

گزارش دو مورد بدخیمی پاپیلاری کیست تروگلسال

۱-دکتر رضا رنجبر ۲-دکتر بابک محمدیان

۳-دکتر یزدان مظاهری ۴-دکتر الناز لک

(تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۸/۵ تاریخ پذیرش ۱۳۹۴/۹/۲۸)

چکیده:

بدخیمی مجرای کیست تروگلسال از تومورهای ناشایع خط وسط گردن است که اکثر مواقع پس از برداشتن کیست تشخیص داده می شود و شیوع این تومور حدود 1-1/5 درصد است. در این مقاله دو مورد از بدخیمی پاپیلاری کیست تروگلسال گزارش می شود.

دام های مورد مطالعه دو گوسفند ۸ و ۱۲ ماهه بودند که در سال های ۱۳۷۹ و ۱۳۷۷ به دلیل توده ای در ناحیه گردن به کلینیک مراجعه نموده بودند نمونه برداری با سوزن و سونوگرافی در کیست تروگلسال از جهت رد بدخیمی منفی کاربرد بالایی دارد. تنها راه قطعی درمان در کیست تیروگلسال برداشتن آن است. از سوی دیگر در درمان آن در انسان و دام اختلاف نظر جدی وجود دارد، به طوری که بعضی معتقد به برداشتن کامل تیروئید هستند، اما در صورتی که تیروئید، غدد لنفاوی و لبه های توده برداشته شده درگیر نباشند لزومی به برداشتن تیروئید و تحمیل عوارض آنبه دام نیست، می توان درگیری تیروئید را با پیگیری های مرتب تشخیص داد.

کلمات کلیدی: بدخیمی کیست تروگلسال، پاپیلاری کارسینوما، جراحی سیسترانک

۱) بخش آناتومی و جنین شناسی دانشکده دامپزشکی دانشگاه شهید چمران

۲-بخش پاتولوژی دانشکده دامپزشکی شهید چمران اهواز

۴-دانشجوی دوره ی دستیاری علوم تشریحی دانشگاه شهید چمران اهواز

مقدمه

دهد. انواع دیگر به ترتیب شامل: پاپیلاری - فولیکولار، آناپلاستیک و هرتل می باشد. البته هیچ موردی از

کارسینوم مدولاری برخاسته از مجرای تیروگلو سال گزارش نشده است (۷و۸).

در این مقاله دو مورد از بدخیمی پاپیلاری کیست تیروگلو سال گزارش می شود.

معرفی دام های مورد مطالعه

مورد اول گوسفندی ۸ ماهه بود که دچار توده ای در ناحیه سوپراهیوید شده بود که به تدریج بزرگ و سخت شده و به استخوان هایوید چسبندگی پیدا کرده بود. علی رغم علائم کلینیکی جواب آسپیراسیون با سوزن و سونوگرافی منفی گزارش شده بود. پس از عمل جراحی توده و استخوان هایوید کامل برداشته شدند. جواب نمونه پاتولوژی بدخیمی پاپیلاری کیست تیروگلو سال با لبه های غیردرگیر و با اندازه ای حدود ۲ سانتی متر مربع گزارش شد. با توجه به نرمال بودن بافت تیروید در معاینه و سونوگرافی از برداشتن غده تیروید صرف نظر شد و بعد از آن نشانه ای از عود موضعی یا متاستاز یافت نشده است.

مورد دوم گوسفندی ۱۲ ماهه بود که دچار توده ای کیستیک به اندازه ۳ سانت در خط وسط و در زیر غضروف تیروید شده بود که با عمل بلع حرکت می کرد، لذا با تشخیص کیست تیروگلو سال مورد عمل جراحی قرار گرفت. جواب پاتولوژی، بدخیمی پاپیلاری گزارش شد که تهاجم به کپسول نیز داده بود. در طول پیگیری این کیس نیز نشانه مشکوکی یافت نشده است.

کیست تیروگلو سال شایع ترین اختلال در تکامل تیروید و شایع ترین توده گردنی خط وسط در دام است (۱). میزان شیوع مجرای تیروگلو سال در جامعه حدود ۷ درصد است (۲) که کیست آن می تواند در هر زمان از حیات دام بروز دهد. محل این کیست ها معمولاً بین غده تیروید و استخوان هایوید (۶۱ درصد) و بقیه در ناحیه سوپراهیوید (۲۴ درصد)، سوپراسترنال (۱۳ درصد) و داخل زبانی (۱-۲ درصد) قرار دارند. با وجودی که این کیست ها در خط وسط گردن قرار دارند، می توان آنها را با فاصله چند سانتی متر از خط وسط نیز دید (۲).

در طول زمان تجمع ترشحات یا التهاب موضعی درون مجرا منجر به تشکیل کیست می گردد که در این مرحله توده ای بی علامت است که با ازدیاد ترشحات به تدریج بزرگتر می شود (۵-۷)، منتهی این کیست ها متعاقب یک عفونت دستگاه تنفسی فوقانی دچار التهاب شده و به سرعت بزرگ می شود و علت آن التهاب غدد لنفاوی ناحیه، تجمع ترشحات و بسته شدن مسیر تخلیه از طریق دهانه سکوم است (۶).

درمان انتخابی کیست تیروگلو سال عمل جراحی سیسترانک است، به طوری که علاوه بر برداشتن مجرا، باید حدود 1-1/5 سانتی متر از استخوان هایوید را نیز برداشت تا از قطع مسیر مجرا در طول آن جلوگیری شود و احتمال عود کمتر شود، همچنین سلولهای سرطانی احتمالی باقی نمانند (۲).

بدخیمی کیست تیروگلو سال ناشایع است و حدود 1-1/5 درصد از کیست های تیروگلو سال دچار بدخیمی می شوند (۱). شایع ترین نوع هیستولوژیک بدخیمی تیروگلو سال در ۹۳ درصد مواد کارسینوم پاپیلاری است و کارسینوم سلول سنگفرشی ۵ درصد موارد را تشکیل می

بحث و نتیجه گیری

کیست او تنها یک سانتی متر بود، تهاجم به کپسول نیز پس از کالبد گشایی مشاهده گردید.

با توجه به مطالب عنوان شده علایم بالینی، سونوگرافی و اسکن و نمونه برداری با سوزن جهت پیگیری کیست تیروگلو سال ناکافی بوده و تنها راه تمایز کیست تیروگلو سال از بدخیمی آن و جلوگیری از عوارض احتمالی، برداشت وسیع و کامل کیست در مراحل اولیه است، بنابراین با کیست تیروگلو سال باید مانند هر توده ناشناخته گردنی برخورد شده و برداشته شود.

لازم به ذکر است کیست تیروگلو سال در 0/6 درصد از موارد دچار عفونت حاد شده و 33 درصد این موارد به فیسچول تبدیل می گردد(2) و احتمال بالای بروز چنین عوارضی دلیل دیگری بر ضرورت برداشت کیست تیروگلو سال در مراحل اولیه است. نکته دیگر آن که درمان آنتوبیوتیکی کیست های تیروگلو سال دچار التهاب حاد، اگرچه اندازه آنها را کوچک می نماید، اما برخلاف دیگر توده های گردنی ضرورت برداشتن آنها را منتفی نمی کند، زیرا کیست های تیروگلو سال که یک بار دچار التهاب حاد شده اند شانس عفونت حاد آنها و یا تبدیل آنها به فیسچول چندین برابر می شود(3).

نحوه درمان کیست تیروگلو سال نیز بحث برانگیز است، زیرا با توجه به ناشایع بودن این تومور نه تنها درمان واحدی برای آن مطرح نیست، بلکه به شدت اختلاف نظر در مورد آن وجود دارد. شاید در آینده با انجام یک متآنالیز از موارد گزارش شده بتوان به طرح درمانی واحدی دست یافت.

در زمان مراجعه این دو دام و هنگام تعیین طرح درمانی تصمیم به حفظ تیروئید گرفته شد، زیرا لبه های بافت برداشته شده به وسیله بدخیمی درگیر نشده بود و از طرف دیگر غده تیروئید و غده لنفاوی گردنی سالم بودند. همچنین هیچ دلیل آماری قابل قبول و اثبات شده ای برای برداشت تیروئید وجود نداشت و ندارد. پیش آگهی بدخیمی پاپیلاری بسیار عالی است(14) و احتمال

بدخیمی مجرای کیست تیروگلو سال از تومورهای ناشایع خط وسط گردن است که اکثر مواقع پس از برداشتن کیست تشخیص داده می شود و شیوع این تومور حدود 1-2 درصد است(1).

در این مقاله دو مورد از بدخیمی پاپیلاری کیست تیروگلو سال گزارش می شود.

در دو مورد عنوان شده دو تظاهر متفاوت از بدخیمی کیست تیروگلو سال بحث شده است. یکی بدون علامت بوده و دیگری با چسبندگی و دیگر مشخصات بدخیمی بروز کرده است، ولی سونوگرافی و معاینه بالینی تیروئید در هر دو نرمال گزارش شده بود، لذا درمان تنها، به برداشتن توده و پیگیری های بعد محدود شد و از برداشتن تیروئید صرف نظر شد.

اولین نکته که در این دو کیس مورد توجه قرار گرفت که البته در بسیاری از گزارش های دیگر ذکر شده است منفی بودن نتایج آسپیراسیون با سوزن با وجود مثبت بودن نتایج اکسیژنال بیوپسی در آنها و تشخیص بدخیمی بعد و نه قبل از جراحی بود(9-13). به عبارت دیگر نمونه برداری با سوزن با وجودی که می تواند در مواردی تأیید کننده بدخیمی باشد، اما به هیچ عنوان رد کننده آن نیست که بر خلاف ندول های تیروئید است که نمونه برداری با سوزن ارزش تشخیصی بالایی دارد و دیگر آن که اکثر بدخیمی های کیست به صورت یک کیست تیروگلو سال بی علامت خود را نشان می دهند و بعد از جراحی و اکسیژنال بیوپسی تشخیص بدخیمی داده می شود. از طرف دیگر با وجودی که اندازه متوسط کیست های بدخیم را 2-4 سانتی متر گزارش کرده اند(۱۳)، اندازه کیست نیز رد کننده بدخیمی نیست، به طوری که در یک دام مورد مطالعه که کاملاً بی علامت بود و اندازه

سرطانی در گردن بهتر است گردن باز شده، تیروئید، غدد لنفاوی و دیگر بافت های احتمالی درگیر برداشته شود و بعد با استفاده از ید رادیواکتیو سلول های احتمالی بدخیم باقی مانده از میان برده شوند، در غیر این صورت عمل جراحی اولیه با پیگیری های مرتی کفایت می کند.

درگیری تیروئید و طرح تومور اولیه چند کانونی که طرفداران برداشتن تیروئید به آن معتقدند(15) دلیل خوبی برای برداشت تیروئید نیست، زیرا با پیگیری های منظم با سونوگرافی و اسکن تیروئید می توان تومورهای همزمان تیروئید در مراحل اولیه تشخیص داد و در صورت لزوم اقدام به برداشت تیروئید کرد.

به طور کلی نتیجه گیری می شود تنها در صورتی باید اقدام به برداشتن تیروئید کرد که یا خود تیروئید درگیر باشد و یا غدد لنفاوی گردنی و یا لبه های توده برداشته شده درگیر باشد که با توجه به پخش سلولهای



کیست تر و گلو سال

1. Weiss SD, Orlish CC. Primary papillary carcinoma of thyroglossal duct cyst :report of a . case and review of literature . Br J Surg 1991;78:87-9.
2. Charles M, Robin T. Cotton .Congenital thyroid cysts and ectopic thyroid . In :Falk . SA(editor). Thyroid disease. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott –Raven;1997; 467-73.
3. Degroot LJ, Jameson JL. Surgery of thyroid. In:Krester D, Grossmen A, Marshal . J(editors). Endocrinology. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saundres company; 2001; 1581-608.
4. Anniball MD, Cerasdi V, Compioni N. Papillary carcinoma of thyroglossal duct cysts: . report of a case and review of the literature. Chir Ital 2000; 52(4): 435-9.
5. Katz AD, Hachigan M. Thyroglossal duct cyst: A third year experience with emphasis on occurrence in older patients. Am J Surg 1988; 155: 741-4.
6. Noyek AM, Friedberg J. Thyroglossal duct and ectopic thyroid disorders. Otolaryngology . Clin North Am 1981; 14: 187-201.
7. Doshi SV, Cruz RM, Hilsinger RL. Thyroglossal duct carcinoma: a large case series . Ann . Otol Rhinol Laryngol 2001; 110(8): 734-8.
8. Pribitkin BA, Friedman O. Papillary carcinoma in a thyroglossal duct remnant. Arch . Otolaryngol Head and Neck Surg 2002; 128(4): 461-4.
9. Cote DN, Stargis EM, Miller RH. Thyroglossal cyst carcinoma :an unusual case of Hurthle . cell carcinoma. Otolaryngology Head and Neck Surg 1995; 113: 153-6.
10. Samora C, Bechrakis I, Strigaris K. Thyroglossal cyst carcinoma: case report and review . of the literature with emphasis on CT finding. Neuroradiology 2001; 43(8): 647-9.
11. Pai RR, Raghuvver CV. Primary papillary carcinoma in a thyroglossal duct cyst. Indin J . Cancer . ۳۰۰۰; ۳۷(۲-۳): ۱۱۱-۳.
12. Hsu CY, Tsay SH, Chiang H. Papillary carcinoma of thyroglossal duct cyst: a case report.. Zhonghua Yi Xue Za Zhi 1995; 55(2): 199-202 (Article in Taipie).

13. Peterz A, Leiberman E, Kapelushnik J. Thyroglossal duct carcinoma in children: case presentation and review of the literature. *Thyroid* 2004; 14(9): 777-85.
14. Stephan YL, Mandel SJ, Weber RS. Management of thyroid neoplasms .In: Cummings . CW, Flint PW ,Harker LA(editors). *Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery*. 4th ed. Pennsylvania: Mosby; 2005; 2687-722.
15. Annibale M, Cerasdi V, Barbaraso A. Papillary carcinoma of thyroglossal duct cysts: . Report of case and review of literature. *Chir Ital* 2000; 52(4): 435-439.
16. Patel SG, Escrig M, Shaha AR, Singh B, Ahah JP. Management of well-differentiated . thyroid carcinoma presenting within a thyroglossal duct cyst. *J Surg Oncol* 2002; 79(3): 134-9.
17. Peterz A, Leibermn E. Thyroglossal duct carcinoma in children: case presentation and . review of the literature. *Thyroid* 2004; 14(9): 777-85.
18. Astl J, Duskova J, Kraus J. Coincidence of thyroid tumor and thyroglossal duct remnant. . Review of literature and presentation of three cases. *Tumori* 2003; 89(3): 314- 20.
19. Luna-Ortiz K, Hutodo-Lopez LM, Valderrama-Landaeta JL. Thyroglossal duct cyst with . papillary carcinoma: what must be done?. *Thyroid* 2004; 14(5): 363-6.
20. Miccoli P, Minuto MN, Galleri D, Puccini M. Extent of surgery in thyroglossal duct carcinoma: reflections on a series of eighteen cases. *Thyroid* 2004; 14(2): 121-3.