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[1]، اصغر عالیه پور[2]، سپیده وهابی[3]، آرام طولابی[4]، ناهید حسینی نژادمیر[4]، معصومه میثمی[5]

۱- گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ، خرم‌آباد، 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 اکتوپیکی هستند که از ۳-۲ 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، رتروپریتوئن و ناحیه ساکروکوکسیژئال 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 درآن 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 نتیجه‌گیری:** 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.

* **واژه‌های کلیدی:** تراتوم ، تومور مدیاستن.

آدرس مکاتبه: خرم‌آباد، بیمارستان شهدای عشایر
پست الکترونیک: Dr_ts_ahmadinejad @yahoo.com

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-10-15]

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 طورشایع در تخمدان‌ها، بیضه‌ها، رترو پریتوئن وناحیه ساکرو کوکسیژئال اتفاق می‌افتد(۱) .فقط ۳٪ تومورهای سلول زایا در مدیاستن رخ می‌دهند(۳). آنها معمولا 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٪ تراتوم های 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

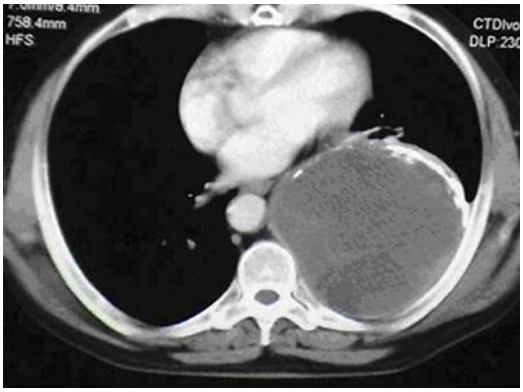
مورد اول: آقای۶۵ ساله که با شکایت درد قفسه سینه و دیسفاژی و تنگی نفس مراجعه نموده است که بیمار از درد رترواسترنال که به ناحیه بین دو کتف انتشار یافته ، شاکی بود. بیمار سابقه مصرف سیگار به میزان pack/year ۴۰ را نیز می‌دهد. در معاینه: در سمع ریه ها کاهش صدای سمت چپ همراه با ویزینگ خفیف داشت .

علایم حیاتی (BP:120/80, PR:86, RR:16) در محدوده نرمال بوده و CXR توده ای در لوب تحتانی ریه چپ مشاهده شدشکل (۱).

شکل ۱-نمای رخ ونیم رخ گرافی صدری که توده ای را در لوب تحتانی نشان می دهد

در CT اسکن توده کیستیک بسیار بزرگ مدیاستن خلفی با تشخیص اولیه کیست هیداتید گزارش شد(شکل۲).

تصویر۲ 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.



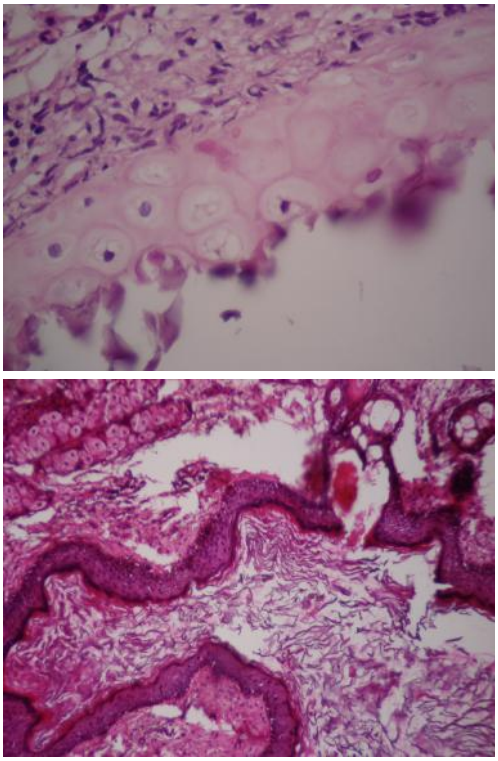
شکل ۲-توده کیستیک با کلسیفیکاسیون پراکنده جدارحاوی کیست های کوچک مقلد کیست

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

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

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-10-15]

خلفی با چسبندگی به ریه، پلـور و عناصـر حیـاتی مدیاسـتن خلفـی دیده شد که رزکسیون تومور با حفـظ عناصـر مدیاسـتن انجـام شـد (شکل ۴) و در بررسی پاتولوژی تراتوم کیستیک بـالغ گـزارش شـد. علایم بیمار پس از عمل از بـین رفـت و در پیگیـری ۳۰ ماهـه هـیچ مشکلی نداشت(شکل ۳).



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

شکل۴: توده کیستیک بزرگ مدیاستن قدامی با کلسیفیکاسیون پراکنده حاشیه کیست

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 هیچ‌گونه 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 نتیجه‌گیری

اکثریت تراتوم های خوش‌خیم در مدیاستن قدامی نزدیـک بـه تیموس مشاهده شده و به ندرت در مدیاستن خلفی بـوده انـد(۷،۸). تراتـوم هـا در مدیاسـتن خلفـی بـه طـور بـالینی مکـرراً و مشخـصاً ساختمان های اطراف را درگیر می کند کـه نیـاز بـه ارزیـابی قبـل از عمل دارد(۹). پروگنوز بیماران با تراتوم نابـالغ کـه سـن بـیش از ۱۵ سال دارند در صورتی که پس از دریافت کموتراپی ، رزکسیون کامـل صورت گرفته باشد، به خوبی بیماران با تراتوم بالغ است (۱۰).

در حالیکه رزکشن جراحی کامل تراتوم نابالغ در بیماران بـالای ۱۵ سال واضح است، نیاز به کمـوتراپی در ایـن بیمـاران بـستگی بـه وجود مارکرهای افزایش یافته و میزان جزء نابـالغ دارد(۱۱). پروگنـوز در بیماران با تراتـوم نابـالغ بـستگی بـه ترکیبـی از فاکتورهـا شـامل رزکسیون جراحی کامل ، سن، محل آناتومیک تومور و مقدار عناصـر نابالغ تومور دارد (۱۲،۱۳).

اغلب تراتومهای مدیاستن خوش‌خـیم و معمـولاً باعـث ایجـاد علایم موضعی نمی‌شـوند. در بزرگـسالان، ۲/۳ مـوارد بـدون علامـت هستند(۱۷-۱۴) و بنابراین، این تومورها تمایل بـه تـشخیص اتفـاقی در تصویربرداری قفسه سینه دارند(۶). علت ایجاد علایـم مـی‌توانـد فشار، تهاجم به سـاختمان‌هـای مجـاور در داخـل قفـسه سـینه یـا سندرم‌های گوناگون همراه با آن باشد(۱۵،۱۸).

بر خلاف بزرگی نسبی تراتومهای کیستیک، علائم فـشاری بـه دلیل وجود ساختار کیستیک آنها نادر است(۱۷). شایع‌تـرین علامـت آنها درد قفسه سینه است. بیمـار مـا تظـاهر غیرمعمـول دیـسفاژی و درد مبهم قفسه سینه را نشان داد. تراتومهـا پـس از تیمومـا دومـین

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-10-15]

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 می‌شوند(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 یافته‌ای نادر است که می‌تواند اشکال تشخیصی ایجاد کند، بدون یافته‌های 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 اکینوکوکوس ریوی به عنوان تشخیص افتراقی مطرح شود و این ویژگی در بررسی مقالات تنها در یک مورد توسط چن[1] 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 می‌کند(۲۳).

CT اسکن قفسه سینه تظاهرات ساختاری و میزان تهاجم به بافت‌های مجاور را تعیین می‌کند، با استفاده ازمواد حاجب می‌توان بین توده و ساختار عروقی افتراق گذاشت(۲۴) . هم‌گونی، چگالی، حدود، سایز و محل دقیق توده مدیاستن می‌تواند 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 علایم را از بین برده و به ندرت عود دیده می‌شود.

1. Chen

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-10-15]

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 TInoue 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 : radiolojic 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, Schrump 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

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-10-15]

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.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-10-15]