

گزارش یک مورد Huage Thymic cyst

دکتر حیدر دادخواه* - دکتر منوچهر آقاچان زاده**

* استادیار گروه جراحی قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی گیلان

** استادیار گروه جراحی توراکیس دانشگاه علوم پزشکی گیلان

کلید واژه ها: اکتینوکوک / کیست درموئید / کیست میان سینه ای

مقدمه

موقع فعالیت و طپش قلب در حالت درازکش در تاریخ ۸۱/۹/۲۳ دربخش جراحی بیمارستان بستری شد. در تاریخچه بیمار سابقه تصادف با اتومبیل و لاپاراتومی در پنج سال گذشته وجود نداشت. بیمار اعتیاد دارویی نداشت و سیگار مصرف نمی کرد. در بررسی قلب سالم بود. در رادیولوژی قفسه سینه در قاعده ریه چپ توده ای مشاهده شد. در C.T توراکیس کیست گزارش شده که از میدیاستن قدامی تا همی توراکیس چپ تا سطح دیافراگم گسترش داشت (تصویر ۱).

کیست تیموس نادر است و یک درصد از کیست های میدیاستن را تشکیل میدهد و بیشتر در بزرگسالان دیده می شود (۱). Cohen میزان آن را ۸/۴٪ گزارش نموده است (۷). از نظر محل آناتومیک این کیست ها در گردن و میدیاستن قدامی قرار دارند (۱، ۲ و ۳). اما بروز این کیست در بیشترین موارد در میدیاستن قدامی است (۱). کیست های تیموس معمولاً بدون علامت هستند. اما برحسب محل بروز آن ممکن است دارای علائم متفاوتی باشد و لذا علائم آن بصورت تنگی نفس، سرفه، درد قفسه سینه، فلج تارهای صوتی خود را بروز می دهد (۵ و ۶).

بیش از نیمی از کیست های تیموس گردن به سمت میدیاستن قدامی گسترش می یابد. اما گسترش آن به فضای پلور و تا حد دیافراگم در بررسی متون وجود ندارد. در گزارش موجود بیمار دارای کیست بسیار بزرگ تیموس است که از میدیاستن قدامی به فضای پلورچپ تا بر روی دیافراگم گسترش دارد.

تصویر ۱: سی تی اسکن بیمار را نشان می دهد که کیست بزرگی از میدیاستن نافضای پلورچپ گسترش پیدا کرده است.

معرفی مورد

مورد ۶۰ ساله ای کشاورز بخاطر تنگی نفس بخصوص

میدیاستن ۱٪ گزارش شده است (۹). کیست های تیموس تقریباً همیشه با دستگاه تکاملی تیموس یافت می شود و بنابراین می توانند در گردن یا در میدیاستن قدامی باشند (۱ و ۲) و بیشتر اوقات این کیست ها در میدیاستن قدامی قرار دارند. کیست هاس تیموس تک خانه ای است و یک کپسول فیبری (Fibrous) صاف پوشیده از یک اپی تلیوم دارد؛ سلولهای پوششی آن ممکن است مکعبی - استوانه ای یا از نوع سلولهای پوششی باشند.

درون کیست Cleft های کلاسترول و گرانولوما همراه با اجسام خارجی فراوان دیده میشود و در بیمار مورد بررسی هم گرانولوم های متعدد وجود داشت (۱) وجود بافت تیموس درون کیست برای اثبات تشخیصی تیموس بودن کیست ضروری است (۱). و در بیمار موجود نیز در بررسی پاتولوژی نسوج تیموس گزارش شد.

Guba و همکاران در کیست های تیموس گردن وجود یافت تیروئید و پاراتیروئید را هم گزارش کرده اند (۱۰ و ۱۶).

مایع داخل کیست ممکن است زلال یا تیره و حتی خون آلود باشد و کیست معمولاً تک حفره ای است ولی چند حفره ای هم گزارش شده است (۱۱).

در حال حاضر بیشتر علت بروز کیست تیموس را مادرزادی یا اکتسابی گزارش می کنند.

عفونت و تروما را هم علت بروز کیست تیموس می دانند (۱۲) و بیمار مورد بررسی هم سابقه تروما داشته است.

نشانه های بالینی کیست های تیموس بر حسب محل استقرار آنها تفاوت کلی دارد. کیست های تیموس گردن در بیشتر اوقات به صورت یک توده کناری گردن خود را نشان می دهد (۱۳). در کیست های میدیاستن ممکن است تنگی نفس، درد

در اسپرومتری شواهدی از بیماری انسدادی خفیف ریه مشخص شود و تجزیه گازهای خون شریانی طبیعی بود. بیمار با تشخیص احتمال کیست درموئید یا Hydatid cyst Loculated Pleural Effusion جراحی شد.

توراکوتومی انترولاترال چپ در فضای بین دنده ای پنجم انجام گرفت. در حین اکسپلوراسیون توده ای کیستی بسیار بزرگ مشاهده شد که با پایه ای در میدیاستن قدامی در نزدیک قوس آئورت چسبیده و قاعده آن بر روی دیافراگم چپ بود. توده ای کیستیک پس از آزاد سازی از اطراف پایه قطع شد و در داخل کیست مایع سبز رنگ تیره و گرانولوم یا ندولهای متعدد و نرم که بر روی جدار داخلی کیست تیموس گزارش شد (تصویر ۲).

تصویر ۲: پاتولوژی کیست تیموس را نشان می دهد که در داخل بافت فیروز سلولهای مکعبی پوششی تیموس نمایان است

بحث و نتیجه گیری

کیست های تیموس میدیاستن نادر هستند و بروز کیست تیموس در افراد با توده میدیاستن در گزارش های مختلف متفاوت است. Cohen و همکاران بروز آن را ۸/۴٪ (۷) و Hirano و همکاران ۹/۴٪ گزارش کرده اند (۸). بروز کیست های تیموس در کودکان در ۱۰۸ مورد توده

داردومی توان یک یا چند توده بافت جامد را شناسایی کرد که از دیواره کیست پدیده آمده اند (۱۸).
درمان کیست‌های تیموس مورد بحث است. بعضی معتقدند که همه این کیست‌ها را برای تشخیص قطعی ضایعه باید برداشته شوند و بعضی دیگر مانند Rastegar و همکاران معتقدند اگر دلایل تشخیص قوی باشد و محل ضایعه و یافته‌های تشخیصی C.T تعیین شده باشد کاری نباید انجام داد (۱۷). اگر احتمال رد تشخیص کیست هیداتید وجود داشته باشد، انجام FNA با هدایت C.T می‌تواند بعنوان تلاش برای درمان تلقی شود ولی اگر تردیدی در موارد ماهیت ضایعه وجود داشته باشد جراحی برای برداشتن ضایعه مجاز است و جراحی را می‌توان median sternotomy یا توراکتومی (قدامی جانبی Antero Lateral) یا V.A.T.S انجام داد.

قفسه‌سینه، سرفه، دیسفاژی تمپوناد قلبی در اثر پارگی بداخل حفره پریکارد دیده شود (۱، ۶، ۷ و ۲۰).
امادر گزارش‌های موجود کیست تیموس با حجم زیاد که تا دیافراگم توسعه یافته باشد وجود ندارد. کیست‌های تیموس در گردن در دهه اول و دوم زندگی کشف می‌شود، کیست‌های تیموس میدیاستن در دهه سوم تا ششم دیده می‌شود (۳). برای شخصی کیست‌های تیموس از C.T گردن و توراکس استفاده می‌شود (۱۴ و ۱۵). کیست‌های تیموس میدیاستین یا کیست درموئید یا کیست هیداتید میدیاستین اشتباه می‌شود. ولذا بطور معمول وجود یک کیسول ضخیم همراه یا بدون کلسیفیکاسیون در کیست درموئید و هیداتید هم دیده می‌شود (۱۷).
Cystic thymoma هم با کیست تیموس اشتباه می‌شود. ولی کیست اولی ماهیت غیر یکنواخت

منابع

1. Bieger CR, McAdams AJ. Thymic Cysts. Arch Pathol 1966; 82:535.
2. Le Roux BT, Kallichurm S, Shama DM. Mediastinal Cysts and Tumors. Curr Probl Surg 1984; 2:1.
3. Krech WG, Storey CF. Thymic Cysts- J Thorac Surg 1954; 27:477.
4. Fahmy S. Cervical Thymic Cysts: Their Pathogenesis and Relationship to Brachial Cysts. J Laryngol Otol 1974; 88:47.
5. Gracber GM, et al. Cystic Lesion of the Thymus: an Occasionally Malignant Cervical and/or Anterior Mediastinal Mass. J Thorac Cardiovasc Surg 1984; 87:259.
6. Allee G, logue B, Mansour K. Thymic Cyst Simulating Multiple Cardiovascular Abnormalities and Presenting with Pericarditis and Pericardial Tamponade. Am J Cardiol 1973; 3:377.
7. Cohen AJ, et al. Primary Cysts and Tumors of the Mediastinum. Ann Thorac Surg 1991; 5:378.
8. Hirano S, et al. cystic Mediastinal Tumor: a Clinical Study. J Jpn Assoc Chest Surg 1997; 11: 13.
9. Akashi A, et al: The Results and Prognosis of Surgical Treatment for Primary Mediastinal Tumors in Children. J Jpn assoc chest Surg 1995; 9: 135.
10. Guba AM JR, et al: Cervical Presentation of Thymic Cysts. Am J Surg 1987; 136: 430.
11. Suster S, Rosai J. Multilocular Thymic Cyst: an Acquired Reactive Process. Study of 18 Cases. Am Surg Pathol 1991; 5: 388.
12. Kornstein MJ. Pathology of the Thymus and mediastinum. Philadelphia: WB Saunders, 1995: 58.
13. Jaramillo D, Perez-Atayade A, Griscon NT. Apparent Association between Thymic Cysts and Prior Thoractomy. Radiology 1989; 72: 207.
14. Young R, et al. Cervico- Mediastinal Thymic Cysts. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med 1973; 7: 855.

15. Gouliamos A, et al: Thymic cyst. J Comput assist tomogr 1982; 6: 172.
16. Landau O, et al. Mediastinal Parathyroid Cyst Ann Thorac Surg 1997 : 63 : 951.
17. Rastegar II, Arger P, Harken ALL. Evaluation and Therapy of Mediastinal Thymic Cyst. Am Surg 1980; 46: 237.
18. Leong AS, Brown JH: Malignant Transformation in a Thymic Cyst. Am J Surg Pathol 1984; 8:471.
19. Thomnas W. Shields Thymic Cyst General Thoracic Surgery. 4th ed. New york: Lippicott, 2000: 227.
20. MC Cafferty MH. Bahanson HT. Thymic Cyst Extending in to the Pricardium: a Case Report and review of Thymic Cyst. Ann Thora Surg 1982: 32:503.

Key words: Dermoid cyst/ Echinococcosis/ Mediastinal cyst.