

گزارش یک مورد بسیار نادر

فک فوقانی حاوی پنج دندان رسیده در کیست درموئید تخمدان

سهیل قناد نشری^{۱*} (M.D)، افشین مرادی^۲ (M.D)

۱- دانشگاه علوم پزشکی سمنان، بیمارستان امداد شهید معیری، بخش رادیولوژی

۲- دانشگاه علوم پزشکی سمنان، بخش پاتولوژی

چکیده

وجود دندان در کیست درموئید به فراوانی گزارش شده است. ما در این گزارش یکی از نادرترین موارد کیست تخمدان را که داخل آن یک عدد ساختمان کاملاً مشخص فک، که حاوی پنج دندان رسیده می‌باشد معرفی می‌نماییم. به نظر می‌رسد این مورد یکی از نادرترین و شاید تنها مورد گزارش شده مربوط به این درجه از تمایز در کیست درموئید می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: تخمدان، تراتوم، درموئید، تمایز، فک فوقانی، دندان

مقدمه

تراتوم کیستیک رسیده تخمدان که توموری با منشاء سلول‌های زاینده تخمدان می‌باشد، بیش از ۲۰٪ تمام تئوپلازی‌های تخمدانی را شامل می‌شود [۶]. این تومور شایع‌ترین تومور تخمدانی اطفال مونث و زنان در سال‌های اول دوران باروری می‌باشد [۶، ۱]. حدود یک سوم این تومورها حاوی دندان می‌باشند [۱، ۱۰]. اگرچه مثال‌های زیادی از وجود دندان در تراتوم‌ها ملاحظه می‌شود، میزان واقعی تمایز اجزی زاینده جنین در این تومور گزارش نشده است [۵، ۸، ۹، ۱۱]. علی‌رغم جستجوی وسیع در منابع و مقالات پزشکی ما هیچ مورد دیگری از تراتوم با این مقدار تمایز را ملاحظه نکردیم و به نظر می‌رسد این مورد از اولین یا نادرترین گزارش‌های تاریخ بررسی‌های پزشکی در این مورد می‌باشد.

خاص به علت درد مزمن و پیش رونده شکم در ناحیه تحتانی و احساس فشار و سنگینی در شکم و لگن، به درمانگاه زنان مراجعه نمود. مشکل بیمار از پنج ماه قبل تشدید شده بود. بیمار سابقه هرگونه ضربه به شکم را انکار می‌کرد. سیکل‌های قاعدگی بیمار طبیعی و منظم بوده و شکایات بیمار در مراحل مختلف دوران پریرود ماهانه، تغییری نشان نمی‌داد. در معاینه بالینی علایم حیاتی طبیعی بوده، بیمار کاملاً هوشیار بود و به سوالات به خوبی پاسخ می‌داد و تنها از درد و سنگینی مبهم شکم شکایت مختصری داشت. در معاینه شکم یک توده سفت و بدون درد و به قطر تقریبی ۱۹cm در قسمت تحتانی شکم در اطراف خط وسط قابل لمس بود.

یافته‌ها

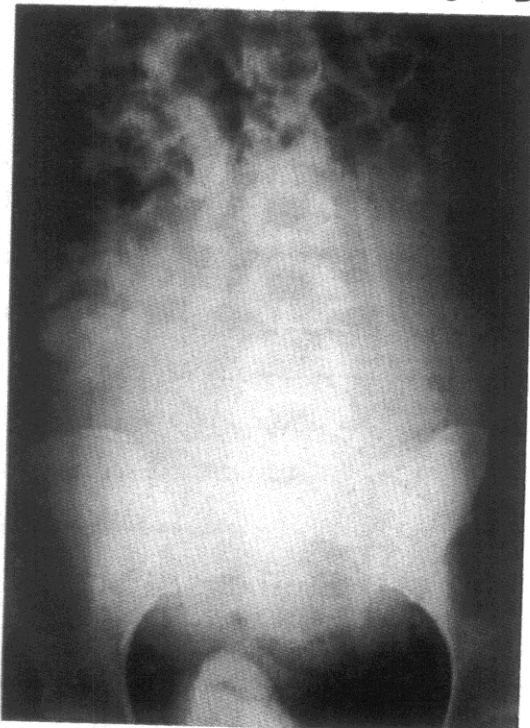
۱- یافته‌های رادیولوژیک و تصویری.

(الف) در سونوگرافی شکم و لگن، توده حجیم، ارجحاً سیستیک در حفره شکم و لگن با جدار منظم

گزارش مورد

خانم ۱۷ ساله مجرد، باکره و بدون سابقه پزشکی

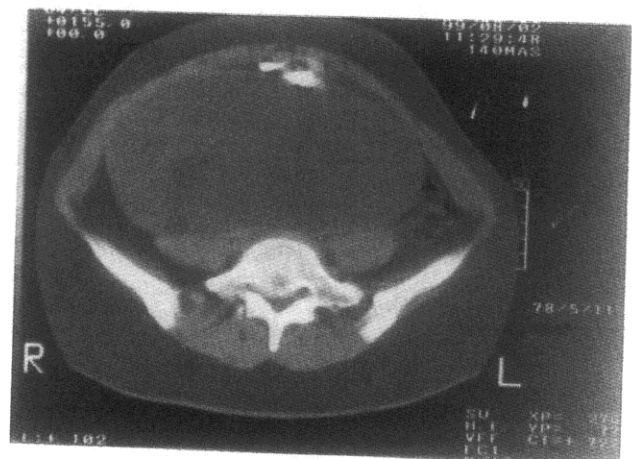
ج) در سی تی اسکن شکم و لگن با ماده حاجب خوراکی و ویدی، تصویر توده کیستیک بزرگ به ابعاد $12 \times 18 \times 18$ سانتیمتر با خاستگاه آدنکس (تخمدان) راست در حفره شکم و لگن رویت شد. جدار کیست کاملاً منظم، نازک و کیسول دار بوده، علایمی از انفیلتراسیون اجزا مجاور رویت نمی‌گردد. تصویر ناحیه برجسته در قدام کیست و در خط وسط کاملاً مجاور و خلف عضلات جدار شکم و لگن رویت می‌گردد. این ناحیه شامل یک دانسیته توبولار استخوانی با انتهای چماقی و به عرض تقریبی ۵cm می‌باشد. به همراه این دانسیته حداقل چهار تصویر دندان نیز رویت می‌گردد. دانسیته متری استخوان و دندان‌ها اعدای بین ۷۰۰ تا ۹۰۰ واحد هانسفیلد را مشخص می‌نماید. چربی پراکنده نیز در همین ناحیه رویت می‌گردد. این مجموعه بطور کاملاً شاخص مطرح کننده درموئید پلاگ یا Rokitansky Protuberance در کیست درموئید تخمدان می‌باشد. اثر فشاری توده بر قوس‌های روده در سی تی اسکن ملاحظه می‌شود (شکل ۲ و ۳).



شکل ۲. کیست حجیم در حفره لگن در سی تی اسکن. ملاحظه می‌گردد که دارای جدار منظم بوده، اثر فشاری بر کولون نزولی مشهود است. برجستگی قدامی کیست در خط وسط شامل چربی و سه عدد دانسیته استخوانی دندان رویت می‌گردد.

و به قطر تقریبی ۱۷cm قابل رویت بود. محتوی کیست به جز در ناحیه‌ای در قدام و به قطر تقریبی ۴cm که هیپراکوژنیک و حاوی سایه خلفی بود، اکوفری و مشابه آب بود خاستگاه قطعی کیست مشخص نبوده ولی از آنجا که انتهای تحتانی کیست در نیمه راست حفره لگن تدریجاً باریک شده بود منشاء احتمالی تخمدان راست جهت کیست مطرح شد.

ب) در گرافی ساده شکم که بعد از سی تی اسکن تهیه گردید (و به همین دلیل کنتراست خوراکی در روده‌ها و کنتراست ویدی در سیستم جمع آور دستگاه ادراری رویت می‌گردد) تصویر دانسیته حجیم نسج نرم در قسمت تحتانی شکم و حفره لگن جلب نظر می‌کند. اثر فشاری این توده بر حالب راست (و هیدرونفرواورتر با شدت متوسط حاصل از آن) و همچنین گنبد مثانه قابل رویت است. دو دانسیته مشکوک به دندان، منطبق بر نیمه چپ مهره L۵ رویت می‌شوند. همچنین دانسیته استخوانی هلالی و نازک با تحدب به سمت چپ در محاذات کناره چپ مهره L۵ قابل رویت است (شکل ۱).

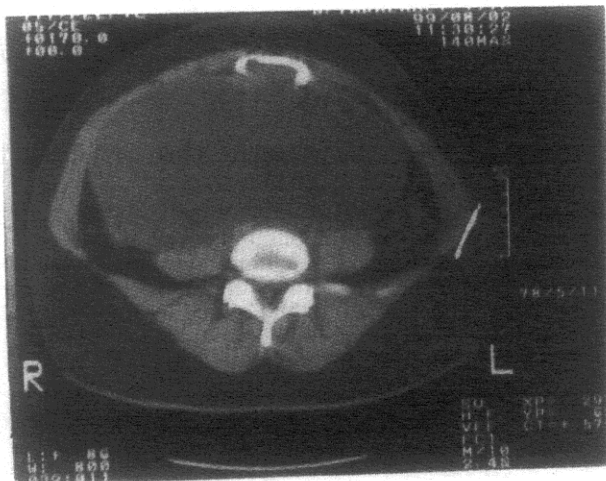


شکل ۱. گرافی ساده شکم پس از سی تی اسکن: دانسیته نسج نرم شکمی و لگنی به همراه هیدرونفرواورتر در سمت راست و اثر فشاری بر گنبد مثانه که می‌تواند ناشی از اثر فشاری همراه رحم نیز باشد. تصویر دانسیته‌های دندان (۲ عدد) روی نیمه چپ L۵ و همین‌طور دانسیته هلالی استخوان در محاذات کناره چپ مهره L۵ رویت می‌شود.

حداکثر قطر ۳cm دیده می‌شد. محتویات کیست شامل مواد کرمی زرد رنگ همراه با کلافه‌های مو بود. پنج عدد دندان به ساختمان استخوانی شبیه فک متصل بودند.

(ب) ریز بینی: در جدار کیست بافت‌های رسیده و بالغ پوشش مطبق سنگفرشی کراتینزه، فولیکول مو، غدد سباسه، استخوان و دندان رویت شد. هیچ اثری از ساختمان‌های غیر رسیده رویت نگردید.

با توجه به یافته‌های تصویر و درشت بینی نمونه از کیست خارج شده که قبلاً توسط برش جراحی محتوی مایع آن تخلیه شده بود پرتونگاری با اشعه ایکس انجام شد (شکل ۴). ساختمان کاملاً مشخص و تکامل نیافته فک فوقانی در داخل آن رویت گردید که پنج دندان کاملاً مشخص به آن متصل بودند. تصویر چندین دانسیته پراکنده دیگر به شکل دندان با و بدون درجات مختلف استخوانی شدن نیز رویت گردد.



شکل ۳. در قسمت داخلی شکمی سیست در سی تی اسکن در یک مقطع بالاتر از شکل ۲، برجستگی قدامی کیست حاوی یک عدد دانسیته استخوانی است که به طور عرضی قرار گرفته و دو انتهای آن چماقی است که احتمالاً این چماقی شدن ناشی از اتصال دندان می‌باشد.

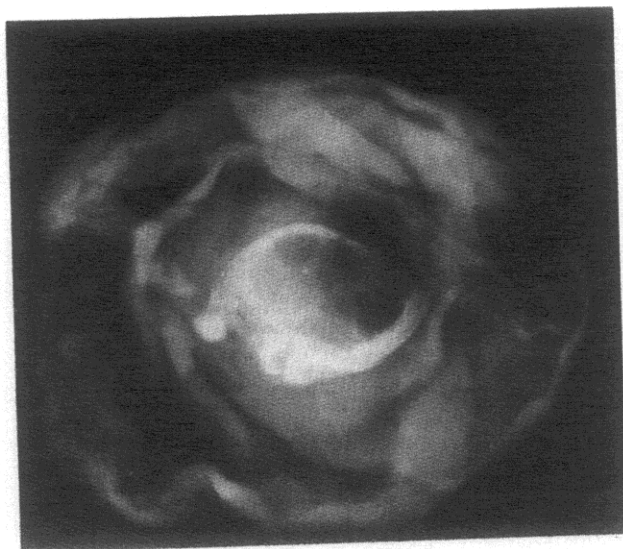
بیمار با تشخیص کیست درموئید تخمدان (راست) تحت عمل جراحی قرار گرفت. در جراحی، کیست و تخمدان مبتلا (راست) خارج گردیدند.

۲ - یافته‌های حین عمل.

یافته‌های حین عمل عبارت بودند از وجود توده کیستیک با قطر حدود ۱۹cm و با منشاء تخمدان راست حاوی یک ناحیه برجسته و سفت در قدام که به نظر قوام استخوانی داشت، چسبندگی اطراف وجود نداشت. تخمدان چپ به نظر طبیعی می‌رسد. پس از برش، توده مذکور حاوی حدود دو و نیم لیتر مایع سروزی زرد رنگ بوده و حاوی مواد چربی، کلافه‌های مو و چند عدد دندان بوده، ناحیه سفت استخوانی متصل به چند عدد دندان قابل تشخیص بود.

۳ - یافته‌های آسیب‌شناسی.

(الف) درشت بینی: نمونه دریافتی توده کروی، کیستیک و کپسول‌دار متصل به تخمدان راست بود که قطر تقریبی آن ۱۷ cm (کاهش قطر پس از برش بوده، قبلاً در اطاق عمل بوسیله برش شکافته شده و عمده محتویات آن خارج شده بود). سطح داخلی کیست صاف بوده و تعدادی توده پولیپوئید برجسته به داخل کیست با



شکل ۴. تصویربرداری رادیوگرافیک از کیست درموئید پس از خارج نمودن از شکم بیمار. ملاحظه می‌گردد که تصویر واضح فک به صورت تکامل نیافته در داخل کیست رویت می‌گردد که پنج دندان به آن متصل هستند.

بحث

تراتوم کیستیک به فراوانی مورد بررسی قرار گرفته و گزارش‌های متعددی از انواع مختلف آن به چاپ رسیده

و آمار فراوانی موجود است [۹،۶،۱] و پزشکان با چنین تصویری به فراوانی آشنا هستند، ولی هیچ گزارشی از میزان واقعی تمایز لایه های زاینده جنینی در این تومور ملاحظه نگردیده است [۱۱،۹،۸،۵،۱]. در موارد قبلی و محدودگزارش شده [۱۰،۹،۴،۳] نیز به هیچ وجه میزان تمایز لایه های زاینده قابل مقایسه با مورد گزارش شده ما نمی باشد.

مجموعاً می توان این طور نتیجه گیری نمود که مورد گزارش شده توسط بالاترین حد تمایز بافتی در تراتوم تخمدان را که تاکنون ثبت شده است مطرح نموده و از این نظر در نوع خود منحصر به فرد می باشد.

منابع

- [1] Anderson, M.C., Systemic pathology symmers, Vol. 6: female reproductive system, Third Edition, Curchil Livingstone, Philadelphia, 1991. p.31.
- [2] Boy, J.L., Ghossain, M.M. and Moss, A.A., Cystic teratoma of the ovary CT detection, Radiology, 25 (1989)171-197.
- [3] Cavenaile, C, Reed, J. and Fioritu, D., Ovarian teratoma with a high level of differentiation, South Med. J., 94 (2001) 522-523.
- [4] Daw, E.A., Mandible like structure in an ovarian dermoid cyst, Br. J. Clin. Pract., 25 (1971)1856.
- [5] Douglas, B.L., Displaced teeth, Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol., 74 (1992)124.
- [6] Ein, S.H., Darte, J.M.M. and Stephens, C.A., Cystic and solid ovarian teratomas in children, J. Pediat. Surg., 12 (1970) 148-156.
- [7] Herbts, A.L., Comprehensive gynecology, Third Edtion, CV Mosby CO., st. Lovis., 1992, pp:937-988.

است [۱۳ تا ۱۱]. تراتومها نیوپلاسمهای تخمدانی هستند که از منشاء سلولهای زاینده جنسی بوده و تحت عنوان رسیده، نارس و مونودرمال طبقه بندی می شوند [۶].

تراتوم رسیده که به عنوان تراتوم خوش خیم یا کیست درموئید نیز نامیده می شود ۹۶٪ همه تراتومها را شامل می شود [۷]. کاریوتیپ در همه کیستهای درموئید ۶۴xx بوده و برخاسته از تمایز اکتودرمال سلولهای توتی پتانسیل که از اولین تقسیم میوزی تخمک منشاء می گیرد [۶].

تراتومها اکثراً در دوران باروری مشاهده شده و حداکثر شیوع آنها در دهه دوم و سوم زندگی است [۸]. مثل نیوپلازیهای دیگر تخمدانی تراتومها معمولاً یا بدون علائم هستند و یا فقط علائم مبهم گوارشی واحساس سنگینی زیر شکم و لگن را ایجاد می نماید [۷]. مواردی از پیچ خوردگی و پارگی کیست درموئید که با علائم شکم حاد و پریتونیت ژنرالیزه همراه است نیز گزارش شده است [۷]. در بیمار گزارش شده درد و سنگینی به علت حجم زیاد و اثر فشاری و فضاگیر توده ایجاد گردیده بود و علائمی از پارگی، پیچ خوردگی یا نکروز در توده یا تخمدان موجود نبود. بعد از کشف توده تشخیص تراتوم تا حد زیادی بستگی به یافتن عناصر چربی، استخوان و دندان در بررسی های تصویری خواهد داشت [۱۲،۲]. یافته های که به نفع خوش خیمی هستند، سن (تراتوم در سن پایین شانس بیشتری از خوش خیمی را خواهد داشت) اندازه (تراتوم کوچکتر از ۱۵cm در اکثر موارد خوش خیم است)، سطح پایین تومور مارکرها (FP, (HCG, CA) [۵،۲،۱] و عدم وجود سلولهای زاینده تخمدانی دیگر (دیس ژرمینوم، کوریوکارسینوم، تومور سینوس آندودرمال) می باشد [۸]. در بیمار مورد بررسی علائمی به نفع بدخیمی موجود نبود. در ۲٪ بیماران که قبلاً جزء مبتلایان به فرم خوش خیم طبقه بندی شده باشند، دژنراسانس بدخیم ممکن است رخ دهد، منشاء این دژنراسانس معمولاً عناصر اسکواموس می باشد [۷]. اگر چه در مورد فراوانی وجود دندان رسیده یا نارس در تراتوم کیستیک گزارشات

- Med. 110 (1997) 1192-1194.
- [11] Pepe, S., Dermoid Cyst of Ovary, Eur. J. Gynaecol. Oncol., 7 (1987) 186-191.
- [12] Sutton, D., A text book of radiology and imaging, 5th Edition, Churchill Livingstone, Edinburgh, 1993, p.1529.
- [13] Thompson, J.D., Operative gynecology, 7th Edition, WB Saunders Co., Philadelphia, 1992, p. 290.
- [8] Lakkis, W.G., Benign cystic teratoma of ovary: A six year review, Surgery, 28 (1985) 444-446.
- [9] Mc Ginnis, J.P., Mandible like structure with teeth in an ovarian cystic teratoma, Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol., 45 (1978) 104-106.
- [10] Miyake, J. and Ireland, K., Ovarian mature teratoma with homunculus coexisting with an intra uterine pregnancy. Arch. Pathol. Lab.