

## گزارش یک مورد توده نابجای تیموس در گردن

\*دکتر محمد صادق اسماعیلی دلشاد (MD) - دکتر منوچهر آقاجانزاده (MD) - دکتر داوود محمدی (MD) - دکتر سیامک گرانمایه (MD)<sup>۲</sup>

\*نویسنده مسئول: رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، بیمارستان رازی

پست الکترونیک: drdelshad@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۸۸/۸/۱۸ تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۲/۱۹

### چکیده

**مقدمه:** تیموس گردنی نابجا از موارد نادر توده گردنی کمتر از ۱٪ است که در هر قسمتی از مسیر جنبینی از زاویه فک تحتانی تا مדיاستن فوقانی ممکن است دیده شود و باید در تشخیص افتراقی توده‌های گردنی بخصوص در کودکان مورد توجه قرار گیرد. چون اکثر موارد بدون علامت هستند معمولاً بدون تشخیص باقی می‌مانند. تشخیص تیموس نابجا پیش از عمل جراحی دشوار است و با بررسی آسیب‌شناسی پس از جراحی معلوم می‌شود.

**معرفی مورد:** بیمار، دختر ۱۲ ساله‌ای با توده چپ گردن در قدام عضله استرنوکلیدوماستویید بود که چهار ماه قبل از مراجعه در لمس قوام سفت داشت و با درد خفیف همراه بود. وی با تشخیص اولیه لنفادنوپاتی درمان آنتی‌بیوتیکی شد ولی به درمان پاسخ نداد. اکسیژون کامل توده انجام شد و در آسیب‌شناسی توده، توده تیموس نابجا گزارش شد.

**نتیجه‌گیری:** این نوع انومالی به ندرت پیش از عمل جراحی تشخیص داده شده و به راحتی با توده‌های گردنی دیگر اشتباه می‌شود. جراحی درمان قطعی است و بیماری پیش‌آگهی عالی دارد.

### کلید واژه‌ها: توده تیموس / گردن

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره نوزدهم شماره ۷۵، صفحات: ۹۸-۹۴

### مقدمه

تیموس یک ارگان لنفاوی اولیه در کودکی است که به‌طور اولیه در دوران جنبینی ظاهر می‌شود و نقش حیاتی در تکامل ایمنی سلولی دارد. تیموس نابجای گردنی مورد نادر توده گردنی است که به ندرت گزارش شده زیرا بقایای تیموس بدون علامت بوده و معمولاً بدون تشخیص باقی می‌ماند و گرچه این توده‌ها بدون علامت هستند ولی می‌توانند به‌طور ثانویه، با فشار بر ارگان‌های تنفسی گوارشی مجاور علامت‌دار شوند (۱-۳). ممکن است در هر قسمتی از مسیر طبیعی نزول تیموس از زاویه فک تحتانی تا مדיاستن فوقانی یافت شود. تشخیص پیش از عمل تیموس نابجا دشوار است و بیشتر موارد به اشتباه باقیمانده شکاف حلقی یا کیست هیگروما تشخیص داده می‌شود. تشخیص قطعی با بررسی آسیب‌شناسی است. چون کودکان و نوجوانان عمده بیماران بدون علامت را تشکیل می‌دهند، باید وجود تیموس مדיاستن قبل از جراحی توده گردنی اثبات شود تا از تیمکتومی کامل سهوی که ایمنی سلولی را تضعیف می‌کند، پیشگیری شود (۴-۶). در این نوشته علائم بالینی، بررسی‌های تشخیصی و درمان یک مورد

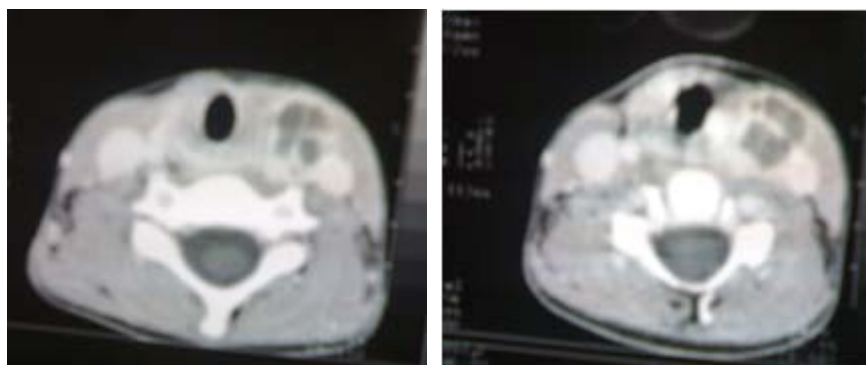
توده نابجای تیموس را گزارش کرده‌ایم.

### معرفی مورد

در آذر سال ۱۳۸۷، دختر ۱۲ ساله‌ای به علت توده در سمت چپ گردن و قدام عضله استرنوکلیدوماستویید به بخش جراحی بیمارستان رازی رشت ارجاع شد. این توده از چهار ماه قبل، در گردن ظاهر شده بود و با شک به لنفادنوپاتی در زمینه بیماری عفونی، درمان آنتی‌بیوتیکی شده ولی پاسخی به درمان ن داده بود. سابقه از بیماری قبلی یا سابقه خانوادگی مثبت را ذکر نمی‌کرد. در معاینه فیزیکی توده‌ای به اندازه ۵×۴ سانتی‌متر در طرف چپ گردن وجود داشت در لمس کمی دردناک و به نسبت متحرک بود. قوام سفتی داشت حاشیه آن مشخص نبود. پوست روی توده سالم بود و رادیوگرافی قفسه سینه طبیعی بود. در سونوگرافی گردن یک توده هیپواکو و مولتی‌کیستی بین ورید ژگولار و کاروتید و در سطح خلفی-میانی عضله استرنوکلیدوماستویید دیده شد. در سی‌تی‌اسکن گردن یک توده با کیست‌های متعدد که در داخل آن مایع

استرنوکلیدوماستویید، به طور کامل خارج شد. توده تا زیرغلاف کاروتید ادامه داشت و باریکه‌ای از آن تا مدیاستن فوقانی گسترش می‌یافت. پس از پایان عمل توده باز شد که حاوی کیست‌های متعددی بود (شکل ۲). گزارش نهایی پاتولوژی توده نابجای تیموس بود (شکل ۳). دوره بعد از عمل بدون حادثه‌ای طی شد و آسیبی به اعصاب، رگ‌ها و مجاری لنفاوی وارد نشده بود.

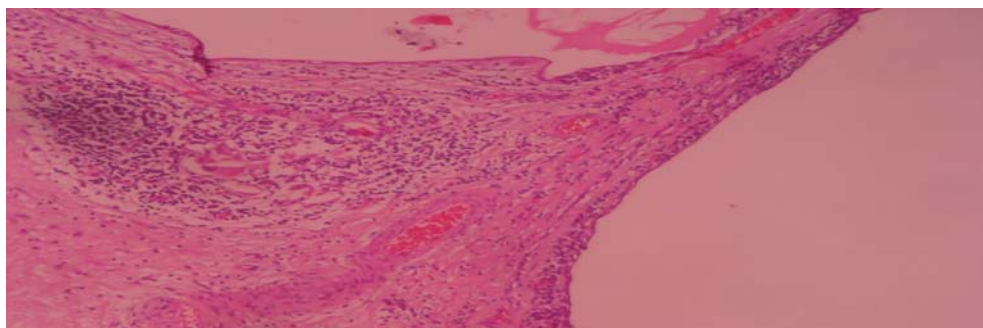
غلظت وجود داشت و محدوده آن در خارج، ورید ژگولار و در داخل، عروق کاروتید و لب چپ تیرویید بود و با یک باریکه تا مدیاستن فوقانی ادامه داشت (شکل ۱). بیوپسی سوزنی با راهنمایی سونوگرافی انجام شد ولی کمکی به تشخیص نکرد. تشخیص قبل از جراحی با توجه به یافته سونوگرافی و سی‌تی‌اسکن، کیست شکاف حلقی بود. توده پس از آمادگی کامل با برش جلوی عضله



شکل ۱: نمای توده با کیست‌های متعدد در سی‌تی‌اسکن گردن



شکل ۲: توده خارج شده کیست تیموس و ترمیم محل جراحی



شکل ۳: در نمونه پاتولوژی با بزرگنمایی (H&E× 400) ۴۰۰ برابر رنگ‌آمیزی هماتوکسیلین و ائوزینوفیل، یک کیست چند حفره‌ای مفروش از سلول‌های صاف و مکعبی کوتاه که بروی یک استرومای فیبروز با ارتشاح سلول‌های تک‌هسته‌ای و گرانولومای کلسترول و باقیمانده تیموس مشاهده می‌شود.

## بحث و نتیجه گیری

غلاف کاروتید را نشان می‌دهد. MRI می‌تواند در تشخیص بافت تیموس و ارتباطش با تیموس مدیاستن مفید باشد. تشخیص افتراقی توده گردنی در اطفال شامل موارد زیر است: کیست مجرای تیروگلو، کیست شکاف حلقی، آدنوپاتی، تومور درموئید، همانژیوم، لنفانژیوم، سارکوم و متاستاز (۹،۸،۴). جراحی از نظر تشخیصی و درمانی روش انتخابی است (۹،۸،۴). در حال حاضر هیچ روش تشخیصی پیش از جراحی وجود ندارد. توده را با برش عرضی یا طولی براحتی می‌توان خارج کرد و حتی بدون استرنوتومی هم می‌توان بخش مدیاستن را بیرون آورد. هنگام جراحی باید مراقب شریان کاروتید، ورید ژگولار، عصب واگ و هیپوگلو، عصب فرنیک و راجعه بود. در حین عمل، همچنین باید از صدمه به ورید بی‌نام و مجاورت‌های آن خودداری کنیم. اگر پیش از جراحی متوجه تیموس نابجا شدیم تیموس اصلی بررسی شود و در صورتی که تیموس اصلی وجود نداشته باشد بهتر است برای پیشگیری از مشکل ایمنی بیمار، تیموس نابجا را جراحی نکرده وی را زیر نظر قرار دهیم.

ظهور توده نابجای تیموس نامعمول است ولی باید در تشخیص افتراقی توده‌های گردنی، بخصوص در نوجوانان قرار گیرد. این آنومالی‌ها بندرت پیش از جراحی تشخیص داده شده و براحتی با دیگر ضایعات گردنی اشتباه می‌شوند. جراحی درمان قطعی است بخصوص اگر علامت‌دار و از نظر زیبایی مشکل‌ساز باشد. قبل از جراحی وجود تیموس مدیاستن برای ممانعت از تیمکتومی کامل باید اثبات شود. پیش‌آگهی بعد از برداشتن تیموس نابجا عالی است و هیچ موردی از عود در آن گزارش نشده است.

وجود بافت نابجای تیموس در اثر توقف نزول تیموس در مسیر مهاجرتش در هفته نهم رشد جنینی است (۴ و ۱). دو فرضیه برای ایجاد کیست گردنی نابجا وجود دارد:

۱. باقی ماندن مجرای تیموفارنژ (۵).

۲. دژنره شدن Hassall's corpuscles در بافت تیموس نابجای باقیمانده (۶).

به طور معمول کیست نابجای گردن، نرم، تک یا چند حفره‌ای و اندازه آن بین یک تا پانزده سانتی‌متر ۷۰-۶۰٪ در طرف چپ و ۳۰-۲۰٪ موارد در طرف راست گردن ۷-۵٪ باقیمانده در خط وسط یا ناحیه حنجره دیده می‌شوند (۷ و ۸). بافت تیموس ممکن است در هر بخشی از زاویه فک تحتانی تا مدیاستن دیده شود. این کیست‌ها در قدام و عمق میانه عضله استرنوکلیدوماستویید و مجاور قسمت خلفی غلاف کاروتید ظاهر می‌شوند و امکان دارد تا فضای رتروفارنژ گسترش پیدا کنند (۲ و ۸). حدود ۵۰٪ کیست‌های گردنی تیموس به تیموس مدیاستن اتصال دارند و این ارتباط ممکن است به صورت باند فیبرو باشد (۳). بافت نابجا بندرت قبل از جراحی عمل تشخیص داده می‌شود (۸-۵). ۹۰-۸۰٪ این ضایعات بدون علامت هستند. در ۶٪ بیماران استریدور، تنگی نفس و دیسفاژی وجود دارد (۷ و ۸). در اطفال بیشتر علائم تنفسی و گوارشی ایجاد می‌کند (۸). اندازه کیست متغیر است و می‌تواند کوچک باشد یا در اثر تروما، واکسیناسیون و عفونت تنفسی فوقانی به سرعت بزرگ شود (۸). راه‌های تشخیصی توده گردنی شامل: تاریخچه، معاینه فیزیکی، سونوگرافی گردن و رادیوگرافی قفسه‌ی سینه است. برای بیمار انجام CBC درخواست و آنتی‌بیوتیک به صورت تجربی شروع می‌شود. یافته‌های سی‌تی‌اسکن یک توده هوموژن متصل به

## منابع

1. Mikal S. Cervical Thymic Cyst. Case Report and Review of the Literature. Arch Surg 1974; 109(4): 558\_62
2. Tovi F, Mares AJ. The Aberrant Cervical Thymus. Embryology, Pathology, and Clinical Implications. Am J Surg 1978; 136(5):631\_37
3. Barat M, Sciubba JJ, Abramson AL. Cervical

Thymic Cyst: Case Report and Review Of Literature Laryngoscope 1985; 95(1): 89\_91.

4. Kacker A, April M, Markentel CB, Breuer F. Ectopic Thymus Presenting as a Solid Submandibular Neck Mass in an Infant: Casereport and Review Of Literature. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1999; 49(3): 241\_5.

- 
5. Speer FD. Thymic Cysts. Bull NY Med Coll 1938; 1: 142\_50.
6. Nguyen Q, Detar M, Wells W, Crockett D. Cervical Thymic Cyst: Case Reports and Review of the Literature. Laryngoscope 1996; 106(3): 247\_52.
7. Guba AM, Adam AE, Jaques DA, Chambers RG. Cervical Presentation of Thymic Cysts. Am J Surg 1978; 136(4): 430\_6.
8. Reiner M, Beck AR, Rybak B. Cervical Thymic Cysts in Children. Am J Surg 1980; 139: 704\_7.
9. Schloegel LJ, Joshua A, Gottschall. Ectopic Cervical Thymus: Is Empiric Surgical Excision Necessary?. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 2009; 73: 475\_9.

## A Case Report of Anterior Cervical Mass of Thymus

\* Esmaili Delshad M.S.(MD)<sup>1</sup>- Aghajanzadeh M.(MD)<sup>1</sup>- Mohammadi D.(MD)<sup>1</sup>- Geranmayeh S.(MD)<sup>2</sup>

\*Corresponding Address: Razi Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, IRAN

E-mail: drdelshad@yahoo.com

Received: 9/Nov/2009 Accepted : 10/Mar/2010

---

### Abstract

**Introduction:** Ectopic cervical thymus is a rare cause of neck masses and can be found anywhere along its embryologic tract of descent from the angle of the mandible to the superior mediastinum, and it should be included in the differential diagnosis of neck masses, especially in children. Because most cases are not symptomatic, usually remains without diagnosis. Such anomalies are rarely diagnosed pre-operatively and often revealed by pathologic examination after operation.

**Case history:** We introduced a 12-years-old girl with a soft left cervical mass anterior to Sternocleidomastoid muscle, from four months prior to refer, with firm consistency in touch and mild pain. With the initial diagnosis of lymphadenopathy was treated with antibiotics but did not respond to treatment. The patient underwent complete excision of the lesion and histological examination that showed an ectopic thymic cyst.

**Conclusion:** This anomaly rarely diagnosed before surgery and can be mistaken easily with other cervical masses. Surgery is curative and the disease has excellent prognosis.

**Key words:** Neck/ Tymus Gland

---

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 75, Pages: 94-98