

گزارش یک مورد تراتوم خوش خیم مدیاستن خلفی تقلید کننده کیست هیداتیک و یک مورد تراتوم خوش خیم مدیاستن قدامی، تشخیص و درمان

مجتبی احمدی نژاد^۱، اصغر عالی پور^۲، سپیده وهابی^۳، آرام طولابی^۴، ناهید حسینی نژادمیر^۴، معصومه میثمی^۵

۱- گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

۲- گروه پاتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

۳- گروه بیهوشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

۴- دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

۵- گروه توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز، ایران

یافته / دوره چهاردهم / شماره ۱ / بهار ۹۱ / مسلسل ۵۱

چکیده

دریافت مقاله: ۹۰/۸/۱، پذیرش مقاله: ۹۰/۱۰/۱۳

*** مقدمه:** تراتوم ها جزء تومورهای مادرزادی سلول زایا طبقه بندی شده اند. این تومورها، بافت های اکتویپیکی هستند که از ۲-۳ لایه زاینده ساخته شده و شامل اجزای بالغ، نابالغ یا بدخیم هستند و معمولاً در طول خط وسط بدن یافت می شوند. این تومورها به طور شایع در تخمدان ها، بیضه ها، رتروبریتون و ناحیه ساکروکوکسیژنال دیده می شوند. تراتوم های مدیاستن، شیوع بسیار کمی داشته به طوری که فقط ۱۳-۸٪ تومورهای این ناحیه را شامل می شوند. اکثریت آن ها در مدیاستن قدامی قرار گرفته و فقط ۸٪-۳٪ از مدیاستن خلفی منشأ گرفته اند.

*** معرفی مورد:** دو بیمار مبتلا به تراتوم خوش خیم معرفی می شود.

مورد اول: مرد ۶۵ ساله با شکایت درد قفسه سینه و دیسفاژی مراجعه نموده است که در آن CT اسکن توده کیستیک خوش خیم بسیار بزرگ در مدیاستن خلفی مشاهده و تحت رزکسیون جراحی قرار گرفت، تشخیص نهایی تراتوم کیستیک گزارش شد. علائم بیمار با رزکسیون جراحی از بین رفت.

مورد دوم: خانم ۵۵ ساله با تراتوم خوش خیم مدیاستن قدامی که در بررسی به دنبال ترومای قفسه سینه کشف شد و تحت رزکسیون قرار گرفت و در پیگیری ۳۰ ماهه هیچ کدام از بیماران مشکلی نداشتند.

*** بحث و نتیجه گیری:** این تومورهای با رشد آهسته اغلب بدون علامت اند و به طور تصادفی در تصویربرداری از قفسه سینه و یا به دلیل ایجاد عوارضی چون آتلکتازی، چسبندگی، فشار به ساختمان های مجاور یا پاره شدن و عفونت ثانویه شناسایی می شوند. عمل جراحی تنها درمان قطعی است و حتی وقتی بیمار بدون علامت است به خاطر عوارض بالقوه اش قابل توصیه است.

*** واژه های کلیدی:** تراتوم، تومور مدیاستن.

آدرس مکاتبه: خرم آباد، بیمارستان شهیدای عشایر

پست الکترونیک: Dr_ts_ahmadinejad@yahoo.com

مقدمه

تراتوم‌ها، تومورهای مادرزادی هستند که شامل مشتقات لایه زایا هستند که جزء اکتودرم آنها غالب است و از سلول‌های امبریونال چند ظرفیتی تشکیل شده‌اند (۱، ۲). این تومورها به طور شایع در تخمدان‌ها، بیضه‌ها، رترو پریتون و ناحیه ساکرو کوکسیژنال اتفاق می‌افتد (۱). فقط ۳ تومورهای سلول زایا در مدیاستن رخ می‌دهند (۳). آنها معمولاً در طول خط وسط بدن یافت می‌شوند که مسیر مهاجرت سلول زایا در دوره رویانی است (۴).

تراتوم‌ها می‌توانند به انواع توپر بالغ، کیستی، نابالغ، بدخیم و مختلط تقسیم شوند که انواع نابالغ آن ۱ تراتوم‌های مدیاستن را شامل می‌شود (۵). این تومورها اگر چه در بیماران تمامی سنین دیده شده، اما در افراد جوان شایع‌تر است و اغلب در زنان مشاهده می‌شوند، که البته انواع نابالغ در مردان شیوع بیشتری دارند (۶). ما تراتوم مدیاستن خلفی را که در CT اسکن بسیار شبیه کیست هیداتید است معرفی می‌کنیم.

معرفی مورد

مورد اول: آقای ۶۵ ساله که با شکایت درد قفسه سینه و دیسفاژی و تنگی نفس مراجعه نموده است که بیمار از درد رترواسترنال که به ناحیه بین دو کتف انتشار یافته، شکای بود. بیمار سابقه مصرف سیگار به میزان ۴۰ pack/year را نیز می‌دهد. در معاینه: در سمع ریه‌ها کاهش صدای سمت چپ همراه با ویزینگ خفیف داشت.

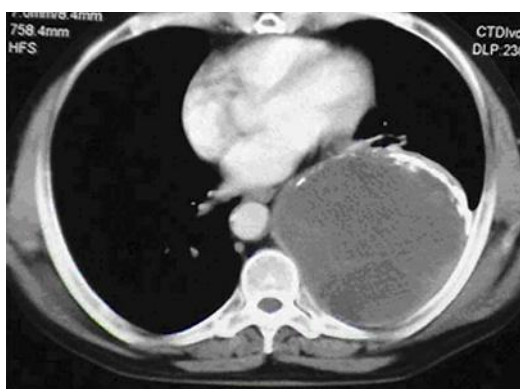
علائم حیاتی (BP:120/80, PR:86, RR:16) در محدوده نرمال بوده و CXR توده‌ای در لوب تحتانی ریه چپ مشاهده شد (شکل ۱).



شکل ۱- نمای رخ و نیم رخ گرافی صدری که توده‌ای را در لوب تحتانی نشان می‌دهد

در CT اسکن توده کیستیک بسیار بزرگ مدیاستن خلفی با تشخیص اولیه کیست هیداتید گزارش شد (شکل ۲).

تصویر ۲ نشان دهنده توده کیستیک با کلسیفیکاسیون پراکنده جدار حاوی کیست‌های کوچک مقلد کیست دختر در کیست هیداتید EKG نرمال بود. گزارش اسپیرومتری نمای Restrictive & mild Obstructive داشت.



شکل ۲- توده کیستیک با کلسیفیکاسیون پراکنده جدار حاوی کیست‌های کوچک مقلد کیست

آزمایشات درخواست شده برای بیمار شامل: BUN - Cr - K - Na - CBC diff - FBS - Hydatic Ab- نرمال بود.

پس از ارزیابی اولیه بیمار کاندید توراوتومی شد که در بررسی حین عمل کیست بسیار بزرگ به ابعاد ۳۰×۳۰×۲۰ در مدیاستن

مورد دوم: خانم ۵۵ ساله که به دنبال ترومای قفسه سینه تحت بررسی قرار گرفت و مشخص شد که بیمار دارای تراتوم خوش خیم مدیاستن قدامی است که هیچ گونه علامتی برای بیمار ایجاد نکرده بود. بیمار تحت جراحی و رزکسیون توده قرار گرفت و در پیگیری ۳۰ ماهه بیمار بدون علامت بود.

بحث و نتیجه گیری

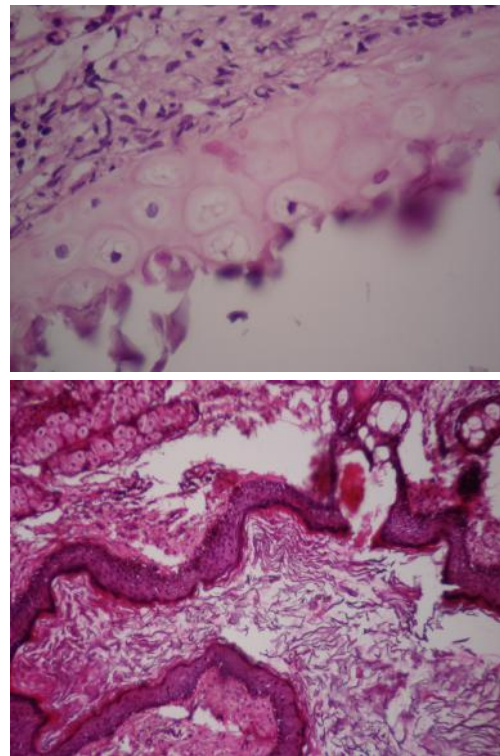
اکثریت تراتوم های خوش خیم در مدیاستن قدامی نزدیک به تیموس مشاهده شده و به ندرت در مدیاستن خلفی بوده اند (۷،۸). تراتوم ها در مدیاستن خلفی به طور بالینی مکرراً و مشخصاً ساختمان های اطراف را درگیر می کند که نیاز به ارزیابی قبل از عمل دارد (۹). پروگنوز بیماران با تراتوم نابالغ که سن بیش از ۱۵ سال دارند در صورتی که پس از دریافت کموتراپی، رزکسیون کامل صورت گرفته باشد، به خوبی بیماران با تراتوم بالغ است (۱۰).

در حالیکه رزکشن جراحی کامل تراتوم نابالغ در بیماران بالای ۱۵ سال واضح است، نیاز به کموتراپی در این بیماران بستگی به وجود مارکهای افزایش یافته و میزان جزء نابالغ دارد (۱۱). پروگنوز در بیماران با تراتوم نابالغ بستگی به ترکیبی از فاکتورها شامل رزکسیون جراحی کامل، سن، محل آناتومیک تومور و مقدار عناصر نابالغ تومور دارد (۱۲،۱۳).

اغلب تراتوم های مدیاستن خوش خیم و معمولاً باعث ایجاد علائم موضعی نمی شوند. در بزرگسالان، ۲/۳ موارد بدون علامت هستند (۱۷-۱۴) و بنابراین، این تومورها تمایل به تشخیص اتفاقی در تصویربرداری قفسه سینه دارند (۶). علت ایجاد علائم می تواند فشار، تهاجم به ساختمان های مجاور در داخل قفسه سینه یا سندرم های گوناگون همراه با آن باشد (۱۵،۱۸).

بر خلاف بزرگی نسبی تراتوم های کیستیک، علائم فشاری به دلیل وجود ساختار کیستیک آنها نادر است (۱۷). شایع ترین علامت آنها درد قفسه سینه است. بیمار ما تظاهر غیر معمول دیسفاژی و درد مبهم قفسه سینه را نشان داد. تراتوم ها پس از تیموما دومین

خلفی با چسبندگی به ریه، پلور و عناصر حیاتی مدیاستن خلفی دیده شد که رزکسیون تومور با حفظ عناصر مدیاستن انجام شد (شکل ۴) و در بررسی پاتولوژی تراتوم کیستیک بالغ گزارش شد. علائم بیمار پس از عمل از بین رفت و در پیگیری ۳۰ ماهه هیچ مشکلی نداشت (شکل ۳).



شکل ۳: جدار کیستیک با پوشش اسکوآموس همراه با عناصر غضروفی و سباسئوس



شکل ۴: توده کیستیک بزرگ مدیاستن قدامی با کلسیفیکاسیون پراکنده حاشیه کیست

تومور شایع مدیاستن قدامی هستند (۱۹). گرچه تراتوم های بالغ از علل شایع تومورهای مدیاستن قدامی هستند، آنها به ندرت در سایر قسمت های مدیاستن ایجاد می شوند (۳). تغییر شکل بد خیمی در یک تراتوم بزرگ مدیاستن نیست (۲). یک توده کشف شده در مدیاستن قدامی در تصویربرداری قفسه سینه که دارای نواحی کلسیفیه و حدود صافی است شباهت زیادی به تراتوم دارد (۱۹،۲۱). تراتوم مدیاستن خلفی یافته ای نادر است که می تواند اشکال تشخیصی ایجاد کند، بدون یافته های رادیولوژیک تیپیک یا آگاهی از تراتوم مدیاستن خلفی تشخیص صحیح قبل از عمل مشکل است پس تراتوم باید در تشخیص افتراقی تومور مدیاستن خلفی مورد توجه قرار گیرد (۴). ویژگی منحصر به فرد در نمونه ما شناور بودن چندین جسم کروی در یک کیست بزرگ بود که باعث شد اکتینوکوکوس ریوی به عنوان تشخیص افتراقی مطرح شود و این ویژگی در بررسی مقالات تنها در یک مورد توسط چن^۱ گزارش شد. هر چند کلسیفیکاسیون جدار کیست هیداتید در ریه بسیار نادر است (۲۲).

یک کیست هیداتید شاخص، اغلب به عنوان یک توده داخل ریوی اتفاق می افتد و در کمتر از ۱/۲ در مدیاستن بروز پیدا می کند (۲۳).

CT اسکن قفسه سینه تظاهرات ساختاری و میزان تهاجم به بافت های مجاور را تعیین می کند، با استفاده از مواد حاجب می توان بین توده و ساختار عروقی افتراق گذاشت (۲۴). هم گونی، چگالی، حدود، سایز و محل دقیق توده مدیاستن می تواند به تفصیل تعیین شود (۲۵).

درمان جراحی تنها درمان قطعی و قابل قبول برای بیماران نشان دار و بدون علامت برای پرهیز از عوارض است. هر چند رزکسیون ناقص تومورها نیز علائم را از بین برده و به ندرت عود دیده می شود.

1. Chen

References

1. Aarwal G, K Kar D. Teratoma of the anterior mediastinum presenting as a cystic neck mass: a case report. *J Med case report*, 2008, 2:23-27
2. Allen MS. Presentation and management of benign mediastinal teratomas. *Chest Surg Clin N Am* 2002;12(4):659-64.
3. Kao H, Hsu H, Chen J, Cheng M, Huang G. Imaging Characteristics of a Mature Posterior-mediastinal Teratoma. *J Med Sci* 2009;29(2); 81-83.
4. Ogata S, Okusa Y, Ogawa T, Ogawa T, Inoue K, Ozeki Y. Mature cystic teratoma in the posterior mediastinum. *Can J Surg* 2009; 52(3):E73-E74.
5. Golash V. A giant anterior mediastinal teratoma presenting as orthopnea and dysphagia in an adult. *J Thorac Cardiovasc Surge* 2005;130:612-613.
6. Yetkin U, Orgencalli A, Yuncu G, Gurbuz A. Large Mediastinal Teratoma Originating from the Aortic Adventitia. *Tex Heart Inst J*, 2004;31(3):309-312.
7. Moeller KH, Rosado-de-christenson ML, Templeton PA. Mediastinal mature teratoma: imaging features, *Am J Roentgenol* 1997;169:985-990.
8. Rosado-de-Christenson ML, Templeton PA, Moran CA. Mediastinal germ cell tumors : radiologic and pathologic correlation . *Radiographics* 1992;12:1013-1030.
9. Kurosaki Y, Tanaka YO, Itai Y. Mature teratoma of the posterior mediastinum. *Eur Radiol* 1998;8:100-102.
10. Mcleod NP, Vallely PM, Mathur NM. Massive Immature Mediastinal Teratoma Extending into the Left Pleural Cavity. *Heart, Lung and Circulation*. 2005;14:45-47.
11. Arai K S, Ohta M, Suzuki and H. Suzuki, Primary immature mediastinal teratoma in adulthood, *Eur J Surg Oncol* 1997;23:64-67.
12. Marina NM, Cushing B, Giller R, Cohen L, Lauer SJ, Ablin A, et al. Complete surgical excision is effective treatment for children with immature teratomas with or without malignant elements: a pediatric oncology group/Children's Cancer Group Intergroup Study, *J Clin Oncol* 1999;17:2137-2143.
13. Col C. Immature teratoma in both mediastinum and liver of a 21-year-old female patient, *Acta Med Aust* 2003;30:26-28.
14. Wongsangiem M, Tangthangtham A. Primary tumors of the mediastinum: 190 cases analysis (1975-1995). *J Med Assoc Thai* 1996;79:689-697.
15. Takeda S, Miyoshi S, Ohta M, Minami M, Masaoka A, Matsuda H. Primary germ cell tumors in the mediastinum: a 50-year experience at a single Japanese institution. *Cancer* 2003;97(2):367-376.
16. Davis RD Jr, Oldham HN Jr, Sabiston DC Jr. Primary cysts and neoplasms of the mediastinum: recent changes in clinical presentation, methods of diagnosis, management, and results. *Ann Thorac Surg* 1987;44:229-237.
17. Mullen B, Richardson JD. Primary anterior mediastinal tumors in children and adults. *Ann Thorac Surg* 1986;42: 338-45.
18. Suhler EB, Chan CC, Caruso RC, Schrupp DS, Thirkill C, Smith JA, et al. Presumed teratoma-associated paraneoplastic retinopathy. *Arch Ophthalmol* 2003;121(1):133-137.
19. Jeung MY, Gasser B, Gangi A, Bogorin A, Charneau D, Wihlm JM, et al. Imaging of cystic masses of the mediastinum. *Radiographics* 2002;22: 79-93.
20. Comiter CV, Kibel AS, Richie JP, Nucci MR, Renshaw AA. Prognostic features of teratomas with malignant transformation: a

- clinicopathological study of 21 cases. J Urol 1998;159:859-863.
21. Wu TT, Wang HC, Chang YC, Lee YC, Chang YL, Yang PC. Mature mediastinal teratoma: sonographic imaging patterns and pathologic correlation. J Ultrasound Med 2002; 21(7):759-765.
 22. Chen C, Zheng H, Jiang S. An unusual case of giant mediastinal teratoma with malignant transformation. Ann Thorac Surg; 2008;86:302-304.
 23. Zidi A, Zannad-Hantous S, Mestiri I, Ghrairi H, Baccouche I, Djilani H, et al. Hydatid cyst of the mediastinum: 14 case reports J Radiol 2006;87:1869-1874.
 24. Strollo DC, Rosado de Christenson ML, Jett JR. Primary mediastinal tumors. Part 1: tumors of the anterior mediastinum. Chest 1997;112:511-22.
 25. Cheung YC, Ng SH, Wan YL, Pan KT. Ruptured mediastinal cystic teratoma with intrapulmonary bronchial invasion: CT demonstration. Br J Radiol.2001;74(888):1148-1149.