

ساکروکوسیژیال تراتوما

دکتر ناهید قطبی^{۱*}، دکتر نجم‌الدین مولانایی^۲، دکتر فیروز صالحپور^۳، هومن قصری^۴

چکیده

تراتوم شایعترین نوع تومور ژرم سل با منشاء تخمدانی و در موقعیتهای اکستراگونادال است. ساکروکوسیژیال تراتوما شایعترین تراتوما در دوران شیرخوارگی است و میزان بروز آن ۱ در ۲۵۰۰۰ تا ۱ در ۴۰۰۰۰ تولد زنده میباشد. در این راستا با توجه به نادر بودن مورد از لحاظ وزن و حجم تراتوما اقدام به معرفی آن می‌شود.

بیمار نوزاد پسری بود که بعلت وجود توده‌ای در ساکروم به روش سزارین متولد شده بود. توده ظاهری کیستیک و نمای عروقی فراوان داشته، ابعاد آن $۶۰ \times ۴۰ \times ۲۰$ سانتیمتر و وزن کلی نوزاد ۹ کیلوگرم بود. در معاینه بالینی غیر از توده فوق‌الذکر یافته غیر طبیعی دیگری نداشت. نوزاد دفع ادرار و مکنیوم داشت. بیمار در روز چهارم بستری تحت عمل جراحی برداشتن توده قرار گرفت. توده ۶ کیلوگرم وزن داشت و آسیب شناسی آن Mature Teratoma گزارش شد.

تراتوم خوش خیم معمولاً بغیر از مشکلات عملکردی نظیر انسداد روده یا مجاری ادراری مشکل دیگری ایجاد نمی‌کند. با اینحال در این مورد علیرغم حجیم بودن تومور، هیچ‌گونه اختلال عملکردی وجود نداشت.

واژه‌های کلیدی: ساکروکوسیژیال، تراتوم، نوزاد

اندام تحتانی طبیعی بود و علائم فلجی وجود نداشت. رفلکسهای نوزادی طبیعی بود. بیمار دفع ادرار و مکنیوم داشت و اتساع شکمی وجود نداشت.

در ناحیه ساکروم نوزاد، توده ای حجیم با ظاهر کیستیک و نمای عروقی فراوان به چشم می‌خورد که مقعد بیمار در قسمت قدامی آن واقع شده بود. وزن کلی نوزاد (با توده) ۹ کیلوگرم و دور سر ۳۵ سانتی‌متر بود (تصویر ۱).

معرفی بیمار

بیمار نوزاد پسر یک ساعته، ترم و G2 بود که با یک توده حجیم به ابعاد $۶۰ \times ۴۰ \times ۲۰$ سانتیمتر در ناحیه ساکروم متولد شده بود. نوزاد حاصل زایمان سزارین بوده و آپگار اولیه وی ۱۰-۹ بود. در معاینه نوزاد Posture و پوزیشن طبیعی بود و سیانوز، دیسترس و هیپوترمی نداشت. سمع قلب و ریه طبیعی بود و ارگانومگالی نداشت. حرکات

* - استادیار کودکان دانشگاه علوم پزشکی کردستان، بیمارستان بعثت، خیابان کشاورز، سنندج، ایران، مؤلف مسئول

۲ - استادیار جراحی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

۳ - دانشیار جراحی مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۴ - دانشجوی کارورزی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

مادر نوزاد از کودکی مبتلا به پولیومیلیت بوده و از ناحیه اندام تحتانی فلج بود. وی سابقه بیماریهای ارثی را در خانواده خود یا همسرش نمی‌داد. مادر، در طی بارداری کنونی داروی کلومیفن سیتراست مصرف کرده بود. ولی سابقه ابتلاء به بیماری دیگری را در طی حاملگی ذکر نمی‌کرد. فرزند اول خانواده سالم بود. در سونوگرافی که از مادر نوزاد در دوران حاملگی بعمل آمده بود توده مذکور گزارش گردیده بود.

در رادیوگرافی بعمل آمده از نوزاد عدم تشکیل استخوانهای ساکروم مشهود بود. همچنین از توده نوزاد سونوگرافی بعمل آمد که یک توده کیستیک حاوی اجزای توپر (Solid)، گزارش شد. بیمار در روز چهارم بستری با تشخیص ساکروکوکسیژیال ترائوما

تحت عمل جراحی قرار گرفت. توده ۶ کیلوگرم وزن داشت و آسیب شناسی آن بقرار زیر بود: دربررسی ماکروسکوپی، توده‌ای چند حفره‌ای، حاوی مایع شفاف زرد رنگ، و کانونهایی از بافت توپر حاوی غضروف دیده شده بود. در بررسی میکروسکوپی بافت تومورالی دیده شد که دارای عناصری از هر سه لایه جنینی بود. بافت تومورال کیستیک بوده و پوشیده از پوست و ضمام بود. ساختمانهای عصبی همبندی عروقی و ساختمانهای اپی تلیالی نظیر غدد مخاطی دستگاه گوارش در آن دیده می‌شد. تشخیص نهایی Mature Teratoma گزارش شده بود. بیمار پس از یک هفته با حال عمومی خوب از بخش ترخیص شد.

تصویر شماره ۱- نوزاد مبتلا به ساکروکوکسیژیال ترائوما

تصویر شماره ۲- نوزاد مبتلا پس از عمل

بحث

تراتوم شایعترین نوع تومور ژرم سل با منشأ تخمدانی و در موقعیتهای اکسترا گونادال است. تراتوم اغلب بدخیم در نظر گرفته می شود اما در بچه ها معمولا ریسک بدخیمی ندارد مگر آنکه بصورت فوکال ژرم سل بدخیم باشد و یا آنکه حاوی عناصر عصبی بدخیم باشد (۲).

تراتوم ها در داخل دهان ، گردن و ساکروکوکسیژیال میتوانند بروز کنند (۳و۲). آنها معمولا بزرگ (حدود ۱۰-۳ سانتی متر) و سفت هستند، حساسیت در لمس ندارند و به بافتهای زیرینشان چسبیده اند. در رادیوگرافی آنها معمولا کلسیفیکاسیون های متعدد دیده می شود. در اوائل کودکی تراتوم به طور اولیه بصورت توده اکستراگونادال که در محور میانی (Mid Line Axis) بدن قرار گرفته تظاهر می یابد و در حدود ۴۰-۵۰ درصد موارد در ساکروکوکسیژیال دیده می شود (۳و۲).

ساکروکوکسیژیال تراتوما شایعترین تراتوم در شیرخوارگی است (۱) که در حدود ۶۷٪ موارد تا سن یک سالگی تشخیص داده می شود. میزان بروز آن از ۱ در ۲۵۰۰۰ تا ۱ در ۴۰۰۰۰ تولد زنده متغیر است و در دخترها شایعتر است (۲).

از نظر بالینی این تومور بصورت یک توده که در بین کوکسیکس و رکتوم پیشرفت میکند خود را نشان می دهد. این تومور تقریبا همیشه از نوک کوکسیکس منشأ میگیرد. تراتوم خوش خیم معمولا مشکل عملکردی بجز انسداد ایجاد نمی کند و زمانی که اختلال عملکرد روده یا مثانه رخ دهد، مطرح کننده ضایعات بدخیم است. حدود ۱۵٪ بیماران با ساکروکوکسیژیال تراتوما، ناهنجاری های مادرزادی دیگری نظیر مقعد سوراخ نشده ، فقدان استخوان ساکروم، ناهنجاریهای ادراری تناسلی مانند

واژن یا رحم دوپلیکه و غالبا اسپینابیفیدا و مننگومیلوسل، همراه دارند (۲).

تشخیص افتراقی آن شامل میلومننگوسل ، آبه رکتال ، کیست پایلونیدال ، انسداد گردن مثانه ، پرولاپس رکتوم ، دوپلیکاسون رکتوم ، آنوس سوراخ نشده ، کیست درموئید ، آنژیوم، لنفانژیوم ، لیپوم ، تومور نوروزنیک لگن و پرینه و ژنانت سل تومور ساکروم می باشد (۳و۲).

تشخیص قطعی براساس نمونه برداری و بررسی آسیب شناسی است.

درمان ساکروکوکسیژیال تراتوما ابتدا جراحی همراه با برداشتن کوکسیکس (محلی که تومور از آن منشأ میگیرد) می باشد (۳و۲) چون باقی ماندن کوکسیکس همراه با احتمال عود حدود ۳۰-۴۰ درصد می باشد در بیماران با تراتوم بدخیم بدنال جراحی باید رادیوتراپی و اغلب کموتراپی نیز صورت گیرد (۲).

پیش آگهی بیمار با تراتوم ساکروکوکسیژیال بستگی به خوش خیم یا بدخیم بودن ضایعه دارد. برای ضایعات خوش خیم امید به زندگی بیشتر از ۹۰٪ و برای تومورهای با اجزاء بدخیم مرگ و میر بیشتر از ۹۰٪ است. بدون درمان پیش آگهی بیماری بد (Poor) است و متوسط مدت زمان بین تشخیص و مرگ معمولا کمتر از ۱۰ ماه می باشد (۲).

References:

- Nelson W,E, Behrman R, et al. Nelson Textbook of Pediatrics. W.B Saunders, 16th ed -2000.
Avery G, Flether M.A, MacDonald M.G. Neonatology Lippincot, 6th ed. 1999.
Schwartz S, Spencer F.C, et al. Principles of Surgery Mc Graw- Hill, 7th ed.1999