

## گزارش یک مورد تراتوم بالغ بزرگ رتروپریتوئن در مردی ۳۵ ساله

دکتر رامین ابراهیمیان\*، دکتر داود تاسا\*\*

دریافت: ۹۳/۱۱/۸ پذیرش: ۹۴/۲/۲۱

### چکیده:

**مقدمه:** تراتوم توموری از سلول های بنیادی و مشتق از دو یا سه لایه ی جنینی است و محل شایع بروز آن ناحیه ی ساکروکوکسیژال و گناد ها است. در اکثر اوقات در سنین کودکی و شیر خواری تشخیص داده می شود و به صورت نادر در بزرگسالان مشاهده می گردد. در ۱۵٪ موارد تراتوم در خارج گناد ها دیده می شود و در این میان رتروپریتوئن از سایر جاها نادرتر است.

**معرفی بیمار:** بیمار مردی ۳۵ ساله ای است که با درد شکم از یک ماه قبل و تهوع و استفراغ شدید به اورژانس بیمارستان بعثت همدان مراجعه کرده بود. در معاینه، توده ای در سمت راست شکم مشهود بود. در سی تی اسکن توده حاوی اجزای توپر، کیستیک و کلسیفیکاسیون دیده شد که اثر فشاری بر روی معده و دئودنوم داشت. **نتیجه نهایی:** بیمار تحت لاپراتومی قرار گرفت، توده با ابعاد ۲۰×۲۵×۲۲ سانتی متر به طور کامل رزکت شد و در بررسی پاتولوژی تمام بافت های تمایز یافته شامل تراشه، پوست، بافت گوارش و... دیده شد.

**کلید واژه ها:** تراتوم / رتروپریتوئن / سلولهای زایشی

### معرفی بیمار:

بیمار مردی ۳۵ ساله اهل و ساکن تویسرکان که به علت درد شکم به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده است. درد بیمار از یک ماه قبل و به صورت خفیف شروع شده و از یک هفته قبل تشدید شده است. از دو روز قبل بیمار دچار تهوع و استفراغ شده که به تدریج تشدید شده است. درد بیمار ماهیت ثابت با دوره های تشدید داشته و با استفراغ بهبودی مختصر یافته است. بیمار از سه روز قبل دفع گاز و مدفوع نداشته است.

در معاینه شکم بیمار متسع و در لمس تندرns ژنرالیزه و خفیف با ارجعیت در ربع تحتانی راست شکم بود و توده ای بسیار بزرگ در بالای شکم (RUQ) و اپی گاستر لمس می شد. علایم حیاتی بیمار طبیعی (BP: 110/70, PR: 90, RR: 18, OT: 37.1) و معاینه سایر نقاط نیز طبیعی بود. ضایعه ای در جای دیگر خصوصاً بیضه ها لمس نشد.

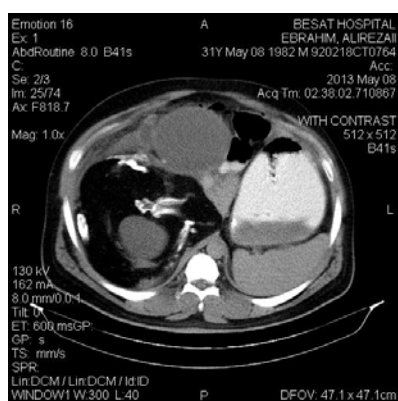
### مقدمه:

تراتوم توموری مادرزادی است که از لایه های زایای اکتودرم، مزودرم و آندودرم مشتق شده است (۱،۲). تراتوما نوعی تومور سلول بنیادی و از نوع غیر سیمینومایی محسوب می شود که به صورت شایع و معمولاً در نواحی ساکروکوکسیژال و گناد ها یافت می شود. تراتوما های بالغ و بدخیم (۲-۲/۰٪) تمام موارد را شامل می شوند که پتانسیل متاستاز به مناطقی مثل لنف نوده های رتروپریتوئن و پارانشیم ریه را دارند (۲،۳). تراتوم رتروپریتوئن به صورت شایع در سال های اول کودکی تشخیص داده می شود و به صورت بسیار نادر در بزرگسالان دیده می شود (۱،۲) تراتوم های بزرگ رتروپریتوئن در بزرگسالان نادرتر است که فقط چند مورد در گذشته گزارش شده است. در این مطالعه موردی از تراتوم بالغ رتروپریتوئن در مردی گزارش می شود که برای اولین بار با علائم شکم حاد به اورژانس بیمارستان بعثت همدان مراجعه کرده است.

\* استادیار گروه جراحی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

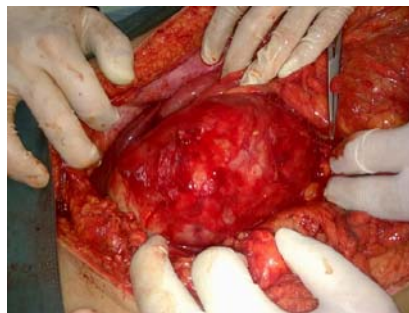
\*\* دستیار گروه جراحی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان (davodtasa@gmail.com)

در آزمایشات: Bun : 18, cr : 1.4, Na : 141, k : 3.6, AST : 109, ALT : 110, ALKP : 270, Amylase : 32, bili D: 1.1, bili T: 1.9, Ca: 8.3, P: 4.5, Wbc: 9400, HB : 15.7, plt : 253000 U/A : NL  
در اکوکاردیوگرافی قبل عمل: EF : 60% بدون اختلال ساختاری و دریچه ای گزارش شد. بیمار به علت علائم انسداد گوارشی و لمس توده ی شکم تحت سی تی اسکن شکم و لگن باکنتراست خوراکی و وریدی قرار گرفت که آن توده ای بزرگ در ناحیه زیر کبد حاوی اجزای کیستیک و توپر و اجزای کلسیفیکه با اثر فشاری بر معده که منجر به چرخش محور معده شده بود، گزارش شد (شکل ۱).



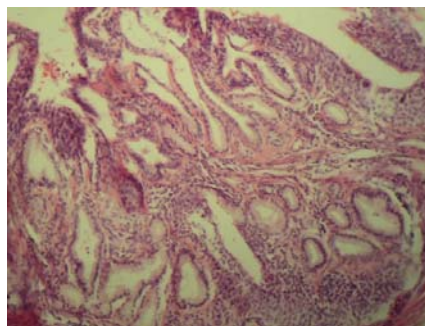
شکل ۱: سی تی اسکن شکم و لگن با کنتراست خوراکی و وریدی

پس از احیای مناسب بیمار و اقدامات قبل از عمل (دریافت آنتی بیوتیک و برقراری جریان خروجی ادرار)، بیمار به اتاق عمل منتقل شد و تحت لاپاراتومی با برش خط وسط قرار گرفت. آپاندیس گانگرنه و در نزدیکی نوک آن پرفور شده بود. حدود ۲۰ سی سی مایع چرکی از شکم ساکشن شد و بهمین لحاظ آپاندکتومی انجام و سپس سایر نقاط شکم اکسپلور شد. توده ای بسیار بزرگ با ابعاد ۲۰×۲۵×۲۲ cm در طرف راست شکم از زیر کبد تا محاذات سکوم در رتروپریتوئن انتشار داشت و از طرف داخل منجر به اثر فشاری بر معده شده بود ولی چسبندگی به احشای داخل صفاتی نداشت، اثر فشاری توده منجر به انسداد نسبی دئودنوم در قسمت دوم آن شده بود. پس از آزاد سازی چسبندگی های ظریف و کم از دئودنوم و سپس از روی شریان آئورت و ورید اجوف تحتانی بدون باز شدن کیسول روی آن توده به طور کامل رزکت شد، وزن توده ۴ کیلوگرم بود و پس از هموستاز جدار شکم ترمیم شد (شکل ۲).

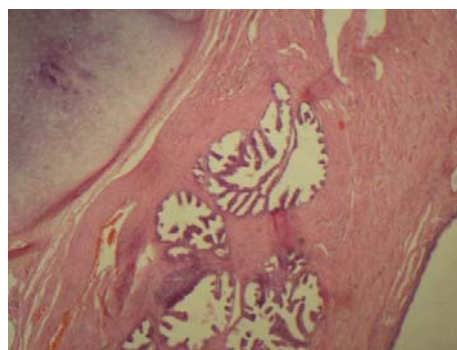


شکل ۲: تومور در فیلد جراحی

بیمار پس از ۴ روز بستری با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص شد در بررسی های بعد عمل، سونوگرافی از ناحیه ی اسکروتوم و بیضه ها انجام شد که فاقد توده یا نکته ی غیرطبیعی بود. پس از یک سال پیگیری منظم بیمار (دو هفته، یک، دو، شش و دوازده ماه بعد عمل) اثری از عود یا عارضه ی خاصی دیده نشد. بررسی پاتولوژی: در ریزینی از برشهای متعدد نمونه، مقاطعی از بافت نفوبلاستیک مشاهده شد که متشکل از بافت های مختلف شامل تراشه، فاسیکول های عضله ی صاف و اسکلتی، فیبرهای عصبی، مخاط روده و پروستات، ترایکولهای استخوانی و مغز استخوان بوده و اجزای نابالغ مشاهده نشد (شکل ۳ و ۴).



شکل ۳: ریزینی قسمتی از تومور (بافت دستگاه گوارش)



شکل ۴: ریزینی اجزای سالید تومور (اپیتلیوم تنفسی و غضروف مشابه بافت تراشه)

**بحث:**

تراتوما تومور نادری است که از بیش از یک لایه جنینی (معمولاً هر سه لایه) شکل گرفته است، در طی هفته ی چهارم جنینی سلولهای بنیادی از کیسه زرده به طرف خط وسط جنین و در طول سطح دورسال و از برآمدگی اورونیتال به سمت گناد های در حال تکامل مهاجرت می کنند. بعضی از این سلول ها مهاجرت را کامل نمی کنند و در موقعیت هایی مثل غده ی پینه آل، مدیاستن قدامی، رتروپریوتون و ناحیه ساکروکوکسیژیال باقی می مانند که این موقعیت ها جایگاه تراتوم های خارج گناد ها می شوند (۴،۵) تراتوم ها به چهار گروه تقسیم می شوند الف) تراتوم بالغ که شامل بافت های بالغ و متمایز یافته است ب) نابالغ که عمدتاً شامل بافت های جنینی یا بافت های تمایز نیافته است ج) تراتوم با تغییرات بدخیم د) موندرمال که اکثراً از یک لایه ی جنین شکل گرفته است.

تراتوم بالغ بیشتر اوقات در بیضه یا تخمدان شکل می گیرد و فقط ۱۵٪ از تراتوم ها در مناطق خارج گناد بروز می کنند و در این بین نیز رتروپریوتون کمترین شیوع را دارد (۶).

در گزارش موارد تراتوم های رتروپریوتون ۷۵٪ خوش خیم و ۲۵٪ بدخیم هستند. تراتوم های بالغ عموماً خوش خیم هستند ولی امکان درگیر شدن با تغییراتی به سمت بدخیمی های non germe cell مثل ساکوما یا کارسینوما را دارند (۲،۷) تراتوم های نابالغ پتانسیل ذاتی بدخیم شدن را دارند ولی درصد بروز رفتار بدخیم در تراتوم های نابالغ و رتروپریوتون مشخص نیست (۷).

تشخیص تراتوم های رتروپریوتون غالباً بر پایه ی تصویر برداری است (۲،۸،۹) تراتوم های رتروپریوتون جزء غالب کیستیک یا به طور کامل توپر هستند. سونوگرافی ابزار مهمی در تشخیص اولیه یا کنترل بعد از عمل است، سی تی اسکن یا MRI می توانند اجزای مختلف تومور مثل استخوان، بافت های نرم، بافت چربی و سباسه و اجزای سروزی و مایع را تشخیص دهند. این روش های تشخیصی موقعیت تومور، مورفولوژی و ساختارش را به خوبی نشان می دهند و در طرح پیش از عمل جهت

رزکسیون با کمترین آسیب به احشای اطراف کمک کننده هستند (۷،۱۰). یک تراتوم بالغ با ابعاد یاد شده در فرد بالغ (۳۵ ساله) به عنوان اولین مراجعه با علائم انسدادی و پریتونیت (و نه خود توده) پدید می آید بسیار نادری است. بسیاری از تراتوم های رتروپریوتون بعنوان متاستاز از یک تومور اولیه ی گناد ها هستند (۱۱) بیمار حاضر مبتلا به تراتوم بالغ با اجزای استخوانی بود ولی در سی تی اسکن و حتی مشاوره رادیولوژی تشخیص قطعی مطرح نشد که احتمالاً به علت موقعیت ساب هیپاتیت و رتروپریوتون تومور بوده و اینکه تومور های تراتوم بالغ در رتروپریوتون عموماً در اطفال، در ۶ ماه اول زندگی و یا دوران ابتدایی کودکی بروز می کنند و بروز در این سن بسیار بعید به نظر می رسد (۷). تراتوم های اولیه رتروپریوتون در بالغین بسیار نادر هستند و معمولاً نتیجه متاستاز به رتروپریوتون از پستان، ریه و گنادهاست خصوصاً در مردان بالغ تومور رتروپریوتون بیشتر احتمال متاستاز از بیضه را مطرح می کند تا اینکه تومور اولیه باشد (۷).

تراتوم های اولیه رتروپریوتون در بالغین عموماً بدون علامت هستند ولی هنگامی که توده ای بزرگ است می تواند باعث درد شکم و یا درد پهلو شود. قبل از عمل می توان با سی تی اسکن یا رادیوگرافی تراتوم را تشخیص داد ولی توده ای با بزرگی ۲۵×۲۲×۲۲ سانتی متر در ناحیه زیر کبد ممکن است بسیاری از تشخیص های دیگر را مطرح سازد و باعث ابهام تشخیصی قبل از عمل شود. درمان تراتوم رتروپریوتون به صورت اولیه و قطعی فقط رزکسیون جراحی است (۱۲). در این بیمار عامل مراجعه بروز آپاندیسیت حاد بود که کاملاً بی ارتباط با تومور است. در معاینات و بررسی بیشتر تومور شناخته شده و رزکسیون همزمان شد. در واقع علی رغم ساین بسیار بزرگ توده عامل تشخیص زودتر تومور بروز آپاندیسیت عارضه دار در این بیمار بود.

**سپاسگزاری:**

از همکاران و اساتید گروه پاتولوژی خصوصاً آقایان دکتر دهقان و دکتر کاظمی که در تشخیص بیماری و تهیه تصاویر ریزینی مساعدت فرمودند سپاسگزاریم.

**References**

1. Luo CC, Huang CS, Chu SM. Retroperitoneal teratomas in infancy and childhood. *Pediatr Surg Int* 2004; 21: 536-540.
2. Gatcombe HG, Assikis V, Kooby D. Primary retroperitoneal teratomas: a review of the literature. *J Surg Oncol* 2004; 86: 107-113.
3. Lakkis WG, Martin MC, Gelfand MM. Benign cystic teratoma of the ovary: a 6-year review. *Can J Surg* 1995; 28: 444-446.
4. Scott AL, Abbassi-Ghadi N, Archer CM, Swamy R, Gupta S. Neuroendocrine carcinoma arising within a retroperitoneal mature teratoma. *Ann R Coll Surg Engl* 2010; 92:W5-8.
5. Bedri S, Erfanian K, Schwaitzberg S, Tischler AS. Mature cystic teratoma involving adrenal gland. *Endocr Pathol* 2002; 13:59-64.
6. Gatcombe HG, Assikis V, Kooby D. Primary retroperitoneal teratomas: a review of the literature. *J Surg Oncol* 2004; 86: 107-113.
7. Huang X, Liu B, Xie L. Giant primary retroperitoneal teratoma in an adult female patient: A case report. *Oncol Lett* 2013; 6: 460-462.
8. Yang DM, Jung DH and Kim H: Retroperitoneal cystic masses: CT, clinical and pathologic findings and literature review. *Radiographics* 2004; 24: 1353-1365.
9. Choi BI, Chi JG, Kim SH. Case report: MRI of Retroperitoneal Teratoma: correlation with CT and Pathology. *J Comput Assist Tomogr* 1989; 13: 1083-1086
10. Liu H, Li W, Yang W, Qi Y. Giant retroperitoneal teratoma in an adult. *Am J Surg* 2007; 193:736-7.
11. Sato F, Mimata H, Mori K. Primary retroperitoneal mature cystic teratoma presenting as an adrenal tumor in an adult. *Int J Urol* 2010; 17:817.
12. Emrah Okulu, Kemal Ener, Mustafa Aldemir, Evren Isik, Cigdem Irkkan1, Onder Kayigil. Primary mature cystic teratoma mimicking an adrenal mass in an adult male patient. *Korean J Urol* 2014; 55:148-151

*Case Report***Giant Primary Mature Retroperitoneal Teratoma in Adult Male Patient**R. Ebrahimian, M.D. <sup>\*</sup> ; D. Tasa, M.D. <sup>\*\*</sup>

Received: 28.1.2015

Accepted: 11.5.2015

**Abstract**

**Introduction:** Teratomas are congenital tumors consisting of derivatives from the ectoderm, endoderm and mesoderm germ cell layers. A teratoma is considered to be a non-seminomatous germ cell tumor and is typically located in either the sacrococcygeal region or in the gonads. Giant retroperitoneal teratomas in adults are even rarer, with only a few cases previously described in the literature.

**Case report:** A 35-year-old male patient with severe nausea and vomiting was taken to the emergency ward of Hamadan Be'sat Hospital. He had not been feeling well, and had suffering from abdominal pain for a month. A physical examination showed some concretion in the right side of his abdomen. A CT scan of his abdomen and pelvis with IV and oral contrast revealed that the concretion was formed by aggregates of solid, cystic, and calcareous components. It compressed stomach and caused the rotation of the stomach around its longitudinal axis.

**Conclusion:** Following the diagnosis, we performed a laparotomy and respected a concretion with dimension 20×25×22cm. Interestingly, we found out all mature tissues within the concretion in the pathology examination of an adequate sample (such as trachea, bone, GI lumen...).

(*Sci J Hamadan Univ Med Sci 2015; 22 (2): 165-169*)

**Keywords:** Germ Cell / Retroperitonum / Teratoma

-----  
<sup>\*</sup> Assistant Professor, Department of Surgery, School of Medicine  
Hamadan University of Medical Sciences & Health Services, Hamadan, Iran.

<sup>\*\*</sup> Resident, Department of Surgery, School of Medicine  
Hamadan University of Medical Sciences & Health Services, Hamadan, Iran. (davodtasa@gmail.com)