

## (مقالات پژوهشی)

## گزارش یک مورد پاراگانگلیومای عصب واگ با تظاهر توده گردنی

سید عبدالحسین معصومی<sup>۱\*</sup> خشایار احمدی<sup>\*\*</sup>

## چکیده

پاراگانگلیوماها از جمله تومورهای نادر در ناحیه سر و گردن می باشند و هنوز در مورد نحوه تشخیص آنها بحث وجود دارد. از سال ۱۸۸۰ تا کنون ۸۰ مورد از این بیماری گزارش شده است. در این مطالعه یک مورد از پاراگانگلیوما با منشاء عصب واگ گزارش شده است. در این مورد، یک آنژیوگرام، احتمال تومور را داخل عصب واگ را برای ما مطرح کرد و عمل جراحی و خارج سازی تومور، تشخیص عارضه را تایید کرد. م ع پ ۱۳۸۸؛ ۸(۱): ۱۳۰-۱۲۴

کلید واژه گان: پاراگانگلیوما، عصب واگ، توده گردن

## مقدمه

به دو گروه کرومافین و غیر کرومافین نیز تقسیم بندی می شوند. حتی در حضور واکنش کرومافینی نمی توان بطور قطع حضور یک کاتکولامین یا ایندول آمین را اثبات کرد. پاراگانگلیوماها توده های نادری هستند که ۱۰ درصد از آنها در عصب واگ یافت می شوند و در واقع با یکی از پاراگانگلیوماهای واگ ارتباط دارند. تا کنون ۸۰ مورد از این بیماری گزارش شده است (۳). تومورهای داخل عصب واگ محدود به این نقطه نیستند و ممکن است در نقاط مختلفی در طول عصب مشاهده شوند؛ حتی در ناحیه دو شاخه شدن کاروتید نیز ممکن است یافت شوند. اگر تومور در قسمت پائین قرار گیرد ممکن است عروق کاروتید را به سمت جلو جابجا کند و اغلب ورید ژوگولر را تحت فشار قرار دهد در موارد نادر، واگال پاراگانگلیوما با تظاهر رفلکس سنکوپ کاردیوواسکولار گزارش گردیده است.

پاراگانگلیوماها، نئوپلاسم هائی از تنه های پاراگانگلیونیک سیستم عصبی خودکار می باشند. این پاراگانگلیوماها، به طور قرینه و قطعه قطعه در مناطق اطراف محوری بدن قرار گرفته اند و به طور مشخص، با شبکه عروقی شریانی ارتباط دارند (۱). بر پایه تقسیم بندی تشریحی، پاراگانگلیوماها ممکن است در عصب واگ، سمپاتیک اطراف آئورت و در اعصاب خودکار احشائی قرار داشته باشند. سلول های پاراگانگلیوما شامل ژوگولوتیمپانیک، داخل کاروتید، ساب کلاوین، لارنژیال، کوروناری، آنورتیکوپولموناری و ریوی می باشند (۲).

پاراگانگلیوماها از نظر اندازه میکروسکوپی هستند و از دو نوع سلولهای اصلی (که از سلولهای T گرانولر حاوی کاتکول آمین) و سلولهای ستاره ای شبیه به شوان تشکیل یافته اند پاراگانگلیوماها از لحاظ واکنش کرومافین در سلول یا بافت

\*استادیار گروه گوش، حلق و بینی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

\*\*دستیار گروه گوش، حلق و بینی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

۱- نویسنده مسوول Email: drmasoomi@yahoo.Com

## معرفی بیمار

خانواده بیمار هیچ گونه سابقه ای از توده های مشابه گردنی وجود نداشت.

ناحیه گردن بیمار تحت عمل جراحی توسط یک برش بلند مایل در طول کناره قدامی عضله استرونوکلیدوماستوئید که از ماستوئید تا بالای کلاویکل ادامه داشت باز شد. یک توده خاکستری عروقی در قسمت لترال شریان کاروتید و ورید ژوگولر داخلی دیده شد. ورید ژوگولر داخلی فشرده شده بود و تومور از عصب واگ برخاسته بود که در قسمت فوقانی به سمت قاعده جمجمه انتشار پیدا کرده بود.

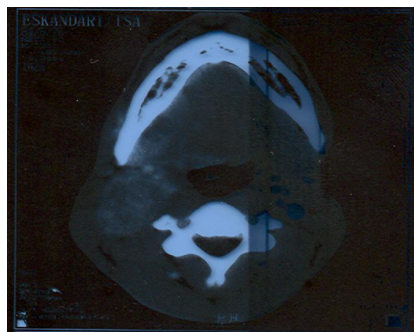
بدنبال خونریزی شدید شاخه خارجی شریان کاروتید بسته شد تا خونریزی متوقف شود و تومور کاملاً خارج شد. همزمان با این کار به علت ارتباط کامل تومور با عصب واگ، عصب واگ نیز خارج شد. بهبودی بیمار ۶ ماه بعد از عمل کامل بود، به جز این که اندکی خشونت صدا داشت. در معاینه غیر مستقیم حنجره محدودیت حرکت طناب صوتی سمت راست دیده شد که با گذشت زمان صدای بیمار و حرکت طناب صوتی به اندازه طبیعی باز گشتند. یافته های بیوپسی، نمای Zellballen را که پاتوگنومیک پاراگانگلیوما است را نشان می داد (شکل ۴).

بیمار یک مرد جوان ۲۵ ساله بود که در تاریخ ۱۳۸۴/۹/۲۰ به درمانگاه گوش و حلق و بینی بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز بود. کرد که از وجود یک توده با اندازه افزایش یابنده در طول ۸ سال در قسمت فوقانی سمت راست گردن شکایت داشت. این توده درست زیر ماستوئید و در عمق ناحیه عضله استرونوکلیدوماستوئید قرار داشت و اندازه آن حدود ۸×۶ سانتی متر بود (شکل ۱). بیمار از این مشکل نیز شاکی بود که با فشار بر توده دچار حالت سرفه می شد. هیچ تاریخچه ای از خشونت صدا، بازگشت غذا به داخل بینی، حملات سنکویی یا درد در ناحیه مورد نظر گزارش نگردید. همچنین وی سابقه ای از ضربه و یا تب را ذکر نمی کرد.

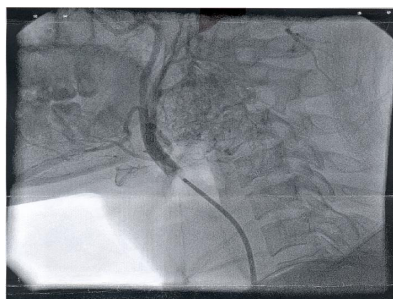
در معاینه فیزیکی، یک تورم ضرباندار و سفت که فقط در راستای جانبی متحرک بود لمس می شد عروق کاروتید در قدام توده لمس لمس می گردید که و حجم نرمال داشتند. در سمع توده، همهمه وریدی سمع می شد و در معاینه اوروفارنکس هیچ گونه جابجائی به سمت داخل در ناحیه اطراف لوزه ای وجود نداشت. و در لارنگوسکوپی غیر مستقیم نیز هیچ گونه فلج تارهای صوتی مشخص نشد. اندازه وانیل ماندلیک اسید ادرار در حدود طبیعی بود. در گرافی قفسه سینه نیز یافته غیر طبیعی مشاهده نشد. در



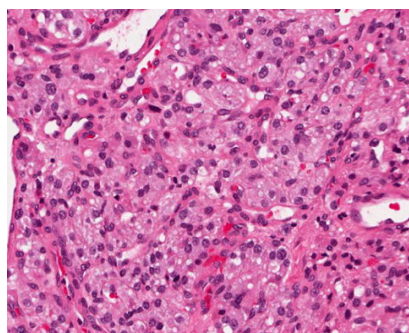
شکل ۱: نمای جانبی سمت راست بیمار یک توده در قسمت فوقانی گردن را نشان می دهد.



شکل ۲: در مقطع سی تی اسکن اگزیتال، توده با رزولوسیون بالا و تراکم پراکنده در عمق عضله استرنوماستوئید و در قسمت خلفی - جانبی شیت کاروئید مشاهده می شود



شکل ۳: عروق تغذیه کننده توده در ناحیه بالای توده دیده می شوند که از شریان گوشه خلفی می باشد.



شکل ۴: نمای هیستوپاتولوژیک واگال بادی نشانگر می باشد (zellballen سلولهای کاراکترستیک).



## بحث

پاراگانگلیوماهای عصب واگ از بقایای بافت پاراگانگلیونیک در داخل پری نوریوم عصب واگ عمدتاً بلافاصله در زیر گانگلیون تحتانی عصب واگ ایجاد می شوند. در این تومورها، تمایل به چند مرکزی بودن وجود دارد. در ۱۳ درصد موارد، پاراگانگلیوماهای اینتراوآگال با سایر تومورهای ستیغ عصبی همراه هستند. یک تجمع فامیلی در ۸ درصد از موارد گزارش شده است. فلج عصب واگ که به دنبال آن خشونت صدا ایجاد می شود، ممکن است اولین علامت عارضه باشد. بسته شدن ناکافی حنجره در حد تارهای صوتی می تواند باعث آسپیراسیون مایعات شود. گاهی بیمار از توده بدون درد با هیچ گونه علامت و نشانه همراه دیگری شکایت دارد به نحوی که در بیمار ما نیز چنین حالتی مشاهده شد. این تومورها هر چه پیشرفت کنند علامت های اضافه دیگری (بسته به موقعیت تومور) ایجاد خواهد شد که ممکن است با دیسفاژی و افتادگی شانه خود را نشان دهند. فلج و بی حسی در ناحیه کام باعث مقادیر متفاوتی از رفلاکس به داخل بینی و آسپیراسیون مایعات خواهند شد. تشخیص قبل از عمل ممکن است بر پایه وجود توده ضرباندار بدون درد (که مشخصاً در راستای لترال جابجا می شود ولی در راستای عمودی جابجائی ندارد) صورت پذیرد که متخصصین را به سمت یک توده مرتبط با عصب واگ هدایت خواهد کرد. در صورت انجام یک آنژیوگرام (شکل ۳)، یک تومور عروقی دیده می شود که بزرگتر از اندازه واقعی آن به نظر می رسد و می تواند در جسم کاروتید نیز مشاهده شود (به علت شبکه حلقی که تومور را احاطه کرده است) (۱). غدد لنفاوی ناحیه ای و ریه شایعترین مناطق درگیری در اثر متاستاز می باشند (۲). سی تی اسکن (شکل ۲) در تعیین ارتباط تومور با قاعده جمجمه مفید است، ولی ارزش تشخیصی قطعی ندارد. انجام بیوپسی انسیزیونال لازم نیست و در واقع به علت طبیعت عروقی تومور و خطر خونریزی نباید صورت گیرد (۳،۴).

به علت از بین رفتن صفحات بافتی در اثر تومور ممکن است خارج کردن تومور، کار مشکلی باشد. خارج کردن تومور با جراحی، راه درمانی بیماری می باشد که در اکثر موارد به قربانی کردن عصب واگ خواهد انجامید. در مواردی که بیماری زود تشخیص داده می شود به علت ماهیت پری نورال، بیماری عصب واگ می تواند دست نخورده باقی بماند. در صورتی که گسترش داخل جمجمه وجود داشته باشد یک کرانیوتومی خلفی لازم خواهد بود. تومورهائی که در سوراخ ژوگولر رشد می کند ممکن است با نشانه های فلج شدن اعصاب ۹ و ۱۱ مغزی مراجعه کنند (۴). رادیاسیون برای بیماران مد نظر قرار می گیرد که به قدری بیمار هستند که عمل جراحی را تحمل نمی کنند و یا برای ضایعاتی که به طور کامل خارج نشده باشند و همچنین برای موارد عود ضایعات متاستاتیک انجام می شود.

انتشار تومور به داخل جمجمه و قاعده جمجمه، تظاهر عمده نوع بدخیم تومور بوده و پاراگانگلیومای عصب واگ با متاستاز غده لنفی نیز گزارش شده است (۵). رادیاسیون باعث ایجاد فیروز بسیار شدید و تشکیل قطعات کلاژن خواهد شد ولی تاثیری بر اثری روی سلول های اصلی یا عروق نخواهد داشت؛ در نتیجه، نمی توان انتظار داشت که با رادیوتراپی بیماری ریشه کن شود (۶). متاسفانه در ۱۹ درصد موارد بدخیمی دیده می شود که ممکن است به عنوان تنها تظاهر بیماری خود را نشان دهد. طول عمر بیمار بعد از عمل رزکسیون پاراگانگلیومای واگ برای خودش و همچنین برای خانواده اش مهم است که این به خاطر تجمع فامیلی و احتمال بدخیمی در تومور می باشد (۷). وانگ (Wang) و همکاران به این نتیجه رسیدند که علاوه بر تشخیص میکروسکوپی پاراگانگلیوما، مطالعات ایمنو هیستوپاتولوژیک کمک فراوانی جهت تشخیص منشأ اولیه واگال پاراگانگلیوما می کنند (۸). تومور ممکن است به سمت عقب گسترش یافته باشد، و اگر نوک ماستوئید درگیر شده باشد رویکرد ترانس ماستوئید یا از راه گردنی لازم

در ارتباط با تومورهای بزرگ را مناسب دانسته اند و اختلالات نورولوژیک پس از عمل را به عنوان مسئله مهم و نیازمند به توانبخشی جهت بلع و فوناسیون بعنوان هدف راهبردی در نظر گرفتند (۱۲). الیزابت (Elisabetta) و همکاران نیز طی یک مطالعه گذشته نگر روی ۱۶ بیمار رزکسیون سرویکوپاروتید و دیسکسیون اطراف کپسولار از طریق تکنیک میکروسرجری را بیان کردند (با اکسپوژر رترواستیلوئید پارافارنژیال).

خواهد شد (۱۰). پیش آگهی بیماری در اغلب موارد خوب است. تشخیص زود هنگام و خارج کردن کامل جراحی بیمار بهترین شانس برای بهبودی کامل بیمار را تامین خواهد کرد. عمده ترین علت مرگ گسترش عارضه به داخل جمجمه می باشد. کارلسن (Carlsen) و همکاران درمان منطقی بیماران نوع بدخیم (MVP) را آمبولیزاسیون قبل از عمل و رزکسیون رادیکال جراحی دانسته اند (۱۱). کالدردالی (Caldareli) و همکاران رویکرد ترانس سرویکال بدون برداشت استخوان ماندیل (ماندیولکتومی)

### منابع

- 1-Druck NS, Spectoe GJ, Ciralsky RH. Malignant Glumus vagale: report of a case and review of literature. Arch Otolaryngol 1976;102:534-6.
- 2-Glenner GG, Grimley PM. Tumours of the extra-adrenal paraganglion system (including chemoreceptors). In: "Atlas Of Tumour Pathology." Series 2, Fasc. 9., Armed Forces Institute of Pathology, Washington DC, 1974.
- 3-Black FO, Myers EN, Parnes SM. Surgical management of chemodectomas. Laryngoscope 1977;1259-69.
- 4-Moore G, Yarrington CT Jr, Mangham CA Jr. Vagal body tumours: diagnosis and treatment. Laryngoscope 2002; 96:533-6.
- 5-Someren A, Karcioğlu Z. Malignant Vagal Paraganglioma: report of a case and review of literature. Amer Clin Pathol 1998; 68:400-8.
- 6-Spector GJ, Maisel RH, Ogura JH. Glomus Jugulare Tumours. II. A clinicopathologic analysis of the effects of radiotherapy. Ann Otol Rhinol Laryngol 1999; 83:26-32.
- 7-Urguhart GJ, Maisel RH, Ogura JH. Glomus Jugulare Tumours. II. A clinicopathologic analysis of the effects of radiotherapy. Ann Otol Rhinol Laryngol 1974;104(4):440-5.
- 8-Wang M, Wang HS, Zhu XZ. Clinicopathologic study of four vagal paraganglioma. Shanghai 2000, 80, Shanghai Jiatong University China.
- 9-Furukawa M, Furukawa MK, Matsuda H. Vagal paraganglioma: case report. Otorhinolaryngol 1998;60(5):291-4.
- 10- Cummings, C.W., 2005. Otolhinolaryngology Head and Neck Surgery. 4<sup>th</sup> edition., Mosby, ST Louis , USA., ISBN:0323019854, pp:2716-17.
- 11-Carlsen CS, Godballe C, Krogdahl AS, Edal AL. Malignant vagal paraganglioma: report of a case treated with embolization and surgery. Auris Nasus Larynx 2003;30(4):443-6.
- 12-Caldarelli C, Iaconi C, Della Giovampaola C, Iaconi P, Beatrice F. Vagal paragangliomas: two case reports. Acta Otorhinolaryngol Ital 2007;27(3):139-43.
- 13-Zanoletti E, Mazzoni A. Vagal Paraganglioma. SKULL BASE: AN INTERDISCIPLINARY APPROACH. 2006;16(3):52-5.

## A case repost: Vagal paraganglioma with neck mass presentation

*Massoumi\* SAH, Ahmadi Kh*

*ENT Department, Ahvaz University of Medical Sciences and Ahvaz Steel Factory, Ahvaz*

### Abstract

Paragangliomas are neoplasms that arise from paraganglionic "bodies" of the autonomic nervous system. These paraganglia are distributed symmetrically and segmentally in the para-axial regions of the trunk and are typically related to arterial vasculature and cranial nerves of the ontogenetic gill arches. We report a case of vagal paraganglioma with all diagnostic therapeutic approach which has not been reported previously in this manner.

**Keywords:** Vagal, Paraganglioma, Neck Mass

---

\* Corresponding author: Email: drmasoomi@yahoo.Com