

تراتوم بسیار بزرگ نازوفارنکس

حسین آذرسینا، محمد اجل لوئیان*، نفیسه کاشانی زاده**

چکیده

مقدمه: تراتوم نارس مادرزادی نازوفارنکس یک شکل بسیار نادر تراتوم خارج گونادی است. **گزارش مورد:** در این مقاله، درمان یک نوزاد با تراتوم نازوفارنکس که تحت عمل جراحی جداسازی تومور قرار گرفته است، گزارش می شود. تومور که با منشا نازوفارنکس بود، تمام فضای دهان را پر کرده و از دهان به خارج نفوذ کرده بود طوری که بخش بیرونی آن معادل اندازه سر نوزاد بود. نوزاد در شرایطی می توانست تنفس کند که سر و تومور را به سمت چپ می گردانیدیم. **نتیجه گیری:** به منظور درمان ایمن و کم خطر اینگونه بیماران، بررسیهای قبل از تولد، ارزیابی دقیق اداره راه هوایی قبل از عمل، آماده سازی کافی و لوله گذاری تراشه توسط فرد ماهر و با تجربه ضروری هستند. خونریزی حین عمل و انسداد راه هوایی توسط تومور یا باقیمانده آن می توانند اداره بیمار را با خطر مواجه کنند. **واژه های کلیدی:** تراتوم، نوزاد، نازوفارنکس

مقدمه

تراتومها شایعترین تومورهای دوره کودکی با منشا سلول جنسی خارج گونادی هستند که از بافتهای با منشا حداقل دو لایه از سه لایه سلول جنسی تشکیل شده اند (۱). این تومورها تقریباً در همه نواحی بدن و در هر عضوی می توانند دیده شوند، ولی بیشترین محل بروز آنها در نواحی میانی و موازی ستون فقرات (Paraxial) بوده و در یک مورد از هر چهل هزار تولد در سر و گردن بروز می کنند (۲،۱). تراتومهای دوره شیرخوارگی و ابتدای کودکی اغلب خارج گونادی و در سنین بالاتر کودکی و بالغین، گونادی هستند. شایعترین محل بروز تراتومها در نوزادان ناحیه sacrococcygeal و presacral است (۳-۶). تراتوم نازوفارنکس، یک تومور بسیار نادر فضای دهان است و از اکتودرم، مزودرم و آندودرم با تمایز به بافتها و اعضای مشخص تشکیل شده است (۷،۹-۳). در این مقاله، درمان یک نوزاد با تراتوم نازوفارنکس که تحت

عمل جراحی جداسازی تومور قرار گرفته است، گزارش می شود.

گزارش بیمار

یک نوزاد دختر یک روزه با یک توده بسیار بزرگ که از دهانش آویزان بود با بخش گوش، گلو و بینی مشاوره شده بود. او از طریق زایمان طبیعی مادر ۲۷ ساله حاملگی اول ۳۹ هفته با آپگار ۹ در دقیق ۱ و ۵ در بیمارستان بقیه الله اواخر سال ۱۳۸۳ به دنیا آمده بود. در هفته ۳۵ حاملگی سونوگرافی انجام شده بود. سونوگرافی این توده را نشان نداد. در معاینه بالینی یک نوزاد طبیعی با وزن ۱۹۰۰ گرم بود به استثنای یک توده بزرگ به ابعاد ۱۵،۱۰ و ۵/۵ سانتیمتر که توسط یک پایه به نازوفارنکس متصل بود (شکل ۱). ضایعات مادرزادی دیگر بجز شکاف کام در نوزاد مشاهده نشد. تاریخچه فامیلی بجز یک مورد شکاف کام در بستگان پدرش نیز منفی بود و پدر و مادر نیز سالم بودند. α _fetoprotein سرم مادر

کچ نویسنده مسئول: استادیار دپارتمان بیهوشی، بیمارستان بقیه الله (عج)، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)

* استاد بخش گوش و حلق و بینی، بیمارستان بقیه الله (عج)، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)

** استادیار بخش زنان و مامایی، بیمارستان بقیه الله (عج)، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)

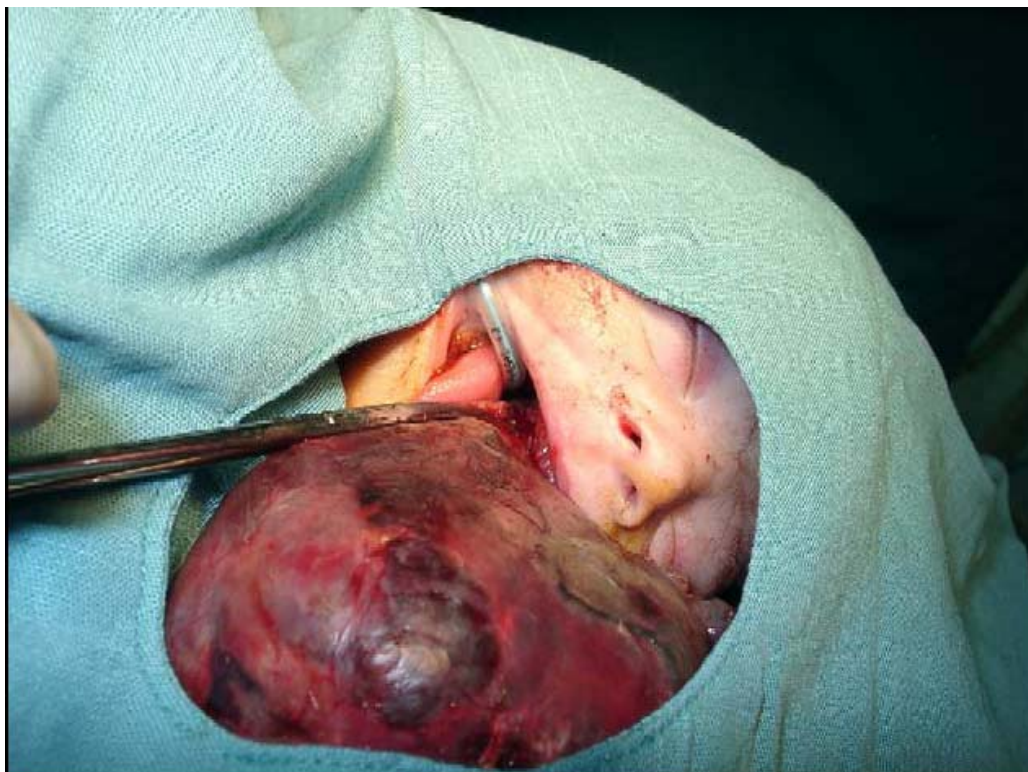


شکل شماره ۱

بررسی هیستوپاتولوژی خصوصیات بارز ترانوم را نشان داد که متشکل از مشتقات سه لایه جنینی شامل اجزای تمایز یافته مثل استخوان، غضروف، دندان جنینی، کبد، پانکراس، پوست و مغز بود. علاوه بر این اجزای متعدد کمتر تمایز یافته ای از ساختمان های اپیتلیال مشاهده شد که در برگرنده اپیتلیوم تنفسی و روده ای و اجزای مزانشیمی مثل عضلات صاف و قلبی و شبکه عروقی بود. اجزای نابالغ نورو-اکتودرمی و مزانشیمی پخش ناچیزی از تومور را تشکیل می دادند. علایمی از کارسینوم جنینی دیده نشد. بیمار هر دو هفته یک بار تا شش ماهگی ویزیت می شد و در سن چهار و نیم ماهگی تحت عمل جراحی به منظور قطع باقیمانده تومور قرار گرفت. در سن ۱۸ ماهگی نیز جهت ترمیم شکاف کام مورد عمل جراحی قرار گرفت. علایمی از عود تومور مشاهده نشد.

۱۳۶۵ IU/ml بود.

نوزاد روز دوم تولد جهت برداشتن تومور در لیست عمل جراحی قرار گرفت. تهویه با ماسک امکان پذیر نبود. قبل از بیهوشی اقدام به لوله گذاری بیدار تراشه کردیم که ناموفق بود. برونکوسکوپ قابل انعطاف نیز در اختیار نبود. به کمک لارنگوسکوپ آویز اطفال یک میله فلزی نرم را وارد تراشه نموده و لوله تراشه با قطر داخلی شماره ۴ فرنچ را حول آن در تراشه قرار دادیم. سپس بیهوشی استنشاقی را شروع کردیم. در ضمن میز تراکیوتومی را در صورت عدم موفقیت در لوله گذاری تراشه، آماده کردیم. عمل جراحی فقط محدود به قطع تومور از پایه و هموستاز بود. میزان خونریزی حدود ۲۰ میلی لیتر بود. لوله تراشه دو ساعت بعد از عمل از تراشه خارج شد. دوره بستری نوزاد در بیمارستان به علت آسپیراسیون ریوی مقداری طولانی شد (شکل ۳،۲).



شکل شماره ۲



شکل شماره ۳

بحث

تراتوم‌های نارس حاوی اجزای بدخیم که نیاز به درمان‌های تکمیلی تهاجمی دارند، باید از تراتوم‌های نارس دارای نورو-اندوتلیوم افتراق داده شوند، زیرا دسته دوم به کمک جراحی به‌تنهایی قابل درمان هستند. در این بیمار هر سه لایه جنینی دیده شدند. مادر نوزاد یک خانم ۲۷ ساله خانه دار با تاریخچه قاعدگی و حاملگی طبیعی بود. او با همسرش رابطه فامیلی نسبی نیز نداشت. سابقه فشارخون حاملگی و مسمومیت حاملگی منفی بود. مادر داروهایی از جمله استروئید، آرامبخش یا اکسی‌توسین در طول حاملگی مصرف نمی‌کرد. او فقط کوآموکسیکلاو و سفکسیم جهت درمان عفونت ادراری در سه ماهه آخر حاملگی استفاده کرده بود. بسیاری از تراتوم‌های خارج گونادی شامل انواع مربوط به سر و گردن، در دوره کودکی بروز می‌کنند، ولی فقط کمتر از ۵ درصد سرطانه‌ای اطفال را شامل می‌شوند (۵). بیشتر آنها در ستون مهره‌ها، سر و گردن دیده می‌شوند بر خلاف تراتوم‌های بالغین که اغلب گونادی هستند (۳-۶). از تراتوم‌هایی که در دو ماه اول بعد از تولد دیده می‌شوند، ۸۲ درصد از نوع sacrococcygeal هستند (۴-۶). ناحیه سر و گردن دومین محل شایع تراتوم‌ها در ابتدای شیرخوارگی در بر گیرنده ۵ تا ۱۴ درصد بیماران است (۴،۳). تراتوم‌های sacrococcygeal در دختران با برتری حدود ۸۷ درصد دیده می‌شوند در حالی که تراتوم‌های craniofacial در پسران به دختران نسبت ۱ به ۱ تا ۲ به ۱ دارند (۴،۳). تراتوم‌های گردنی که معمولاً دارای اندازه‌های حجیم هستند، زمان تولد بروز می‌کنند و در کودکان بالای یک سال سن نادرند (۱۰). تومور این بیمار بسیار بزرگ بوده و به موازات شکاف کام به بیرون از دهان سرایت کرده بود، همانند بیماری که توسط Uchida و همکارانش معرفی شده است (۱۱).

به کمک سونوگرافی بعضی از این تومورها را می‌توان قبل از تولد تشخیص داد (۱۰). تشخیص قبل از تولد به زایمان بی‌خطر و حفظ راه هوایی و مراقبت بعد از تولد کمک اساسی خواهد نمود. McMahan et al اداره پس از تولد یک مورد تراتوم داخل دهانی و داخل فارنکس را که به زبان اتصال وسیعی داشت، گزارش

نموده‌اند (۱۲). پولی‌هیدرامنیوز (با تداخل در بلع جنین)، جنین مرده و درد زایمان زودرس از عوارض شایع همراه بیماری هستند و برخی جنینها ممکن است زمان تولد بزرگتر از اندازه متعارف باشند (۱۰). متاسفانه، سونوگرافی در هفته ۳۵ حاملگی این توده را نشان نداد و تاریخچه بیمار در رابطه با پولی‌هیدرامنیوز منفی بود. تراتوم‌ها دارای مشخصه‌های بافت شناسی ناهمگن هستند. تراتوم‌های بالغ حاوی همه انواع بافتهای بالغین با درجات مختلفی از تمایز به ارگانها هستند در حالی که انواع نارس ممکن است به بافتهای رویانی یا غیر رویانی در دوره جنینی تبدیل شوند. حدود ۹۰ درصد تراتوم‌های کودکان دربرگیرنده مشتقاتی از هر سه لایه زایای جنینی هستند (۳). تقریباً ۲۰ تا ۴۰ درصد تراتوم‌های کودکان شامل مقداری بافتهای نارس هستند (۱۳،۴). در کودکان ۷۵ تا ۸۵ درصد تراتوم‌های سر و گردن حاوی اجزای نورو-اکتودرم (نارس و بالغ) مانند این بیمار و برخی بیماران که گزارش شده‌اند (۱۳،۴،۱۵).

حدود ۸۰ درصد تراتوم‌ها، خوش‌خیم هستند (۲). بیمار مزبور هیچ علامت هیستولوژیک بدخیمی نداشت. تراتوم‌های خوش‌خیم ممکن است دارای بافتهای بالغ یا نارس (تا ۵۰ درصد موارد) باشند. تراتوم‌های بدخیم خارج گونادی در بالغین و کودکان بزرگتر دیده می‌شوند ولی مواردی از تراتوم‌های بدخیم در نوزادان گزارش شده است (۱۰،۴).

درمان مناسب برای تراتوم‌های سر و گردن، جراحی است. جراحی ارزش درمانی داشته و عود ضایعه نادر است (۱۶). وقتی که یک نوزاد از مشکل تنفسی رنج می‌برد، اولین اقدام تأمین راه هوایی مناسب است (۱). پیش‌آگهی بستگی به سن بیمار، قابل جراحی بودن تومور و احتمال متاستاز دارد (۲).

میزان بالای مرگ و میر بالغین ناشی از شیوع زیاد تغییر شکل آنها به انواع بدخیم است. در عوض مرگ و میر نوزادان به علت مشکلات تنفسی ناشی از اندازه و جای تومور می‌باشد (۱).

هدف از معرفی این مورد بسیار نادر، تأکید بر نقش ارزیابی قبل از تولد به منظور انتخاب روش مناسب زایمان، اقدام سریع جهت حفظ راه هوایی و کاهش عوارض است.

Teratoma of the tongue: a case report and literature review. *Laryngoscope* 1985; 95:1262- 3.

8. Donegan OJ. Congenital neck masses. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, et al, editors. *Otolaryngology head and neck surgery*. 2nd ed. St Louis (Mo) 7 Mosby; 1993. p. 1554- 65.

9. Uchida K, Urata H, Suzuki H. Teratoma of the tongue in neonates: report of a case and review of the literature. *Pediatr Surg Int* 1998; 14: 79- 81.

10. McMahon MJ, Chescheir NC, Kuller JA, et al. Perinatal management of a lingual teratoma. *Obstet Gynecol* 1996; 87:848 - 51.

11. Isaacs H. Perinatal (congenital and neonatal) neoplasms: a report of 110 cases. *Pediatr Pathol* 1985; 3:165 - 216.

12. Shaari CM, Ho BT, Shah K, et al. Lingual dermoid cyst. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 112:476 - 8.

13. Rodin AE, Singla P. Teratomas of the tongue present at birth. *Pediatr Pathol* 1985; 3:291 - 8.

14. Lalwani AK, Engel TL. Teratoma of the tongue: a case report and literature review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1992; 24:261 -8.

References

1. Smith RJH, Robinson RA. Head and neck malignancies. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, et al, editors.

Otolaryngology head and neck surgery. 3rd ed. St Louis (Mo)7 Mosby; 1998. p. 229- 47. 165

2. Azizkhan RG, Caty MG. Teratomas in childhood. *Curr Opin Pediatr* 1996; 8:287- 92. [3] Tapper D, Lack EE. Teratomas in infancy and childhood. *Ann Surg* 1984; 198:398- 409.

3. Bale PM, Painter DM, Cohen D. Teratomas in childhood. *Pathology* 1975; 7:209- 18. [5] Billmire DF, Grosfeld JL. Teratomas in childhood: analysis of 142 cases. *J Pediatr Surg* 1986; 21:548 - 51.

4. Grosfeld JL, Ballantine TVN, Lowe D, et al. Benign and malignant teratomas in children: analysis of 85 patients. *Surgery* 1976; 80: 297- 305.

5. Shaari CM, Ho BT, Shah K, et al. Lingual dermoid cyst. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 112:476 - 8.

6. Batsakis JG, El Naggat AK, Hicks MJ. Epithelial choristomas and teratomas of the tongue. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1993; 102:567- 9.

7. Antoine GA, White JD, Heffner DK, et al.