

تیروئید زبانی

گزارش سه مورد و بررسی مقالات طی سالهای ۱۳۸۱-۱۳۷۱

دکتر محمدرضا شریفیان^۱، دکتر حسن هنرور^۲
استادیار^۱، رزیدنت^۲، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

خلاصه

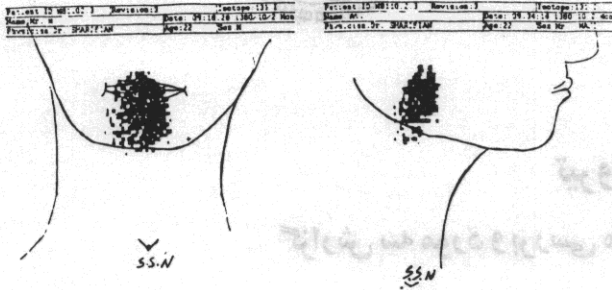
مقدمه: تیروئید زبانی یک ناهنجاری مادرزادی نادر با شیوع بالینی ۱/۱۰۰۰۰۰ می باشد که ناشی از عدم مهاجرت بافت تیروئید از محل اولیه به محل طبیعی خود در گردن می باشد جهت تشخیص قطعی باید اسکن تیروئید با I ۱۲۳ انجام گردد و در صورت عدم جذب پد در محل طبیعی غده و افزایش جذب در قاعده زبان تشخیص مسجل می گردد. علائم بالینی: در بررسی بیماران بستری در بخش گوش و گلو و بینی بیمارستان امام رضا (ع) طی سالهای ۱۳۷۱-۱۳۸۱ سه مورد تیروئید زبانی را گزارش کردیم. مورد اول، آقای ۲۳ ساله با شکایت خونریزی گلو و دیسفاژی به جامدات و خرخر شبانه از هفت سال پیش مراجعه کرده بود. مورد دوم، خانم ۴۷ ساله با شکایت خونریزی گاهگاهی از حلق، تنگی نفس گاهگاهی و احساس خفگی هنگام خواب به مدت ۲۰ سال مراجعه کرده بود. مورد سوم، خانم ۱۶ ساله با شکایت گلودرد و تغییر کیفیت صدا از دو ماه قبل مراجعه کرده بود. اقدامات درمانی: هر سه مورد پس از تأیید تشخیص توسط اسکن تیروئید با ابروچ ترانس هیوئید تحت عمل جراحی قرار گرفتند اسکن بعد از عمل حذف کامل توده را نشان داد و در بررسی پاتولوژی بافت تیروئیدی نرمال گزارش شد. نتیجه گیری: حذف تیروئید زبانی در صورت علامت دار بودن ضروری است و حتی در صورت بی علامت بودن با توجه به احتمال بروز بدخیمی دخالت جراحی منطقی به نظر می رسد. کلمات کلیدی: تیروئید زبانی، اسکن تیروئید، قاعده زبان.

مقدمه

غده تیروئید به صورت یک جوانه اندودرمال از کف حلق، بین اولین و دومین پوچ برونشیا منشأ می گیرد (۳). رشد بیشتر و مهاجرت تیروئید توسط مجرای تیروگلووس به سمت گردن در پلان قدامی جوانه تراکتوبرونشیا باعث به وجود آمدن یک عضو دولبی متصل به هم توسط ایسم در خط وسط می شود (۳). نهایتاً ارتباط اولیه غده تیروئید با کف دهان از بین رفته و فقط

سوراخ کوچکی که همان فورامن سکوم است و در بالغین حد فاصل ۲/۳ قدامی و ۱/۳ خلفی زبان دیده می شود باقی می ماند (۳). اختلالات تکاملی تیروئید شامل ۱ - Arrested growth ۲ - Accessory tissue ۳ - کیستیک شدن مجرای تیروگلووس می باشد (۳). در مورد اول غده تیروئید از منشأ اولیه خود مهاجرت نمی کند و به عنوان یک توده زبانی تظاهر می کند. تیروئید زبانی

پیدا نکرد و روز بعد با حال عمومی خوب مرخص شد. پاتولوژی بافت نرمال تیروئید در قاعده زبان را تأیید کرد.



Thyroid Scan:

The scan showed no activity in the norma thyroid bed. A zone of high uptake was noted in the oral region. Lateral image revealed sublingual location of the mass.

ممکن است با بافت تیروئیدی دیگری در گردن همراه باشد که از یک ندول کوچک تا تیروئید کاملاً تکامل یافته متفاوت است (۴).

روش و نتایج کار

این بررسی به صورت گذشته نگر انجام شده است. جمع آوری اطلاعات از پرونده های بیماران بستری در بخش گوش و گلو و بینی بیمارستان امام رضا (ع) بین سالها ۸۱-۷۱ صورت گرفت، که در طی این سالها سه مورد تیروئید زبانی در بخش مذکور بستری و تحت عمل جراحی قرار گرفته است که دو مورد خانم ۱۶ ساله و ۴۷ ساله و یک مورد آقای ۲۳ ساله بوده است که ذیلاً معرفی می گردند.

گزارش مورد

مورد اول: بیمار آقای م - م ۲۳ ساله اهل و ساکن مشهد با شکایت خونریزی از گلو به صورت گاهگاهی و مخصوصاً به دنبال خوردن غذای جامد و سفت به بخش گوش و گلو و بینی بیمارستان امام رضا (ع) مراجعه کرده بود. بیمار مشکل فوق را از ۷ سال پیش می داد که به پزشکان متعددی نیز مراجعه کرده بود. در آزمایشات غربالگری که برای وی انجام شده بود با تشخیص هیپوتیروئیدی تحت درمان با قرص لووتیروکسین به میزان نصف قرص روزانه قرار داشت. بیمار علاوه بر خونریزی گاهگاهی حلق از افزایش وزن و خرخر شبانه و تغییرات گاهگاهی صدا و دیسفاژی نسبت به جامدات نیز شکایت داشت. خونریزی از حلق گاهی اوقات در طول خواب بوده و بیمار با خونریزی از حلق و بینی از خواب بیدار می شده است. در معاینه گوش و گلو و بینی به جز توده قرمز رنگ و هیپرواسکولار قاعده زبان که مخاط تلاتژکتاتیک داشت نکته مثبت دیگری نداشت و در معاینه گردن توده ای لمس نشد. بیمار با تشخیص احتمالی تیروئید زبانی تحت اسکن تیروئید با I^{123} قرار گرفت که هیچ جذبی در بستر آناتومیک طبیعی تیروئید دیده نشد ولی یک زون High uptake در ناحیه دهانی نشان داده شد. تصویر لترال موقعیت ساب لینگوآل توده را نشان داد.

در آزمایشات عملکرد تیروئید انجام شده:

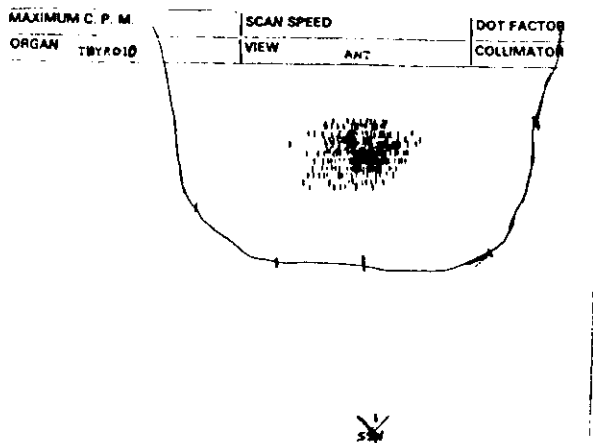
T4 RIA = 12.1 micg/dl (Normal: 4.2-12)

T3 RIA = 144 ng/dl (Normal 80-200)

TSH = 7.7 miu/ml (Normal 0.3-4)

مورد دوم: بیمار خانم ف - ح - ۴۷ ساله اهل و ساکن مشهد با شکایت خونریزی شدید گلو و احساس توده در حلق به اورژانس داخلی مراجعه و بستری شده در شرح حال دقیق تر بیمار از سن ۲۰ سالگی متوجه توده در ته حلق شده و به علت تنفسی دهانی از خشکی شدید دهان شکایت داشت. بیمار ۱۴ سال پیش به علت خونریزی شدید از توده قاعده زبان در بخش داخلی بستری بوده است و از آن به بعد به علت هیپوتیروئیدی تحت نظر متخصص غدد بوده است بعد از شروع مصرف دارو (لووتیروکسین) توده کوچکتر شده و علائم بیمار کاهش یافته است. طی ۷ سال اخیر مراجعه به پزشک نداشته و هورمون تیروئید را قطع کرده که مجدداً موجب شعله ور شدن علائم بیماری شده است طی این ۲۷ سال حملات گاهگاهی تنگی نفس و احساس خفگی در طول شب و خرخر شبانه را ذکر می کرد. ضمناً از دیس فونی نیز شکایت داشت در معاینه فیزیکی انجام شده در قاعده زبان توده ای به قطر ۲/۵ cm با قوام سفت و رنگ قرمز وجود داشت و در ناحیه ساب منتال توده ای متحرک و بدون تندرینس به قطر ۲/۵ × ۲/۵ لمس می شد. طی مشاوره گوش و گلو و بینی منتقل شد و بعد از انجام آزمایشات تیروئید و آزمایشات روتین با شک به تیروئید زبانی

بیمار با تشخیص تیروئید زبانی کاندید عمل جراحی شد و به روش ترانس هیوئید و فارنگوتومی قدامی توده قاعده زبان که بسیار حجیم و Well define بود خارج گشت (اندازه ۵ × ۵ cm). بیمار بعد از عمل جراحی نیاز به تراکتوستومی



The scan showed no activity in the normal thyroid bed. A zone of high uptake was noted in the sublingual region.

بحث

تیروئید زبانی یک آنومالی مادرزادی نادر است (۳، ۴، ۶، ۱۰). اگرچه در بررسی اتوبسی انسیدانس ۱۰٪ گزارش شده است ولی در بررسی کلینیکی انسیدانس ۱/۱۰۰۰۰۰ گزارش شده است (۳، ۵). لینگوآل تیروئید اکتویک ممکن است شایع باشد ولی به ندرت علامت‌دار می‌شود (۶).

به صورت یک ندول یا توده در ناحیه زبان تظاهر می‌کند و اندازه آن می‌تواند به چند سانتی‌متر برسد (۳). مخاط روی ضایعه ممکن است افزایش و اسکولاریتی را نشان دهد در بعضی موارد لینگوآل تیروئید تنها بافت فعال تیروئید است لذا اسکن تیروئید همیشه الزامی است (۳). یافته‌های هیستوپاتولوژیک تیروئید زبانی شبیه تیروئید گردنی است (۴). شانس دژنراسانس بدخیمی در آن نسبتاً کم می‌باشد. بروز کارسینوم در تیروئید زبانی تاکنون کمتر از ۳۰ مورد گزارش شده است (۳، ۴، ۱۰). درمان آن بستگی به شکایت بیمار دارد. اکثر بیماران یوتیروئید هستند و سطح T3، T4 در حد نرمال است. سطح TSH ممکن است افزایش یافته باشد. برخی بیماران هیپوتیروئید هستند ولی هیپرتیروئیدی بسیار نادر است (۱، ۴). علایم گزارش شده شامل دیسفاژی، انسداد راه هوایی فوقانی، اختلال در رزونانس صدا، احساس توده در گلو، خونریزی، تنگی نفس و احساس خفگی می‌باشد (۲، ۴، ۵).

علت آن نامشخص است ولی ممکن است اتوآنتی‌بادیهای بلوکان مادری با مهار مهاجرت بافت تیروئید در آن نقش داشته باشند (۴).

اسکن تیروئید انجام شد که در نمال لترال و آنتریور جذب ید در قاعده زبان دیده شد هیچ جذبی در محل طبیعی تیروئید دیده نشد و همچنین یک ندول سرد در ناحیه ساب منتال دیده شد.

در آزمایشات انجام شده هیپوتیروئیدی و آنمی هیپوکروم و میکروسیتر داشت.

بیمار با تشخیص لینگوآل تیروئید به اتاق عمل منتقل و پس از انجام تراکتوستومی با اپروچ ترانس هیوئید و آنتریورفارنگوتومی توده خارج گشت. در بررسی آسیب‌شناسی بافت غده تیروئید با هیپرپلازی آسینهای متسع همراه با اپی‌تلیوم آتروفیک محتوی ماده کلوئید همراه استرومای فیروویالین با کانونهای وسیع فیروز و خونریزی نمایان شد. تشخیص آسیب‌شناسی غده تیروئید اکتویک با هیپرپلازی آدنوماتوز (گواتر ساده) بود.

مورد سوم: خانم ز - ع ۱۶ ساله با شکایت تغییر صدا و گلودرد از ۲ ماه پیش به بخش گوش و گلو و بینی مراجعه کرد. گلودرد بیمار در ابتدا اندک بوده و به تدریج افزایش یافته بود. از دیسفاژی و تنگی نفس شکایت نداشت در معاینه دهان توده‌ای ۲ × ۲ cm در قاعده زبان با سطح مخاطی پر عروق و قرمز رنگ دیده می‌شد که در لمس سفت و بدون تندرینس بود بقیه قسمتهای اوروفارنکس نرمال بود. معاینه لارنگوسکوپیک به دلیل وجود توده امکان‌پذیر نبود خروج لخته‌های خون به صورت گاهگاهی از دهان مخصوصاً به دنبال خوردن غذای جامد و سفت را ذکر می‌کرد معاینه گردن طبیعی بود و لنفادنوپاتی لمس نشد. در آزمایشات انجام شده تستهای تیروئید نرمال و آنمی هیپوکروم میکروسیتر وجود داشت در اسکن تیروئید بافت تیروئیدی در قاعده زبان مشخص گردید.

بیمار با تشخیص تیروئید زبانی کاندید عمل جراحی شد و با اپروچ ترانس هیوئید و آنتریورفارنگوتومی توده خارج شد پس از عمل تراکتوستومی نیز جهت بیمار انجام گردید. نمونه جهت بیوپسی ارسال شد در جواب آسیب‌شناسی در ضخامت کوریون زبان ساختمان ندولر تیروئیدی دارای فولیکولهای نامساوی محتوی ماده کلوئید و در عمق متقاطع عضلات مخطط نمایان شد. تشخیص پاتولوژی ندول تیروئیدی در زبان بود. بعد از عمل بیمار مجدد اسکن شد که هیچ جذبی نه در محل طبیعی تیروئید و نه در قاعده زبان دیده نشد.

زیر پوست قدام گردن می باشد (۸، ۱۱). شایعترین مکان اتوترانس پلاتاسیون گزارش شده عضله رکتوس شکمی بوده است (۷، ۱۲).

نتیجه گیری

در هر بیمار خصوصاً خانم جوان با شکایت احساس پری در دهان و دیسفاژی و به ویژه خونریزی گاهگاهی از گلو باید به این مورد نادر فکر کرد و بعد از انجام معاینه فیزیکی و مشاهده توده قاعده زبان در صورت شک به این آنومالی باید جهت تشخیص قطعی اسکن تیروئید با I ۱۲۳ انجام شود. تیروئید زبانی در صورت علامت دار بودن باید به روش جراحی یا Ablation با ید رادیواکتیو ۱۳۱ حذف شود و حتی در صورت علامت دار نبودن با توجه به احتمال بروز کانسر در آن دخالت جراحی منطقی به نظر می رسد.

درمانهای به کار رفته شامل:

الف) هورمون تراپی با لووتیروکسین در صورت وجود علائم هیپوتیروئیدی و در مواردی به منظور کوچک شدن توده (۳، ۴).

ب) درمان جراحی یا Ablation با ید رادیواکتیو.

حذف توده به روشهای جراحی یا Ablation یا ید رادیواکتیو در صورت وجود علائم انسدادی و یا خونریزی اندیکاسیون دارد (۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹) پروچهای جراحی شامل ترانس اورال، ترانس هیوئید، لترال فارنگوتومی، آنتریورفارنگوتومی و جراحی اندوسکوپیک به کمک لیزر CO₂ می باشد (۳). گزارشاتی از Transposition یا Autotrasplantation بافت تیروئید زبانی در متون پزشکی به منظور حفظ فانکشن تیروئید ارائه شده اند (۵، ۷، ۸، ۱۱) شایعترین مکانهای ترانسپوزیشن گزارش شده شامل ساب لینگوآل، ساب مندیبولر، دیواره لترال فارنکس و

REFERENCES

1. Abdallah-Matta MP. et al: Lingual thyroid and heperthyroidism: a new case and review of the literature. J Endocrinol invest 2002 Mar; 25(3): 264-7.
2. Boer A, Polus K: Lingual thyroid: a rare disease resembling base of tongue neoplasm. Magy Onkol 2002; 46(4): 347-9.
3. Christopher Danner. et al: Lingual thyroid: Iudine 131: Aviable treatment modality Revisited, American Journal of otolaryngology. vol 22. No 4. 2001. P 276-281.
4. Cummings CW. et al: Otolaryngology, Head and neck surgery, mosby, 1998, Vol (2) P 1411-12.
5. Danner C. et al: lingual thyroid: iodine 131: a viable treatment modality revisited. Am J Otolaryngol 2001 Jul-Aug; 22(4): 276-81.
6. Gallo A. et al: Ectopic Lingual thyroid as unusual cause of severe dysphagia. Dysphagia 2001 summer; 16(3): 220-3.
7. Gignoux M, et al: pedicled trasplantation of Lingual thyroid. J Fr Otorhinolaryngol Chir Maxillofac 1965-Oct; 14(6): 647-57.
8. Helms J, Kimpel G. Transposition ofl the lingual thyroid gland (authors transl Laryngol Rhinol Otol (Stuttg) 1978 Mar; 57(3): 252-6.
9. Koch CA. et al: Ectopic Lingual thyroid: an otolaryngologic emergency beyond childhood. Thyroid 2000 Jun; 10(6): 511-4.
10. Massine RE. et al: Lingual thyroid carcinoma: a case report and review of the literature. Thyroid 2001 Dec; 11(12): 1191-6.
11. Nishiyama K. et al: Autotransplantation of ectopic Lingual thyroid-a case report. Nippon jibiinkoka Gakkai Kaiho 2000 Jun; 103(6): 770-3.
12. Pierson M. et al: Myxedema caused by ectopic lingual thyroid treated by autotransplantation. Results 18 years later Arch Fr Pediatr 1978 Dec; 35(10): 1122-30.