

## مورد نگاری

# گزارش یک مورد نادر تراتوم بالغ سیستمیک 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 سیستمیک 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

**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.

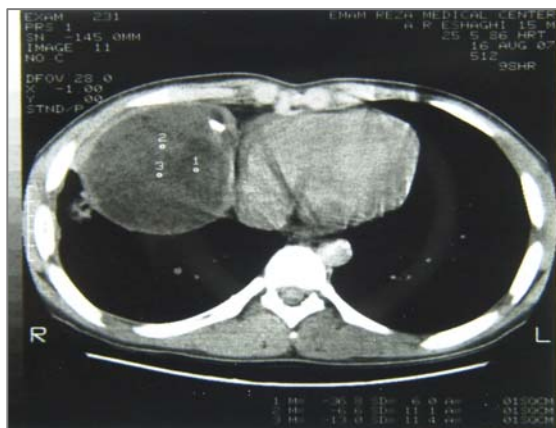
**معرفی بیمار**

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).



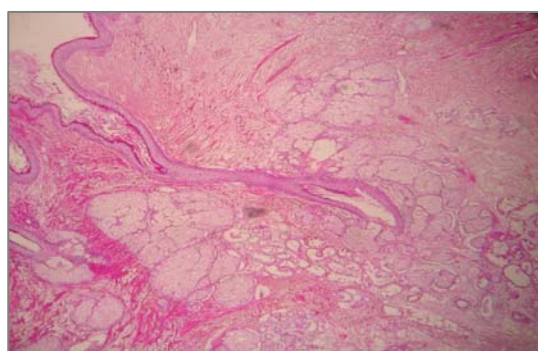
**شکل ۱ -** رادیوگرافی روبرو قفسه سینه

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 غدد عرق 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

راديوگرافي صاف و با ديواره نازك مي باشد. با اين حال نواحي مشابه پنوموني در بافت ريه نيز گزارش شده است (۱۱) در صورت ارتباط ضايعه با درخت ترکتوبرونشپال هوا در داخل ضايعه ديده مي شود (۱، ۱۱). وجود هوا در ضايعه، تشخيص هاي افتراقي ديگري نظير كيسه هيداتيک، آبنه ريه و توده قارچي را مطرح مي کند (۹). سیتی اسکن ضايعه رابتر مشخص کرده و کلسيفيكاسيون نقطه ای شکل، بافت نرم و نواحي چربي را نشان مي دهد. سیتی اسکن ارزش زيادي در تشخيص بين تراتوم پاره شده و سالم دارد. در ۹۵٪ تراتوم سالم که پاره نشده، دانسيته يکنواختي دارد و در تراتوم پاره شده، دانسيته داخلي آن غير يکنواخت و حدود ضايعه نيز نامنظم است (۱۱-۱۳). از طرفی سیتی اسکن می تواند شدت تهاجم به مدياستن و ارتباطات عروقی تراتوم داخل ريه 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 تشخيص دو علت مهم برای برداشت ضايعه از طريق جراحی، پاره شدن تومور و تمايل به بدخيمي آن است (۱، ۹، ۱۰، ۱۳).

### نتیجه گیری

گرچه تراتوم در مدياستن ديده مي شود ولی به طور بسيار نادر از بافت ريه نيز ناشی می شود. بنا بر اين در تشخيص هاي افتراقي ضايعات سيستیک ريه قرار می گیرد. با اين حال وجود مو در خلط اين ضايعه را به ذهن می آورد. توراكتومي علاوه بر تشخيص، برای حذف توده به منظور جلوگیری از پاره شدن و تمايل به بدخيمي صورت می گیرد.

می شود (۱، ۲). معمولاً تراتوم سيستیک در قسمت های ميانی بدن ديده مي شود. شايعترين محل ها، شامل گونادها، مدياستن و ناحیه پي نه آل می باشد (۲). در اکثر گزارش ها تراتوم داخل ریوی، از ريه چپ ذکر شده است (۳، ۵، ۶). تراتوم بالغ سيستیک داخل ریوی، تمايل به درگیری لوب های فوقانی ريه دارد. به دليل اين تمايل، تراتوم بالغ سيستیک، بافت ريه با تيموس نيز در ارتباط بوده و از سومين جيب حلقی منشاء می گیرد. وجود تراتوم داخل بافت ريه ممکن است در نتيجه جابه جایی يا جداشدن از تيموس در حين تکامل جنيني باشد (۷). البته در اين گزارش، تراتوم در لوب ميانی ريه راست است که بر نادر بودن و اهميت گزارش مورد می افزايد.

تا سال ۱۹۹۶ ميلادی ۶۵ مورد تراتوم داخل ریوی که ۳۵ مورد نيز در ژاپن بوده گزارش شده است (۵، ۷) تراتوم سيستیک بالغ ریوی هم در بچه ها و هم در بزرگسالان ديده شده و محدوده سنی وسعی از ۱۰ ماهگی تا ۶۸ سال دارد (۷). با اين حال اکثريت مواقع در دهه سنی اول و دوم تشخيص داده می شود. شيوع تراتوم سيستیک بالغ داخل ریوی در مردان و زنان یکی است (۱) علايم بالینی غير اختصاصی و شامل درد قفسه سينه، تب، سرفه، هموپتیزی، برونشکتازی، پنومونی وحتی کاهش وزن است که اين علايم بالینی غير اختصاصی تشخيص قبل از عمل جراحی را بسيار مشکل می کند. ديدن مو در برونکوسکوپي ويا دفع مو از طريق خلط بسيار کمک کننده است، با اين حال تريکوپتيزيس فقط در ۷ مورد گزارش شده است که شکايت مهم ولی غير شايع است (۲، ۵). يافته های راديوگرافي شامل، اپاسيته لوبولر که در لوب گرفتار ريه ديده شده، همراه با کلسيفيكاسيون در داخل ضايعه، نکروز و کاويتاسيون است (۱۰-۸). حدود ضايعه در

### 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.