

مورد نگاری

گزارش یک مورد نادر تراتوم بالغ سیستیک داخل ریوی

تاریخ دریافت: ۸۷/۳/۴ - تاریخ پذیرش: ۸۷/۸/۱۸

خلاصه

مقدمه

تراتوم داخل ریوی بسیار نادر است اکثر تراتوم های داخل توراسیک از مדיاستن ناشی می شوند. علایم بالینی آن غیر اختصاصی است.

معرفی بیمار

پسر ۱۶ ساله ای که با درد مبهم همی توراکس راست مراجعه کرده بود. معاینه بیمار به جز کاهش صدا در قسمت میانی ریه راست نکته دیگری نداشت. آزمایشات مرسوم انجام شده (فرمول شمارش، سدیمان و.....) طبیعی است.

نتیجه گیری

رادیوگرافی و سی تی اسکن وی مؤید ضایعه ای مدور در لوب میانی ریه راست بود. بیمار تحت توراکتومی راست قرار گرفت. در بررسی تشخیصی آسیب شناسی از لوب میانی ریه راست تراتوم بالغ سیستیک ریه گزارش گردید.

کلمات کلیدی: تراتوم، ریه، توراکتومی

۱ محمد تقی رجبی مشهدی

۲ فریبا رضایی طلب*

۳ بهرام معمار

۱- دانشیار گروه جراحی قفسه سینه، بیمارستان قائم (عج)، مشهد، ایران

۲- استادیار بیماریهای ریه، بیمارستان امام رضا، مشهد، ایران

۳- استادیار پاتولوژی، بیمارستان امام رضا (ع)، مشهد، ایران

* مشهد- بیمارستان امام رضا (ع)- گروه داخلی

تلفن: ۹۸-۵۱۱-۸۵۴۳۰۳۱+

فاکس: ۹۸-۵۱۱-۸۵۴۳۰۳۱+

email : frezaitalab@yahoo.com

Archive of SID

مقدمه

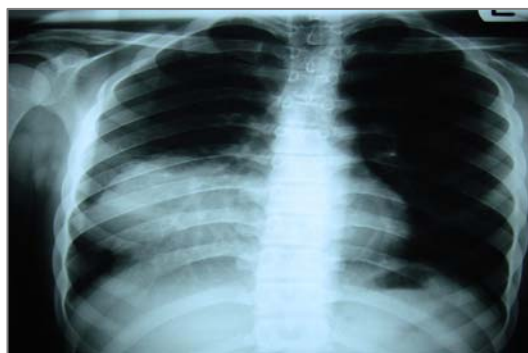
تراتوم های داخل قفسه سینه از بافت مدیاستن ناشی می شوند، و منشا آن از بافت ریه بسیار نادر است (۱). تا سال ۱۹۹۶، ۶۵ مورد از این بیماری گزارش شده است (۱). بیشتر تراتوم های داخل بافت ریوی خوش خیم هستند با این حال موارد بدخیم نیز گزارش شده است (۲، ۳).

تظاهرات کلینیکی گزارش شده شامل تب، سرفه، هموپتیزی، درد قفسه سینه، دفع موز از طریق خلط (تریکوپیسیس) می باشد (۲).

در موارد نادر، پارگی به داخل فضای پلورال، درخت تراکتوبرونشیل و پریکارد ممکن است اتفاق بیفتد (۴). علاوه بر این برونشکنازی و پنومونی انسدادی نیز از عوارض تراتوم بالغ سیستیک ریه است. این مطالعه با هدف گزارش یک مورد نادر تراتوم بالغ سیستیک داخل ریوی و مروری بر مطالعات قبلی می باشد.

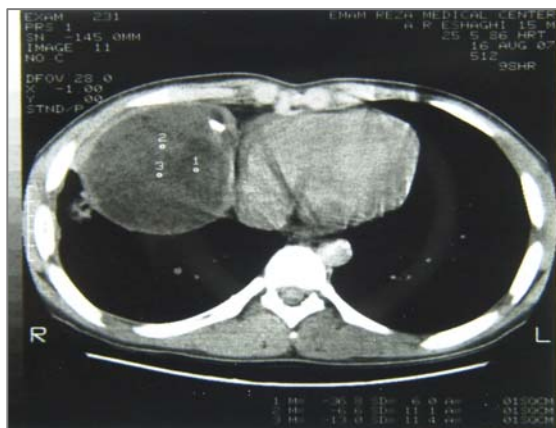
معرفی بیمار

بیمار پسر ۱۶ ساله محصل که با درد مبهم قفسه سینه راست مراجعه کرده بود. تب، سرفه، هموپتیزی، تنگی نفس، کاهش وزن و کاهش اشتها را ذکر نمی کرد. در معاینه فیزیکی بجز کاهش صدا در ناحیه میانی ریه راست نکته دیگری نداشت. در آزمایشات انجام شده: فرمول شمارش، سدیمان، اوره و کراتینین و کامل ادرار طبیعی است. در رادیوگرافی روبه رو قفسه سینه ضایعه ای مدور با حدود مشخص در مجاور راست قلب دیده می شد (شکل ۱).



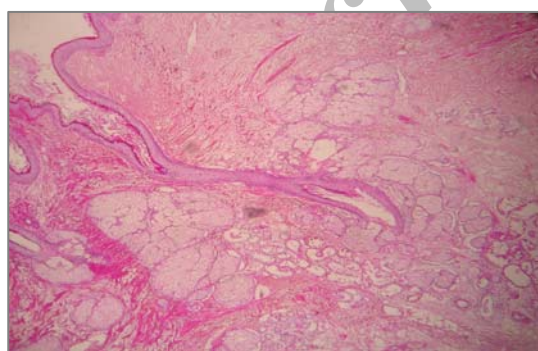
شکل ۱- رادیوگرافی روبرو قفسه سینه

در سیتی اسکن ریه و مدیاستن ضایعه ای مدور در لوب میانی راست که حدود مشخص داشت دیده شد. در کناره داخلی ضایعه، کلسیفیکاسیون نقطه ای وجود داشت (شکل ۲).



شکل ۲ - سیتی اسکن قفسه سینه: ضایعه را همراه با کلسیفیکاسیون نشان می دهد

با توجه به نمای ضایعه، تست هماتوگلوبین از نظر کیست هیداتیک ۳ واحد در لیتر و منفی بود. در برونکوسکوپی فیبراپتیک ضایعه داخل برونشی دیده نشد. جهت بررسی تشخیصی تحت توراکتومی راست قرار گرفت که در لوب میانی راست ضایعه ای سیستیک بود. از نظر آسیب شناسی در برش ماکروسکوپی لوب میانی راست دارای ساختمان سیستیک حاوی مو و مواد خمیری کرمی رنگ با ضخامت جداری ۰/۵ تا ۲ سانتیمتر در برخی نقاط با نمای بافت همبندی و چربی وجود داشت در برداشتهای متعدد از ضایعه جدار سیست با پوشش اپیدرمی و در عمق ساختمانهای پیلوسباسه غددعرق و آپوکرین همراه با بافت چربی با پوشش استوانه ای مشابه برونش نمایان بود (شکل ۳).



شکل ۳ - درشت نمایی ۱۰۰× و رنگ آمیزی هماتوکسیلین و اتوزین

بحث

در اکثریت مواقع تراتوم داخل قفسه سینه در مدیاستن دیده می شود ولی به طور خیلی نادر از بافت ریه نیز ناشی

می شود (۲،۱). معمولاً تراتوم سیستیک در قسمت های میانی بدن دیده می شود. شایعترین محل ها، شامل گونادها، مدیاستن و ناحیه پی نه آل می باشد (۲). در اکثر گزارش ها تراتوم داخل ریوی، از ریه چپ ذکر شده است (۳، ۵، ۶). تراتوم بالغ سیستیک داخل ریوی، تمایل به درگیری لوب های فوقانی ریه دارد. به دلیل این تمایل، تراتوم بالغ سیستیک، بافت ریه با تیموس نیز در ارتباط بوده و از سومین جیب حلقی منشاء می گیرد. وجود تراتوم داخل بافت ریه ممکن است در نتیجه جابه جایی یا جدا شدن از تیموس در حین تکامل جنینی باشد (۷). البته در این گزارش، تراتوم در لوب میانی ریه راست است که بر نادر بودن و اهمیت گزارش مورد می افزاید.

تا سال ۱۹۹۶ میلادی ۶۵ مورد تراتوم داخل ریوی که ۳۵ مورد نیز در ژاپن بوده گزارش شده است (۵، ۷) تراتوم سیستیک بالغ ریوی هم در بچه ها و هم در بزرگسالان دیده شده و محدوده سنی وسیعی از ۱۰ ماهگی تا ۶۸ سال دارد (۷). با این حال اکثریت مواقع در دهه سنی اول و دوم تشخیص داده می شود. شیوع تراتوم سیستیک بالغ داخل ریوی در مردان و زنان یکی است (۱) علایم بالینی غیر اختصاصی و شامل درد قفسه سینه، تب، سرفه، هموپتیزی، برونشکتازی، پنومونی و حتی کاهش وزن است که این علایم بالینی غیر اختصاصی تشخیص قبل از عمل جراحی را بسیار مشکل می کند. دیدن مو در برونکوسکوپ یا دفع مو از طریق خلط بسیار کمک کننده است، با این حال تریکوپتیزیس فقط در ۷ مورد گزارش شده است که شکایت مهم ولی غیر شایع است (۲، ۵). یافته های رادیوگرافی شامل، اپاسیته لوبولر که در لوب گرفتار ریه دیده شده، همراه با کلسیفیکاسیون در داخل ضایعه، نکروز و کاویتاسیون است (۸-۱۰). حدود ضایعه در

رادیوگرافی صاف و با دیواره نازک می باشد. با این حال نواحی مشابه پنومونی در بافت ریه نیز گزارش شده است (۱۱) در صورت ارتباط ضایعه با درخت ترکتوبرونشیل هوا در داخل ضایعه دیده می شود (۱، ۱۱). وجود هوا در ضایعه، تشخیص های افتراقی دیگری نظیر کیست هیداتیک، آبسه ریه و توده قارچی را مطرح می کند (۹). سیتی اسکن ضایعه راهتر مشخص کرده و کلسیفیکاسیون نقطه ای شکل، بافت نرم و نواحی چربی را نشان می دهد. سیتی اسکن ارزش زیادی در تشخیص بین تراتوم پاره شده و سالم دارد. در ۹۵٪ تراتوم سالم که پاره نشده، دانسیته یکنواختی دارد و در تراتوم پاره شده، دانسیته داخلی آن غیر یکنواخت و حدود ضایعه نیز نامنظم است (۱۱-۱۳). از طرفی سیتی اسکن می تواند شدت تهاجم به مدیاستن و ارتباطات عروقی تراتوم داخل ریه را مشخص کند (۱۳). تراتوم داخل ریوی از قسمت های مختلف اکتودرم، مزودرم و آندودرم منشا می گیرد این تومورها آنزیم های پروتئولیتیک را ترشح کرده که تومور را مستعد به پاره شدن می کند (۱۲، ۱۳). علاوه بر تشخیص دو علت مهم برای برداشت ضایعه از طریق جراحی، پاره شدن تومور و تمایل به بدخیمی آن است (۱، ۹، ۱۰، ۱۳).

نتیجه گیری

گرچه تراتوم در مدیاستن دیده می شود ولی به طور بسیار نادر از بافت ریه نیز ناشی می شود. بنا بر این در تشخیص های افتراقی ضایعات سیستیک ریه قرار می گیرد. با این حال وجود مو در خلط این ضایعه را به ذهن می آورد. توراوتومی علاوه بر تشخیص، برای حذف توده به منظور جلوگیری از پاره شدن و تمایل به بدخیمی صورت می گیرد.

References:

- 1- Ustun MO, Demircan A, Paksoy N, Ozkaynak C, Tuzuner S. A case of intrapulmonary teratoma presenting with hair expectoration. Thorac Cardiovasc Surg 1996; 44:271-273.
- 2-Zenker D, Aleksic I. Intrapulmonary cystic benign teratoma: A case report and review of the literature. Ann Thorac Cardiovasc Surg 2004; 10: 290-291.
- 3-Eckert M, Gerassimidis T. Intrapulmonary teratoma: Case report and review of the literature. Fortschr Med 1979; 1051-1054.
- 4- Cheung YC, Ngs H, Wan YL, Pan KT. Ruptured mediastinal cystic teratoma with intrapulmonary bronchial invasion: CT demonstration. Br J Radiol 2001; 74:1148-1149.
- 5- Asano S, Hoshikawa Y, Yamane Y, Ikeda M, Wakasa H. An intrapulmonary teratoma associated with bronchiectasia containing various kinds of primordial: A case report and review of the literature. Virchows Arch 2000; 436:384- 388.

- 6- Steier KJ. Benign cystic teratoma lung. Postgrad Med 1998; 83:384-388.
- 7-Carter D, Eggleston JC. Teratoma. In: Hartman WH .Tumor of the lower respiratory tract. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology; 1980.p. 325-326.
- 8- Trivedi SA, Mehtakn , Nanavarty JM . Teratoma of the lung: report of a case . Br J Dis Chest 1996; 60:156-159.
- 9- Bateson EM, Hayes JA, Woo MM. Endobronchial teratoma associated with bronchiectasis and bronchiolectasis. Thorax 1968; 23:69-76.
- 10- Collier FC, Dowling EA, Plott D, Schneider H. Teratoma of the lung. AMA Arch Pathol 1959; 68:138 -142 Holt S, Deverall PB, Bddy JE. A teratoma of the lung containing thymic tissue. J Pathol 1978; 126:85-89.
- 11- Choi SJ, Lee JS, Song KS, Lim Th. Mediastinal teratoma: CT differentiation of ruptured and unruptured tumors. AJR AM J Roentgenol 1998; 71:591-594.
- 12- Rana SS, Swami N, Mahta S, Singh J, Biswal S. Intrapulmonary teratoma: an exceptional disease. Ann Thorac Surg 2007; 83:1194-1196.

Archive of SID