה לכירורגיה למחלקת נשים לניתוח דחוף עקב מימצא של כיסה ענקית במרכז הבטן. המטופלת פנתה לחדר מיון עקב כאבי בטן, תפוחות של הבטן, חוסר תיאבון וירידה במשקל, ללא שינוי בהרגלי המעיים וללא בעיות בדרכי השתן. בעברה לרוב בריאה וללא ניתוחים. בבדיקת הבטן נמצא גוש ענקי, נוקשה, הממלא את הבטן ללא סימני גירוי הצפק. בדיקתה הגופנית הכללית הייתה תקינה, ובבדיקה הגינקולוגית נמצא רחם קטן ונייד.

בסקירת על שמע של הלדן (Vagina) נצפה רחם קטן, אך לא ניתן היה להדגים את השחלות. בסקירת על שמע של הבטן נצפה גוש ענק התופס את כל חלל הבטן, רובו כיסה ובו חלקים טמומים (סולידיים) והסתיידויות. בירור טרום ניתוח של מערכת העיכול כלל קולונוסקופיה וגסטרוסקופיה, שבהן לא נמצא דבר, למעט פוליפ Tubulovillous adenoma, אשר נכרת בשלמותו במהלך תקין. בטומוגרפיה מחשבית של הבטן הודגם מימצא טמום-כיסתי ענק בקוטר 23*26 סנטימטרים הממלא את הבטן במיקום גבוה יחסית לאגן הקטן (תמונה 1). רחם ושחלה ימנית נצפו, אך לא נראתה שחלה שמאלית. המימצא לא נראה קשור לאיברי המין. בעקבות אבחנה מובדלת של כיסה אכינוקוקית בצפק, גוש הקשור למעי או לבלב, הופנתה המטופלת לניתוח בהרדמה כללית.

התוכנית המקורית כללה לפרוסקופיה אבחונית בגישה פתוחה שבה הכניסה לבטן מבוצעת בחיתוך שכבות תחת הסתכלות בשיטת חסון [3]. בתחילת הניתוח, התברר שהגוש דבוק לגמרי לשטח רחב של הצפק המרפד את החלק הפנימי של הדופן הקדמי של הבטן (Parietal peritoneum) ללא חדירה לשכבות נוספות. עקב זאת בוצעה פתיחת בטן אורכית קטנה מעל הטבור. לנוכח כמות נוזל גדולה שהייתה צפויה על פי המימצא בבדיקת דימות, הוכנס טרוקר לפרוסקופי בקוטר 10 מילימטר לתוך הכיסה, ודרכו נשאבו כשישה ליטרים של נוזל סמיך ללא פיזור אל חלל הבטן.

בהמשך הושגה הפרדה מלאה של המימצא מהדופן הקדמי של הבטן, מהחלק האחור-צפקי (Retro-peritoneum) והמעי. המימצא הוצא מהבטן דרך חתך של כ-10 ס"מ (תמונה 2), ואז התברר שכלי הדם המזינים את המימצא מקורם בפדר (אומנטום). בקצהו התחתון הייתה פרושה על פניו החצוצרה השמאלית שאורכה כ-10 ס"מ. לא נראתה אספקת דם לשאת מדופן האגן ומיטת השחלה. לאחר כריתת השאת בשלמותה יחד עם הפדר והחצוצרה, הוא נפתח, ונצפו בתוכו שיער, סחוס, עצם ושומן, שאיששו את החשד שהשאת היא אכן טרטומה כיסטית ענקית (תמונה 3).

סקירת שאר איברי הבטן והאגן העלתה במקום שבו אמורה להיות השחלה השמאלית, אזור צפק חלק ללא שחלה משמאל וללא ליגמנט אינפונדיבולר-פלוי. בנוסף, החלק הימני היה מעט מוגדל ולכן נכרת. היסטולוגיה סופית אישרה אבחנה של דרמואיד טב ענק בפדר ומימצא לוואי של כיסה טבה קטנה בקוטר של כ-15 מ"מ בשחלה הימנית. האישה שוחררה לאחר מהלך בתר ניתוחי תקין.

דיון

דרמואיד שחלה טב מתאי נבט שכיח בגיל הפוריות. שאת זו מכילה רקמות בשלות של שיער, חלב, סחוס, עצם, שיניים ורקמות אחרות [1]. שינוי ממאיר בשאתות אלו נדיר. הטיפול בגיל הפוריות הוא ניתוח לכריתת הכיסה או השחלה [1]. דרמואיד של הפדר נדיר ביותר ורק 32 פרשות חולות דווחו בספרות [2], כאשר בפרשת החולה, בדומה למאמרנו, השאת היא הגדולה מכלל

תמונה 1:

טומוגרפיה מחשבית של הבטן עם גוש ענקי הצמוד לדופן הבטן, שרובו מורכב מאזורים כיסתיים, עם אזורים עמומים (Solid) קטנים יותר



פרשות החולות שפורסמו. בישראל דווח על שתי פרשות חולות דומות [4].

הועלו תיאוריות שונות באשר למקור הדרמואיד בפדר. ברוב החולות נמצא חסר של שחלה אחת. ההנחה היא שבחולות אלו השחלה החסרה עברה שיזור וכריתה עצמית, תסמינית או לא, והשרשה משנית בפדר. בארבע פרשות חולות דווח על דרמואיד בפדר עם הישארות השחלה במקומה. דרמואיד שאינו בשחלה ובפדר הוא נדיר יותר. דווח על פרשות חולות ספורות בלבד עם דרמואיד בתוך בקע [5], בכיס על שם דוגלס וסביב הכבד [6,7]. השרשת בטן מרובה במספר אזורים יכולה לקרות בעקבות פיזור של רקמת דרמואיד [7,8]. בפרשת החולה במאמרנו זה, המימצאים של היעדר השחלה והישארות חצוצרה מוארכת מהצד של השחלה החסרה שנשארה קשורה לדרמואיד הפדר, תומכים בתיאוריית התנתקות השחלה והשרשה מחדש בפדר. יתרה מכך, הדרמואיד בפדר המתואר במאמרנו הוא הגדול ביותר שדווח עליו בספרות הרפואית בנושא – 26 ס"מ, בעוד שגודלן של רוב השאתות שדווח עליהן היה עד 10 ס"מ. השערתנו היא, כי השאתות שמיקומן בפדר עלולות ללחוץ בהדרגה על האיברים הסמוכים, אף במשך עשרות שנים, ולהתגלות רק בגיל מאוד מבוגר, בשונה משאתות הנותרות באזור האגן, המוגבל בנפחו. כאשר הלחץ מתגבר, מופיעים, כמו בפרשת החולה הנוכחית, כאב בטן, חוסר תיאבון, לחץ בבטן וירידה במשקל.

בספרות דווח על פרשת חולה שאובחנה בגיל 83 שנים עם שאת בקוטר של 10 ס"מ [2]. בפרשה זו, למרות הגודל העצום, התסמינים החלו רק בגיל 73 שנים. הטיפול בדרמואיד הוא ניתוח. הטיפול המועדף בדרמואיד בשחלה הוא בגישה לפרוסקופית, בשל ההתאוששות המהירה ומזעור הסבל לחולה [1]. לעומת זאת, בחולות עם דרמואיד בפדר, הגישה שפורסמה בספרות הייתה שונה [4,9,10]. בפרשת החולה שלנו הבעיה לא הייתה הגודל המוחלט של השאת, שכן בטכניקה שבידינו ניתן היה לסלק גם

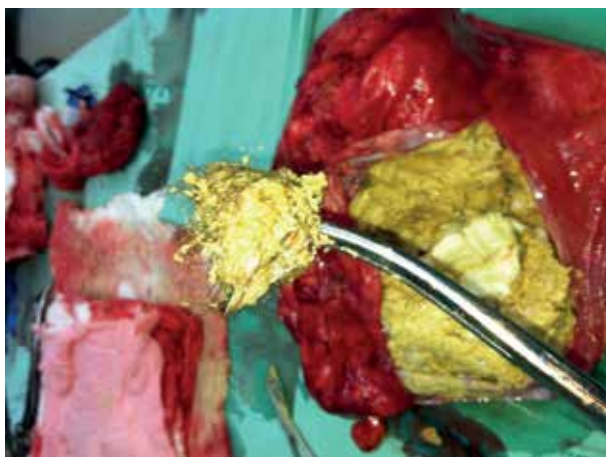
תמונה 2:

הוצאת הדרמואיד הענק דרך חתך קטן מעל הטבור. ניתן להבחין שהמימצא קשור לפדר (אומנטום) עם הידבקות למעי וקשר לחצוצרה



תמונה 3:

הדרמואיד הענק פתוח ובתוכו לסת, חלב, סחוס ושיער



בגישה לפרוסקופית, אלא הידבקות השאת על שטח נרחב בדופן הבטן הקדמי, שמנעה גישה לפרוסקופית בטוחה.

האבחנה המיידית של הידבקות זו לדופן הבטן אופשרה על ידי כניסה בגישה פתוחה לבטן בשיטת חסון ללא שימוש במחט ורז וניפוח עיוור. מסקנתנו מפרשת חולה זו היא, שלפרוסקופיה פתוחה היא גישה מועדפת בכל חולה עם מימצא של כיסה ענקית. גם שאיבת התוכן הנוזלי על ידי הכנסת טרוקר 10 לפרוסקופי, ישירות לדרמואיד בבטן פתוחה, ושאיבת תוכנו לפני הוצאת הדרמואיד מהבטן, איפשרה חתך יחסית קטן של 10 ס"מ לעומת 26 ס"מ של גודל המימצא המקורי. ההימנעות המוצלחת משפיכת תוכן הדרמואיד לחלל הבטן חשובה במיוחד בחולות עם דרמואיד גדול, באופן המונע צפקת (Chemical peritonitis), שהיא נדירה, אך גורמת לתחלואה משמעותית. שפיכת תוכן בלפרוסקופיה מתרחשת בכ- 66% מהחולות, אך ברובן הדרמואיד קטן, כמות הנוזל קטנה, ומבוצעות טיפוחות המונעות את התופעה [1,6,12].

התמרה ממאירה בדרמואיד היא נדירה והאבחנה היא לרוב סרטן עור של תאי קשקש [13]. בחולות ספורות הקרצינומה התפתחה אף לאחר הוצאת הדרמואיד מהשחלה, ככל הנראה עקב שאריות דרמואיד בשחלה [6]. דווח גם על שאתות נדירות אחרות

בפדר עשוי לנבוע מהתנתקות השחלה והשרשה מחדשת בפדר. שאתות אלה לרוב טבות, ויכולות לגדול בהדרגה לקטרים גדולים ולהסתמן בגיל מבוגר. יש לכרות את השאת בניתוח. ●

מחבר מכותב: אילן אטלס

יחידה גינקו אונקולוגית, מרכז רפואי פוריה על שם ברוך פדה
ד.ג. גליל תחתון, מיקוד 15208
טלפון: 04-6652400
פקס: 04-6652710
דוא"ל: iatlas@poria.health.gov.il

בתוך דרמואיד כגון מלנומה ואדנוקרצינומה [14,15]. כיוון שלא ניתן לחזות ולאבחן מצב זה לפני הניתוח, יש להשתדל להימנע משפיכת תוכן הכיסה או להקטין אותה ככל הניתן, במטרה למנוע גם פיזור תאי שאת וגם צפקת כימית העלולה להצריך ניתוח נשנה וכריתת טפולות [11,14].

לסיכום

לנוכח מיעוט החולות, לא ברור מקור הדרמואיד בפדר. פרשת החולה שהובאה במאמרנו מחזקת את הסברה, שמקור הדרמואיד

ביבליוגרפיה

1. *Nezhat CR, Kalyoncu S, Nezhat CH & al, Laparoscopic management of ovarian dermoid cyst: ten year's experience. JSLS, 1999;3:179-184.*
2. *Hegde P, Extragonadal omental teratoma: a case report. J Obstet Gynaecol Res, 2014;40:618-21.*
3. *Hasson HM, Open laparoscopy vs. closed laparoscopy: a comparison of complication rates. Adv Plan Parent, 1978;13:41-50.*
4. *Ushakov FB, Meirow D, Prus D & al, Parasitic ovarian dermoid tumor of the omentum-A review of the literature and report of two new cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 1998;81:77-82.*
5. *Shetty NS, Vallabhaneni S, Patil A & al, Unreported location and presentation for a parasitic ovarian dermoid cyst in an indirect inguinal hernia. Hernia, 2013;17:263-5.*
6. *Khoo CK, Chua I, Siow A & Chern B, Parasitic dermoid cyst of the pouch of Douglas: a case report. J Minim Invasive Gynecol, 2008;15:761.*
7. *Sebban-Rozot C, Régent D, Ranchoup Y & al, Peritoneal parasitic teratoma and chemical dermoid peritonitis J Radiol, 2011;92:382-92.*
8. *Sinha R, Sundaram M & Lakhota S, Multiple intraabdominal parasitic cystic teratomas. J Minim Invasive Gynecol, 2009;16:789-91.*
9. *Schols RM, Stassen LP, Keymeulen KB & Bouvy ND, Dermoid cyst of the greater omentum: rare and innocent? BMJ Case Rep, 2013;28:2013.*
10. *Mazumdar A, Vaiphei K & Verma GR, Multiple dermoid cysts of omentum. J Postgrad Med, 1997;43:41-2.*
11. *Prasad S, Suguna BV & Ravindra S, Bilateral ovarian squamous cell carcinoma with an antecedent dermoid cyst in the left ovary. J Obstet Gynaecol Res, 2011;37:1238-40.*
12. *Shamshirsaz AA, Shamshirsaz AA, Vibhakar JL & al, Laparoscopic management of chemical peritonitis caused by dermoid cyst spillage. JSLS, 2011;15: 403-5.*
13. *Commerci JT Jr, Licciardi F, Bergh PA & al, Mature cystic teratoma: a clinicopathologic evaluation of 517 cases and review of the literature. Obstet Gynecol, 1994;84:22-28.*
14. *Kubosawa H, Iwasaki H, Kuzuta N & al, Adenocarcinoma with peritoneal dissemination secondary to multiple mature teratomas of the omentum. Gynecol Oncol, 2006;101:534-6.*
15. *Haberland J, Valdés R, Hernández P & Cabrera D, Malignant melanoma in an ovarian dermoid cyst Rev Chil Obstet Ginecol, 1995;60:43-5.*