



تیروئید زبانی

گزارش سه مورد و بررسی مقالات

Lingual thyroid

Report of three cases and review of literature

M.Sharifian, MD. And H.Honarvar, MD
Mashhad university of medical sciences, Imam Reza Hospital

Summary

Lingual thyroid is a developmental congenital abnormality with a reported incidence ranging from 1:10 to 1:100,000. It is characterized by the failure of the thyroid gland, or remnants, to descend from its embryologic site of origin of the foramen cecum to its usual pretracheal position.

Clinical Presentation : We reported three patients with diagnosis of lingual thyroid during the years 1371 – 1381. One patient a 23 years old male presented with dysphagia and oral bleeding during solid ingestion from 7 year ago. Other patient a 47 years old female presented with intermitant oral bleeding, dyspnea and snoring during sleep from 20 years ago. Third patient a 16 years old female presented with sore throat and articulation disorders from 2 months ago.

Intervention : Thyroid scan with iodine 123 showed high uptake zone in the base of tongue without activity in the normal thyroid bed. The patients were operated with transhyoid anterior pharyngotomy approach and pathology revealed normal thyroid tissue.

Conclusion : Definitive diagnosis of lingual thyroid is on based on iodine 123 thyroid scan. When the mass is causing functional impairment, suppressive doses of thyroid hormones may be sufficient; when it is not, total excision should be considered.

Key Words : Lingual thyroid - thyroid scan – The base of tongue.

است. تاکنون ۴۰۰ مورد از آن در متون پزشکی گزارش شده است.

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 سالهای 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 موارد

مورد اول: بیمار آقای م _ م ۲۳ ساله اهل و ساکن مشهد با شکایت خونریزی از گلو به صورت گاهگاهی و مخصوصاً بدنبال 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. و 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 بجز توده قرمز رنگ و هیپروواسکولار قاعده زبان که مخاط تلانژکتاتیک داشت نکته مثبت دیگری نداشت و در معاینه گردن توده ای لمس نشد. بیمار با تشخیص احتمالی تیروئید

عنوان مقاله:

تیروئید زبانی

گزارش سه مورد و بررسی مقالات

نویسندگان:

دکتر محمدرضا شریفیان

استادیار گوش و گلو و بینی بیمارستان امام رضا (ع)

دکتر حسن هنرور

رژیمیت گوش و گلو و بینی بیمارستان امام رضا (ع)

مقدمه

غده تیروئید بصورت 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 بوجود 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 حدفاصل ۲/۳ قدامی و ۱/۳ خلفی زبان دیده می شود باقی می ماند. (۳)

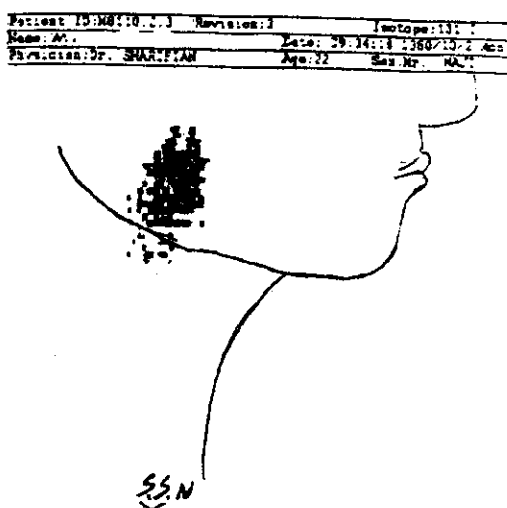
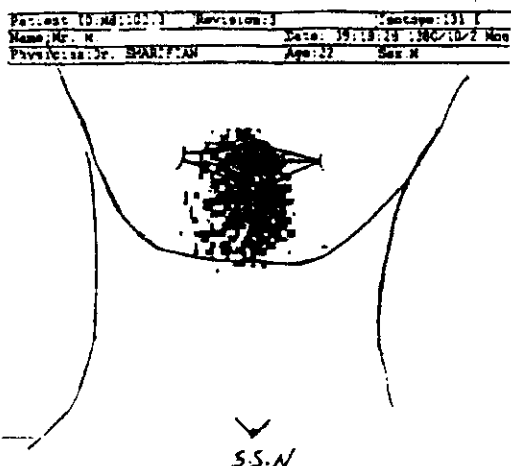
اختلالات تکاملی تیروئید شامل ۱- Arrested growth
۲- Accessory tissue ۳- کیستیک شدن مجرای تیروگلووس می باشد. (۳)

در مورد اول غده تیروئید از منشاء اولیه خود مهاجرت نمی کند و به عنوان یک توده زبانی تظاهر می کند. تیروئید زبانی ممکن است با بافت تیروئیدی دیگری در گردن همراه باشد که از یک ندول کوچک تا تیروئید کاملاً تکامل یافته متفاوت است. (۴)

تیروئید زبانی عموماً در خانمها دیده می شود که شاید به دلیل تاثیرات هورمونی روی مهاجرت بافت تیروئید باشد و از تولد تا بزرگسالی بروز می کند ولی پیک سنی دهه دوم زندگی است و تفاوت نژادی یا جغرافیایی گزارش نشده

زون High uptake در ناحیه دهانی نشان داده شد. تصویر لترال موقعیت ساب لینگوآل توده را نشان داد.

زبانی تحت اسکن تیروئید با ^{123}I قرار گرفت که هیچ جذبی در بستر آناتومیک طبیعی تیروئید دیده نشد ولی یک



در آزمایشات عملکرد تیروئید انجام شده:

$$T4RIA = 12.1 \text{ micg / dl (Normal : 4.2 - 12)}$$

$$T3RIA = 144 \text{ ng / dl (Normal : 80 - 200)}$$

$$TSH = 7.7 \text{ miu / ml (Normal : 0.3 - 4)}$$

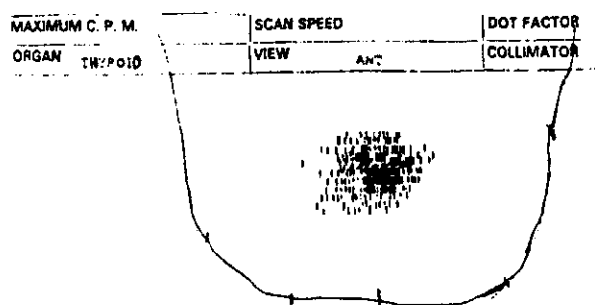
بیمار ۱۴ سال پیش به علت خونریزی شدید از توده قاعده زبان در بخش داخلی بستری بوده است و از آن به بعد به علت هیپوتیروئیدی تحت نظر متخصص غدد بوده است. بعد از شروع مصرف دارو (لووتیروکسین) توده کوچکتر شده و علائم بیمار کاهش یافته است. طی ۷ سال اخیر مراجعه به پزشک نداشته و هورمون تیروئید را قطع کرده که مجدداً 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 فوننی نیز شکایت داشت. در معاینه فیزیکی انجام شده در قاعده زبان توده ای به قطر ۲/۵cm با قوام سفت و رنگ قرمز وجود داشت و در ناحیه ساب متال توده ای متحرک و بدون

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

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.

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 آنتریور فارنژومی توده خارج شد. پس از عمل تراکتوستومی نیز جهت بیمار انجام گردید. نمونه جهت بیوپسی ارسال شد در جواب آسیب شناسی در ضخامت کوریون زبان ساختمان ندولر تیروئیدی دارای فولیکول های نامساوی محتوی ماده کلئوئید و در عمق متقاطع عضلات مخطط نمایان شد. تشخیص پاتولوژی ندولر 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.

بحث

تیروئیدزبانی یک آنومالی مادرزادی نادر است. (۱۰ و ۶ و ۳)^(۱) اگرچه در بررسی اتوپسی انسیدانس ۱۰٪ گزارش شده است ولی در بررسی کلینیکی انسیدانس ۱/۱۰۰۰۰۰ گزارش شده است.^(۵) لینگوآل تیروئید اکتوییک ممکن است شایع باشد ولی بندرت علامت دار می شود.^(۶)

بسیاری از بیماران می توانند با معاینات روتین بدون هیچ مشکلی پی گیری شوند. ضایعه بصورت یک ندول یا توده

تندرنس به قطر ۲/۵×۲/۵cm لمس می شد. طی مشاوره گوش و گلو و بینی بیمار از بخش داخلی جهت انجام بررسی های بیشتر به بخش گوش و گلو و بینی منتقل شد و بعد از انجام آزمایشات تیروئید و آزمایشات روتین با شک به تیروئید زبانی اسکن تیروئید انجام شد که در نمای 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 آنتریورفارنژوتومی توده خارج گشت. در بررسی آسیب شناسی بافت غده تیروئید با هیپرپلازی آسینهای متسع همراه با اپی تلیوم آتروفیک محتوی ماده کلئوئید همراه استرومای فیروهیالان با کانون های وسیع فیروز و خونریزی نمایان شد. تشخیص آسیب شناسی غده تیروئید اکتوییک 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 شکایتی نداشت. در معاینه دهان توده ای ۲×۲ cm در قاعده زبان با سطح مخاطی پرعروق و قرمزرنج دیده می شد که در لمس سفت و بدون تندرنس بود بقیه قسمت های اوروفارنکس نرمال بود. معاینه لارنگوسکوپییک به دلیل وجود توده امکان پذیر نبود. خروج لخته های خون به صورت گاهگاهی از دهان مخصوصاً به دنبال خوردن غذای جامد و سفت را ذکر می کرد. معاینه گردن طبیعی بود و لنفادنوپاتی لمس نشد. در آزمایشات

حذف توده به روشهای جراحی یا Ablation با ید رادیواکتیو در صورت وجود علائم انسدادی و یا خونریزی اندیکاسیون دارد. (۲۰۳ و ۲۰۷ و ۲۰۸) اپروچ های جراحی شامل ترانس اورال ، ترانس هیوئید ، لترال فارنگوتومی و جراحی اندوسکوپییک 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. (۷۰۸ و ۱۱۰) شایع ترین مکانهای ترانسپوزیشن گزارش شده شامل ساب لینگوآل ، ساب مندیولر ، دیواره لترال فارنکس و زیر پوست قدام گردن می باشد. (۱۱۸) شایع ترین مکان اتوترانس پلانتاسیون گزارش شده عضله رکتوس شکمی بوده است. (۱۲۷)

نتیجه گیری

در هر بیمار خصوصاً خانم جوان با شکایت احساس پری در دهان و دیسفاژی و بویژه 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 I123 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.

در ناحیه زبان تظاهر می کند و اندازه آن می تواند به چند سانتیمتر برسد. (۳) مخاط روی ضایعه ممکن است افزایش واسکولاریتی را نشان دهد. در بعضی موارد لینگوآل تیروئید تنها بافت فعال تیروئید است لذا اسکن تیروئید همیشه الزامی است. (۳) یافته های هیستوپاتولوژیک تیروئید زبانی شبیه تیروئید گردنی است. (۴) شانس دژنرسانس بدخیمی در آن نسبتاً کم می باشد. بروز کارسینوم در تیروئید زبانی تاکنون کمتر از ۳۰ مورد گزارش شده است. (۳ و ۴۳) درمان آن بستگی به شکایت بیمار دارد. اکثر بیماران یوتیروئید هستند و سطح T3 و T4 در حد نرمال است. سطح TSH ممکن است افزایش یافته باشد. برخی بیماران هیپوتیروئید هستند ولی هیپرتیروئیدی بسیار نادر است. (۴۱) علائم گزارش شده شامل دیسفاژی ، انسداد راه هوایی فوقانی ، اختلال در رزونانس صدا ، احساس توده در گلو ، خونریزی ، تنگی نفس و احساس خفگی می باشد. (۲ و ۴۲)

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

درمانهای بکار رفته شامل:

الف) هورمون تراپی با لووتیروکسین در صورت وجود علائم هیپوتیروئیدی و در مواردی به منظور کوچک شدن توده. (۴۳)

ب) درمان جراحی یا Ablation با ید رادیواکتیو.

خلاصه

مقدمه: تیروئید زبانی یک ناهنجاری مادرزادی 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 I۱۲۳ انجام گردد و در صورت عدم جذب ید 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 ۱۳۸۱-۱۳۷۱ 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 ابروج ترانس هیوئید تحت عمل جراحی قرار گرفتند. اسکن بعد از عمل حذف کامل توده را نشان داد و در بررسی پاتولوژی بافت تیروئید 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.

کلید واژه ها: تیروئید زبانی __ اسکن تیروئید __ قاعده زبان

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. P276-281.
- 4- Cummings CW. Et al : Otolaryngology, Head and neck surgery, mosby, 1998, Vol (2) P1411-12.
- 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. Dysphgia 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 of the Lingual thyroid gland (authors trans) Laryngol Rhinol Otol (Stuttg) 1978 Mar; 57(3): 252-6.
- 9- Koch CA. et al : Ectopic Lingual thyroid : An otolaryngologic emergency beyond chidhood. 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.