مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۲۵، شماره ۲، تابستان۱۳۸٦: ۲٤۳-۲۳۹

● گزارش موردی

گزارش یک مورد نادر جنین در جنین (Fetus In Fetus) در یک کودک ۴ ساله و مروری بر متون

دکتر محمدرضا کلانترمعتمدی[۱]
دکتر غلامحسین کاظم زاده[۲]
دکتر سیده مطهره عبدالهی*[۳]
دکتر علی کاویانی[۳]
دکتر داریوش ناظمی سلمان[۴]

۱. استاد جراحی عروق و ترومـا، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲. استادیار جراحی عروق و ترومـا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۳. دستیار تخصصی جراحی عمومی
٤. متخصص جراحی عمومی

* نشانی نویسنده مسئول: تهران، بیمارستان شهدای تجریش، بخش جراحی عروق و ترومـا، تلفکس: ۲۲٤۱۹۹٤٦
پست الکترونیک: sh_abdollahi@yahoo.com

چکیده

جنین در جنین[1] یک حالت مادرزادی بسیار نادر است که در آن، یک جنین دارای ستون مهره‌ای، به طور کامل در داخل بدن قل دیگر رشد می‌کند و بعد از تولد، به صورت توده مشابه تومور، در وی کشف می‌شود. شایع‌ترین محل بروز این تومور در ناحیه خلف صفاقی می‌باشد؛ ولی در نواحی دیگری از بدن از جمله داخل جمجمه، مدیاستن، اروفارنکس، ریه، لگن، آدرنال و ... نیز گزارش شده است. توده ناحیه خلف صفاقی در اطفال، تشخیص‌های افتراقی گوناگونی از جمله هیدرونفروز، نوروبلاستوما، تومور ویلمز، تراتوما، تومواکستراگنادال بیضه و ... را شامل می‌شود. راه اصلی تشخیص آن و به خصوص افتراق آن از تراتومای بالغ، با اقدامات تصویربرداری به ویژه اثبات وجودستون مهره‌ای در آن می‌باشد و به دلیل احتمال تبدیل به بدخیمی، همیشه رزکسیون جراحی ضرورت خواهد داشت. البته پیگیری با اقدامات تصویربرداری نیز به عنوان روش جایگزین جراحی قابل انجام است؛ ولی این روش در کودکان توصیه نمی‌شود. از این مورد تاکنون کمتر از ۱۰۰ مورد در دنیا گزارش شده است. در این مقاله، به یک مورد از این بیماری، همراه با مروری بر متون و مقالات، پرداخته شده است.

واژگان کلیدی: جنین در جنین، تراتومای بالغ

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۱۱/۲۵ تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۸٦/۳/۸ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸٦/۳/۲۳

1 - Fetus In Fetu

Archive of SID
www.SID.ir

مقدمه

جنین در جنین یا FIF، یک تومور مادرزادی بسیار نادر است که در آن یک جنین دارای ستون مهره‌ها، در داخل قل دیگرش رشد می‌کند و بعد از تولد وی، به صورت یک توده مشابه تومور در وی کشف می‌شود. این حالت، ثانوی به حاملگی مونوکوریونیک دی‌آمنیوتیک است که سلول‌های یک جنین در حال رشد، مانند یک کیست انکلوزیونی در داخل بلاستوسیست جنین دیگر، محبوس شده و از ادامه رشد و تکامل باز می‌مانند. از این‌رو در بعضی مراجع، از آن به اندوپارازیت نیز نام برده شده است. وجود استخوان‌های ستون فقرات برای تشخیص این ضایعه و افتراق آن از تراتومای بالغ، لازم و ضروری می‌باشد. براساس مرور اخیر بر متون و مقالات، تاکنون کمتر از ۱۰۰ مورد از آن در دنیا گزارش شده است. شایع‌ترین محل FIF، ناحیه خلف صفاقی است؛ ولی در بسیاری از سایر اعضا از جمله مغز، مدیاستن، ریه، کبد و .... نیز گزارش شده است. درمان مناسب آن، برداشتن به طور کامل، طی عمل جراحی است؛ زیرا ممکن است به بدخیمی تبدیل شود. معمولاً رزکسیون جراحی علاج‌بخش[1] است و بیماری به طور قطعی با آن درمان می‌شود. پیگیری به صورت انجام سی‌تی‌اسکن ۶ ماه بعد از عمل جراحی و سپس در صورت بی‌علامت ماندن بیمار، انجام سونوگرافی سالیانه می‌باشد.

معرفی بیمار

بیمار کودک پسر ۴ ساله‌ای بود که مادرش از سن ۶ ماهگی، متوجه وجود توده شکمی در وی شده بود. در این مدت، به غیر از تودهٔ مذکور که در وضعیت خوابیده، در اپیگاستر و ربع فوقانی چپ شکم مشهود بود، شکایت دیگری نداشته است. بیمار با یک سونوگرافی که در آن توده مشکوک به فئوکروموسایتوما یا نوروبلاستوما گزارش شده بود، از شبکه بهداشت و درمان ماه نشان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان، به بیمارستان شهدای تجریش ارجاع شد.

در بررسی اولیه، کودک ۴ ساله‌ای بود که در ظاهر، متناسب با سن به نظر می‌رسید و قد و وزن و فنوتیپ نرمال داشت. روند تکاملی رشد و وزن‌گیری طبیعی داشته و سابقه‌ای از کاهش وزن، درد شکم، علایم گوارشی، بی‌اشتهایی، تهوع و یا استفراغ نداشت. در معاینه، آنمیک به نظر نمی‌رسید.

در معاینه سیستمیک کامل، به جز یک توده سفت و غیر متحرک و فاقد نبض با ابعاد تقریبی ۵×۷ سانتی‌متر در اپیگاستر که به سمت ربع فوقانی چپ شکم کشیده شده و از خط وسط نیز عبور کرده بود، یافته دیگری نداشت. روی توده تندرنس وجود نداشت و ارتباطی نیز بین توده و جدار شکم، در معاینه کشف نشد.

شواهدی از بدشکلی[2] در هیچ یک از سیستم‌ها یافت نشد. هر دو بیضه در داخل اسکروتوم قرار داشتند. فشار خون و تعداد نبض وی در معاینات مکرر، طبیعی و بدون تغییر بود.

در بررسی آزمایشگاهی، شواهدی از آنمی، اختلال الکترولیتی و یا اختلال در آزمایشات کبدی، یافت نشد.

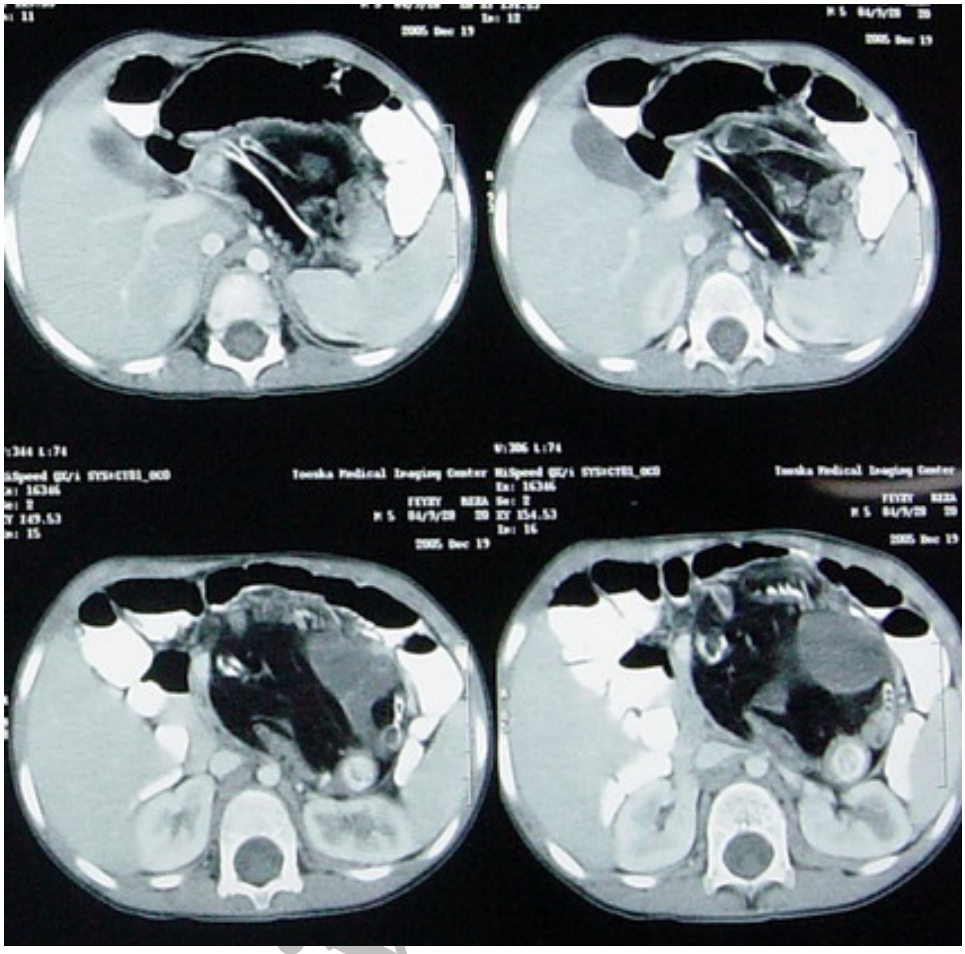
از جهت بررسی سرولوژیک تومورهای از منشا سلول‌های ژرمینال، بخصوص انواع اکستراگنادال، سطح آلفافیتوپروتئین سرم، ۳/۶۳ (طبیعی = ۰-۱۰ µgr/L) و βHCG، کمتر از ۱۰ (طبیعی = ۰-۱۰ IU/L) بود. در بررسی سونوگرافیک مجدد، توده اکوژن و به شدت کلسیفیه گزارش شد که به همین دلیل، بررسی پشت توده و ارتباط آن با پانکراس و عروق خلف صفاقی میسر نشد. در گرافی ساده قفسه سینه، نکته غیرطبیعی نداشت.

سی‌تی‌اسکن اسپیرال دینامیک با قدرت تفکیک بالا[3] همراه با کنتراست وریدی و خوراکی برای بیمار انجام شد که در کمال تعجب، توده با ابعاد تقریبی ۷۰×۱۰۰

1 - Curative

2 - Deformity
3 - HR Spiral CT Scanning

Archive of SID
www.SID.ir



شکل ۱: سی‌تی‌اسکن بیمار

میلی‌متر در پشت پانکراس و دارای عناصر کلسفیه و چربی و نیز حاوی استخوان‌های ستون فقرات و اندام‌ها، مطرح کنندهٔ Rudimentary fetus گزارش شد که با تشخیص جنین در جنین مطابقت داشت (شکل ۱).

در شرح حال مجدد، بیمار ۱ برادر و ۲ خواهر بزرگ‌تر داشت که همگی کاملاً طبیعی بودند. شواهدی از ناهنجاری جنینی در خانوادهٔ بیمار وجود نداشت و فقط سابقه ۲ بار سقط خود بخودی به دلیل نامعلوم، در مادر بیمار کشف شد.

با شرایط فوق‌الذکر، بیمار آمادهٔ عمل جراحی گردید.

طی لاپاروتومی با برش خط وسط، توده مذکور که کاملاً سفت و غیرمتحرک و بدون ارتباط با ساختمان‌های اصلی خلق صفاقی بود، با حفظ عروق مزوکولون عرضی و معده، از پشت پانکراس برداشته شد.

ابعاد تقریبی توده، ۸۰×۷۰×۱۲۰ میلی‌متر با قوام بسیار سفت و وزن ۲۷۰ گرم بود (شکل ۲).

در بررسی میکروسکوپیک، استخوان‌های تکامل یافتهٔ ستون فقرات و اندام‌ها و نیز بافت‌های همبندی به خوبی تمایز یافته و بافت چربی گزارش شد که در هیچ یک، شواهدی از آتیپی و یا دژنرسانس بنفع بدخیمی وجود نداشت. کودک در روز چهارم بعد از عمل، با حال عمومی خوب و بدون عارضه خاص مرخص گردید و توصیه شد ۶ ماه بعد جهت پیگیری مراجعه کند.

در ویزیت مجدد ۶ ماه بعد، کودک کاملاً سالم، با رشد طبیعی و بدون هیچ‌گونه

Archive

www.SID.ir



شکل ۲- کل توده برداشته شده

شکایت خاص و معاینه کاملاً نرمال، بدون لمس توده در شکم مشاهده گردید. مجدداً CT اسپیرال انجام شد که هیچ‌گونه شواهدی از توده باقیمانده یا عود را نشان نداد.

بحث

FIF تومور مادرزادی بی‌نهایت نادری است (تقریباً ۱ در هر ۵۰۰۰۰۰ تولد زنده) [۱]. از کشف آن در سال ۱۸۰۰ میلادی توسط مکل[1] تاکنون، کمتر از ۱۰۰ مورد در دنیا گزارش شده است [۲]. این حالت، ثانوی به یک حاملگی مونوکوریونیک دی آمنیوتیک است [۱، ۳] و در واقع، یکی از دو قل تک تخمکی، در داخل بدن قل دیگر، باقی مانده و به صورت توده، قبل یا بعد از تولد تشخیص داده می‌شود [۴].

وجه افتراق اصلی FIF از تراتومای بالغ، وجود ستون مهره‌ها و ارگان‌های داخلی در آن است [۵].

زودترین زمان تشخیص FIF، در دوران قبل از تولد، طی سونوگرافی‌های روتین، به عنوان یک توده در داخل شکم یا جمجمه جنین در حال تکوین است [۶] و دیرترین زمان تشخیص، در یک مرد ۴۷ ساله ایتالیایی بوده است [۷].

FIF در ۸۰٪ موارد، در ناحیه خلف صفاقی کشف می‌شود [۵]؛ ولی ممکن است در محل‌های آتیپیک همچون داخل جمجمه [۸]، مدیاستن [۹]، ریه [۱۰]، لگن [۱۱]، اروفارنکس [۱۲]، اسکروتوم [۱۳]، غده فوق کلیوی [۱۴]، تخمدان یا گردن [۱۵]، خود را نشان دهد.

تشخیص FIF براساس اثبات وجود ستون مهره‌ها، همراه با وجود بافت‌های به خوبی تمایز یافته در توده، مشخص می‌شود [۵].

درمان اصلی آن، برداشتن کامل با عمل جراحی است [۲، ۱۶] زیرا امکان تغییر شکل به سمت بدخیمی وجود دارد [۱۶]؛ اما مواردی از درمان محافظه کارانه نیز گزارش شده است که طی ۴ سال، توده مذکور بدون تغییر، باقی‌مانده بوده است [۵].

1- Meckel

Archive of SID
www.SID.ir

مراجع

1. *Bozilow W, Malinowski W, Klempous Z, Jeka S. Endoparasite twin (fetus in fetu). Ginekol Pol 2005; 76 (3): 228-33.*
2. *Chua JH, Chui CH, Sai Prasad TR, Jacobsen AS, Meenakshi A, Hwang WS. Fetus-in-fetu in the pelvis: report of a case and literature review. Ann Acad Med Singapore 2005; 34 (10): 646-9.*
3. *Iyer KV, Vinaya K, Haller JO, Maximin S, Barrerras J, Velchek F. Multiple fetuses in fetu:imaging findings. Pediatr Radiol 2003; 33(1): 53-5.*
4. *Brand A, Alves MC, Saraiva C, Loio P, Goulao J, Malta J, Palminha JM, Martins M. Fetus in fetu—diagnostic criteria and differential diagnosis—a case report and literature review. J Pediatr Surg 2004; 39 (4): 616-8.*
5. *Lee CC, Liu KL, Tsang YM, Chen SJ, Liu HM. Fetus in fetu in an adult: diagnosis by computed tomography imaging. J Formos Med Assoc 2005; 104 (3): 203-5.*
6. *Solt I, Lowenstein L, Goldstein I. Prenatal diagnosis of fetal neoplasms. Harefuah 2004; 143(2): 131-5, 165.*
7. *Dagradi AD, Mangiante GL, Serio GE, Musajo FG, Menestrina FV. Fetus in fetu removal in a 47 year old man. Surgery 1992; 112 (3): 598-602.*
8. *Sano K. Intracranial dysembryogenetic tumors: pathogenesis and their order of malignancy. Neurosurg Rev 2001; 24(4): 162-70.*
9. *Beaudoin S, Gouizi G, Mezzine S, Wan AR, Barbet p. Mediastinal fetus in fetu. Case report and embryological discussion. Fetal Diagn Ther 2004; 19 (5); 453-5.*
10. *Neto EB, de Carvalho CM, Belo MT, Vieira AF, de Oliveira TB, Pereira MC, Leal GM, Branco MM . A rare case of intrapulmonary fetus-in fetu. Rev Port Pneumol 2005; 11 (3): 321-5.*
11. *Kazez A, Ozercan IH, Erol FS, Faik Ozveren M, Parmaksiz E. Sacrococcygeal heart: a very rare differentiation in teratoma. Eur J Pediatr Surg 2002; 12 (4): 278-80.*
12. *Kapoor V, Flom L, Fitz CR. Oropharyngeal fetus in fetu. Pediatr Radiol 2004; 34 (6): 488-91.*
13. *Shin Jh, Yoon Ch, Cho KS, Lim SD, Kim EA, Kim KS, Pi SY, Auh YH. Fetus-in-fetu in the scrotal sac of a newborn infant: imaging, surgical and pathological findings. Eur Radiol 1999; 9(5): 945-7.*
14. *Spencer R. Parasitic conjoined twins: external, internal (fetus in fetu and teratomas), and detached (acardiacs). Clin Anat 2001; 14(6); 428-44.*
15. *Thakral CL, Maji DC, Sajwani MJ. Fetus-in-fetu: a case report and review of the literature. J Pediatr Surg 1998; 33 (9): 1432-4.*
16. *Borges E, Lin-Dunham JE, Vade A. Fetus in fetu appearing as a prenatal neck mass. J Ultrasound Med 2005; 24(9):1313-6.*
17. *Khadaroo RG, Evans MG, Honore LH, Bhargava R, Phillipos E. Fetus-in-fetu presenting as cystic meconium peritonitis: diagnosis, pathology, and surgical management. J Pediatr Surg 2000; 35(5): 721-3.*

Archive of SID

www.SID.ir