گزارش یک مورد نادر توده تیروئید نابجا در مدیاستن قدامی

سید عباس طباطبائی[1]، سید مظفر هاشمی[2]، مجتبی احمدی نژاد[3]

1- دانشیار گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیمارستان الزهراء اصفهان

2- استادیار گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان –بیمارستان الزهراء اصفهان

3- استادیار دانشگاه لرستان، دستیار فوق تخصصی جراحی توراکس دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بیمارستان الزهراء

یافته / دوره دهم / شماره 2 / تابستان 87 / مسلسل 36

چکیده

دریافت مقاله: 86/11/18، ***پذیرش مقاله***: 87/1/21

Ø مقدمه: گواترهای نابجای اولیه مدیاستن بسیار نادر بوده و کمتر از 1% گواترهای خلف جناغی و مدیاستینال است و خونگیری آنها از عروق داخل قفسه صدری می باشد.

Ø گزارش مورد: ما یک بیمار مرد 61 ساله با گواتر مولتی ندولر در گردن و گواتر نابجای اولیه مدیاستن را معرفی می کنیم که با یک توده بزرگ در مدیاستن قدامی که از حدود 6 ماه قبل از مراجعه با علامت تنگی نفس و خس خس سینه مراجعه نموده بود که با برش عرضی گردن و استرنوتومی نسبی جدار باز شد و تودهٔ های مزبور برداشته شدند و تمامی علائم بالینی بیمار در پیگیری از بین رفت. خونگیری توده مدیاستن از عروق داخل قفسه صدری شریان و ورید بی نام بود.

Ø بحث و نتیجه‌گیری: ماتیرویدنابجای مدیاستن واقعی را گزارش نمو دیم که با برش مید استرنوتو می به صورت کامل برداشته شد و کلیه علایم بیمار از بین رفت.

Ø کلید واژه‌ها: تیروئید نابجا، مدیاستن، سرفه مزمن، تنگی نفس

آدرس مکاتبه: خرم آباد، کمالوند، مجتمع آموزشی پردیس، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده پزشکی

پست الکترونیک: dr_ts_ahmadinejad@yahoo.com

مقدمه

غده تیروئیدحوالی هفته سوم جنینی به صورت یک برجستگی از روده قدامی[1] اولیه منشاء می گیرد. این غده در ناحیه فورامن سکوم در قاعده زبان منشاء گرفته و به تدریج از قدام استخوان هیوئید و لارنکس به قدام گردن نزول کرده و در جایگاه واقعی خود قرار می گیرد (1). هر گونه انحراف در نزول نرمال غده تیروئید منجر به ایجاد تیروئید نابجا می گردد (2). به هرحال بافت تیروئید نابجا در مکانهای مختلف از جمله قاعده زبان، غدد تحت فکی، داخل تیموس، داخل مری، داخل تراشه، مدیاستن قدامی و خلفی، دیافراگم و آئورت صعودی گزارش شده است (2، 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10). تیروئید خلف جناغی به سه فرم تقسیم بندی می گردد (11):

1- قسمت بیشتر تیروئید در گردن است و قسمت کوچکی به خلف استخوان جناغ گسترش یافته است.

2- قسمت کوچک تیروئید در گردن است و قسمت بزرگی از تیروئید به خلف استخوان جناغ کشیده شده است.

3- تمامی تیروئید در داخل قفسه صدری قرار دارد.

از نظر شیوع گواتر های خلف جناغی 8/7% می باشد که شیوع سه حالت فوق به ترتیب 81/9%، 15/3% و 2/7% می باشد (11). این گواتر ها 90-75 % به مدیاستن قدامی و 25-10% به مدیاستن خلفی نزول می کنند (11).

تیروئید داخل قفسه صدری به دو نوع اولیه و ثانویه تقسیم می گردد که تیروئید نابجای اولیه و واقعی مدیاستن بسیار نادر بوده و کمتر از 1% گواترهای داخل قفسه صدری است و به صورت معمول بدون علامت بوده مگر اینکه بدلیل رشد اثر فشاری بر تراشه یا عروق وریدی وارد آورند (1، 2).

خونگیری تیروئید نابجا از عروق داخل قفسه صدری بوده و ارتباطی با گردن ندارد. به همین دلیل جهت خارج سازی آنها به برش میداسترنوتومی نیاز است (2،10، 11). تقریباً تمامی موارد تیروئید نابجای مدیاستن با اسکن 131 I مشخص گردیده که بافت تیروئید نرمال در گردن دارند (11).

گزارش مورد

بیمار مردی 61 ساله که با توده قدام گردنی از چند سال قبل که از حدود 6 ماه پیش از مراجعه بدنبال فعالیت دچار خس خس سینه و تنگی نفس می گردید. در بررسی انجام گرفته در CXR توده در مدیاستن قدامی فوقانی بیمار دارد شکل (1).



شکل شماره 1- وجود توده در مدیاستن قدامی فوقانی بیمار

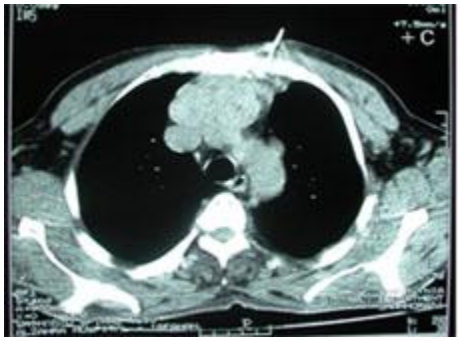
در سی تی اسکن انجام گرفته از قفسه صدری یک توده بافت نرم به ابعاد 60×40×85 mm در مدیاستن قدامی فوقانی در قدام تراشه و در خلف استرنوم با گسترش تا حد کارینا گزارش گردیده است. شکل (2).



شکل شماره 2- توده بافت نرم در مدیاستن قدامی فوقانی در سی تی اسکن

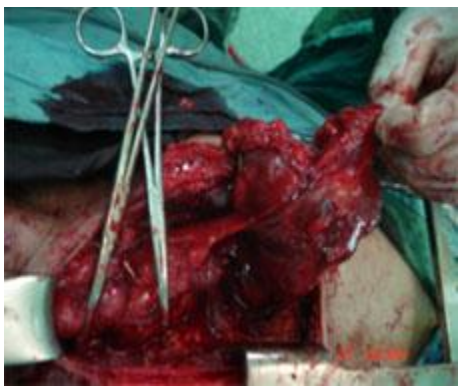
1. Fore gut

در بررسی با اسکن تیروئید گواتر مولتی ندولر در گردن جدا از توده مدیاستن گزارش شد. در بیوپسی با گاید سی تی که انجام شد گواتر مولتی ندولر گزارش گردید. شکل (3).



شکل شماره 3- گواتر مولتی ندولر در گردن

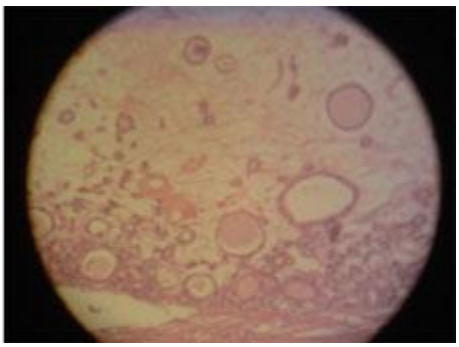
در بررسی های قبل از عمل اکو قلب در محدودهٔ نرمال (EF=60) قراردارد و اسپیرومتری نمای انسدادی را مطرح کرده بود. آزمایشات قبل از عمل Hb-CBC- هورمونهای تیروئید، TSH-LDH-aFP-HCG و الکترولیت ها نرمال بودند. بیمار تحت عمل جراحی با برش T در گردن و استرنوتومی نسبی قرار گرفت که در بررسی تیروئید لوب راست به صورت ندول بزرگ بود لوب چپ تقریباً در حد نرمال بود و یک توده به ابعاد mm 85×60×60 در محل تیموس در مدیاستن قدامی وجود داشت که خونگیری آن از عروق داخل قفسه صدری از شریان و ورید بی نام بود که (شکل 4 و 5) در بررسی پاتولوژی از بیمار گواتر مولتی ندولر کیستیک گزارش گردید شکل (6). در follow up چهار ماه بعد کلیه علائم بیمار از بین رفته بود



شکل شماره 4- خونگیری توده در محل تیموس در مدیاستن قدامی از عروق داخل قفسه صدری از شریان



شکل شماره 5- خونگیری توده در محل تیموس در مدیاستن قدامی از عروق داخل قفسه صدری از شریان و ورید



شکل شماره 6- گواتر مولتی ندولر کیستیک

بحث و نتیجه گیری

تیروئید نابجا نتیجه مهاجرت غیر طبیعی غده تیروئید است. طبق مطالعات اتوپسی شیوع بافت نابجای تیروئید بین 10-7% می باشد که تیروئید زبانی 90% موارد فوق را شامل می شود (2، 9، 10). بر خلاف گواتر های تحت جناغی که نتیجه گسترش غده تیروئید از گردن می باشد، گواتر مدیاستن اولیه بسیار نادر بوده و کمتر از 1% موارد را شامل می شود که از بافت تیروئید فرعی در مدیاستن منشاء می گیرد خونگیری آن از عروق داخل قفسه صدری می باشد و روش جراحی توصیه شده جهت خروج آنها استرنوتومی است (1، 2).

تیروئید نابجا و گواتر مدیاستن اولیه به خصوص در مدیاستن خلفی شیوع بسیار کمتری دارد. تمامی بیماریهای مرتبط با تیروئید در وضعیت نرمال می تواند تیروئید اکتوپیک را درگیر نماید، از جمله آدنوم،هیپرپلازی، التهاب و کارسینوم

می تواند در تیروئید نابجا ایجاد گردد (9) و حتی شیوع بدخیمی در گواترهای رترواسترنال و مدیاستینال شایعتر بوده و حدود 10% یعنی 10 برابر حالت نرمال است (12).

آقای جیبد نرو[1] همکاران در سال 2004 یک مورد آدنوم تیروئید مدیاستینال را در بیمار با گواتر مولتی ندولر گردنی معرفی کردند که با توراکوسکوپ آن را خارج نمودند (13).

در بررسی و تشخیص این بیماری انجام آزمایشات سرولوژیک تیروئید،اسکن رادیونوکلوئید، سی تی اسکن ممکن است مفید باشد (10). برداشت ماده رادیواکتیو توسط توده گواتر مدیاستن را اثبات می کند ولی منفی بودن آن، رد کننده گواتر نابجا نیست (11، 10).

بیش از $\frac{1}{2}$ گواترهای مدیاستینال دارای علامت بوده و در خانمها به خصوص بالای 45 سال شایعتر است (2).

آقای تاکاشی هاسگاوا[2] و همکاران در سال 2006 یک مورد نادر مارسینوم اندیفرانسیه برخاسته از تیروئید نابجا مدیاستن قدامی را معرفی نمودند که بیمار تحت عمل جراحی برداشتن توده و لیزر داخل مجاری راه هوایی قرار گرفت و پس از stent راه هوایی استفاده کردند و رادیوتراپی خارجی نیز بکار بردند ولی علی رغم همه اینها بیماری بیمار سریعاً عود کرده و باعث مرگ بیمار گردید (14).

بیماری که ما معرفی کردیم یک گواتر مولتی ندولر در گردن در جایگاه طبیعی تیروئید داشت و یک توده تیروئید نابجا در جایگاه تیموس در مدیاستن قدامی داشت که هر دو آنها در یک مرحله با برش شکل T گردن و استرنوم خارج گردیدوکلیه علائم بیمار از بین رفت.

1. Bodner J
2. Takashi Hasegawa

References

1. Geeta Lal, orlo H. Clark, thyroid, parathyroid, adrenal in F. Charles Brunicardi, Principles of surgery, eighth edition New York, MCGRAW-HILL, 2005: 1397-1429
2. Clark Gamblin T, Russell Jennings G, Dudley B. Christie III, William M. Thompson and martin: Ectopic thyroid, Ann thorac surg, 2003; 75: 1952-1953
3. Arriaga MA, Myers EN. Ectopic thyroid in the retro esophageal superior mediastionum. Otolaryngol head and neck surg, 1988: 99:338- 340
4. Noyek Am, Friederg J: thyroglassal duct and ectopic thyroid disorsers. Otolaryngol clin north Am 1981: 14: 187-201.
5. Postlethwait RW, Detmer DE. Ectopic thyroid Nodule in the esophagus. Ann thorac surg, 1975: 19: 98 –100
6. Richaded J. Williams, FRCS (CTh), Gerge lindop, Rcpath, and John Butler, FRCST (CTh); Ectopic thyroid tissue on the ascending Aorta Ann thorac surg 2002; 73: 2-19
7. Thomas G, Hoilat R, Daniels JS, Kalagei W. Ectopic lingual thyroid: Int.J. oral maxillofac. surg. 2003; 32: 219-221
8. Aug ustine TM. Tang Frcsed M, Johnson J, Bruce A, David F. Weeden: thoracic intra thymic thyroid and cervical goiter. Ann thorax surg. 2002; 47: 578-579
9. Keith M. Pritchyk Lester DR. Thompson and Sonya Malekzadeh: endoscopic management of intratracheal ectopic thyroid otolaryngol head neck surg 2004; 130: 630-632
10- Thomas W. Shield: lesion Mas querading as primary mediastinal cuaors or cyst in Thomas. W. shield. Genaral thoracic surgery sixth edition. USA. Lippincott Williams and wilking, 2005: 2500-2524
11. Thomas W. Shield: lesion Mas querading as primary mediastinal cuaors or cyst in Thomas. W. shield. Genaral thoracic surgery fifth edition. USA. Lippincott Williams and wilking, 2000: 2115-2134
12. Gregory D. Sadler orio H. Clark Jon A. Heerden V, Farley D. Thyroid and parathyroid in Seymour I. Schwartz principles of surgery seventh ediotion. New York. MCGRAW –HILL, 1999: 1661-1714
13. Bodner J, Lotersberger CA, Kirchmayer W, Schimid T. Ectopic mediastinal thyroid adenoma; cardio thoracic surgery 2004; 26: 211-212
14. Hasegawa T, Tsuda Y, Sunakawa M, Uchida K, Sawabe M, Takahashi H. undifferentiated carsinoma arising from ectopic thyroid tissue in the anterior mediastinuma. respiratory medicine extra 2006; 2: 85-88