

گزارش یک مورد نادر توده بزرگ در مדיاستن خلفی

دکتر سید عباس طباطبائی*، دکتر سید مظفر هاشمی**، دکتر مجتبی احمدی نژاد***

دکتر امیرحسین داورپناه جزی****، دکتر وحید گوهریان*****

چکیده:

گواتر داخل قفسه صدری اولیه به خصوص در مدياستن خلفی بسیار نادر بوده و کمتر از ۱٪ گواترهای خلف جناغی و مدياستینال است. خونگیری آنها از عروق داخل قفسه صدری می‌باشد. در این مقاله یک مرد ۶۴ ساله معرفی می‌شود که با علامت تنگی نفس و سرفه مزمن مراجعه نموده و در سی تی اسکن قفسه صدری یک توده بزرگ در مدياستن خلفی با گسترش به مدياستن قدامی فوقانی داشت. بیمار با برش توراکوتومی خلفی جانبی جدار عمل شد و توده برداشته شد و تمامی علائم بالینی بیمار در پیگیری از بین رفت. خونگیری توده فوق از عروق داخل قفسه صدری شریان و ورید بی‌نام بود.

واژه‌های کلیدی: مدياستن، سرفه مزمن، تنگی نفس

زمینه و هدف

تیروئید خلف جناغی ۷۵٪-۹۰٪ به مدياستن قدامی و ۱۰-۲۵٪ به مدياستن خلفی نزول می‌کنند.^۱ تیروئید داخل قفسه صدری به دو نوع اولیه و ثانویه تقسیم می‌گردد که تیروئید نابجای اولیه بسیار نادر بوده و کمتر از ۱٪ گواترهای داخل قفسه صدری است و به صورت معمول بدون علامت بوده مگر اینکه به دلیل رشد، اثر فشاری بر تراشه یا عروق قفسه صدری وارد آورند.^{۱،۲}

غده تیروئید حوالی هفته سوم جنینی از ناحیه فورامن سکوم در قاعده زبان منشاء گرفته و به تدریج از قدام استخوان هیوئید و لارنکس به قدام گردن نزول کرده و در جایگاه واقعی خود قرار می‌گیرد.^۱ هر گونه انحراف در نزول نرمال غده تیروئید منجر به ایجاد تیروئید نابجا می‌گردد.^۲ به هرحال بافت تیروئید نابجا در مکان‌های مختلف از جمله قاعده زبان، غدد تحت فکی، داخل تیموس، داخل مری، داخل تراشه، مدياستن قدامی و خلفی، دیافراگم، آئورت صعودی گزارش شده است.^{۱-۲}

نویسنده پاسخگو: دکتر وحید گوهریان

تلفن: ۰۳۱۱-۲۲۰۸۵۷۷

E-mail: goharian@resident.mui.ac.ir

* دانشیار گروه جراحی قفسه سینه، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیمارستان الزهراء (س)، بخش جراحی قفسه سینه

** استادیار گروه جراحی قفسه سینه، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیمارستان الزهراء (س)، بخش جراحی عمومی

*** استادیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، بیمارستان شهداء، بخش جراحی عمومی

**** پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ستاد پرورش استعدادها درخشان

***** جراح قفسه سینه، دانشگاه علوم پزشکی استان چهارمهرال و بختیاری، بیمارستان آیت‌الله کاشانی، بخش جراحی قفسه سینه

تاریخ وصول: ۱۳۸۶/۰۴/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۱۲/۱۵

www.SID.ir

بحث

تیروئید نابجا نتیجه مهاجرت غیرطبیعی غده تیروئید است. طبق مطالعات اتوپسی شیوع بافت نابجای تیروئید بین ۰.۷٪-۱.۰٪ می‌باشد که تیروئید زبانی ۰.۹۰٪ موارد فوق را شامل می‌شود.^{۱۰،۹}

برخلاف گواترهای تحت جناغی که نتیجه گسترش غده تیروئید از گردن می‌باشد، گواتر داخل قفسه صدری اولیه بسیار نادر بوده و کمتر از ۱٪ موارد را شامل می‌شود که از بافت تیروئید فرعی در قفسه صدری منشاء می‌گیرد و خونگیری آن از عروق داخل قفسه صدری می‌باشد.^{۱۱}

گواتر داخل قفسه صدری اولیه، به خصوص در مدیاستن خلفی، شیوع بسیار کمتری دارد. تمامی بیماری‌های مرتبط با تیروئید در وضعیت نرمال می‌تواند گواتر داخل قفسه صدری اولیه را درگیر نماید، از جمله آدنوم و هیپرپلازی، التهاب و کارسینوم.^۹ شیوع بدخیمی در گواترهای رترواسترنال و مدیاستینال شایعتر بوده و حدود ۱۰٪ یعنی ۱۰ برابر حالت نرمال است.^{۱۲}

در بررسی و تشخیص این بیماری، انجام آزمایشات سرولوژیک تیروئید، اسکن رادیونوکلئید و سی تی اسکن ممکن است، مفید باشد.^{۱۰}

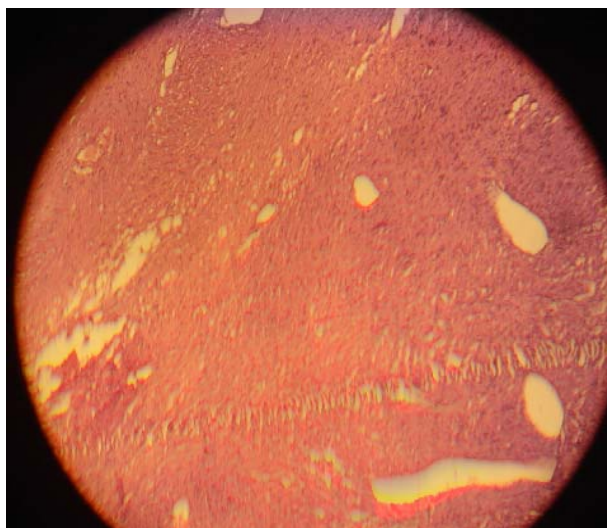
برداشت ماده رادیواکتیو توسط توده، گواتر داخل قفسه صدری را اثبات می‌کند ولی منفی بودن آن، ردکننده آن نیست.^{۱۱،۱۰}

بیش از یک دوم ۱/۲ گواترهای مدیاستینال دارای علامت بوده و در خانم‌ها به خصوص بالای ۴۵ سال شایعتر است.^۲ در موارد نادر گزارش شده در مقالات، گواتر داخل قفسه صدری در مدیاستن قدامی، آئورت صعودی و تیموس قرار داشتند، ولی ما بیماری را معرفی کردیم که گواتر داخل قفسه صدری اولیه در مدیاستن خلفی قرار داشت که از عروق داخل قفسه صدری خونگیری می‌کرد.

نتیجه‌گیری

گواتر داخل قفسه صدری اولیه می‌تواند در مدیاستن خلفی اتفاق بیفتد که با روش توراوتومی خلفی - جانبی عمل می‌شود.

اکوکاردیوگرافی قبل از عمل Ejection / Fraction حدود ۵۰٪ داشت. آزمایشات قبل از عمل شامل CRP, ESR, SH, FBS, Na/k, Bun/ cr, PTT, PT, CBC شریانی در محدوده نرمال بودند و فقط تری‌گلیسرید بالا داشت. با توجه به علائم و توده مشاهده شده، بیمار کاندید عمل جراحی توراوتومی گردید که در وضعیت خلفی - جانبی راست جدار قفسه صدری به ترتیب آناتومیک باز شد. در حین عمل توده نسبتاً بزرگ و بیضی شکل که توسط پلور مدیاستینال پوشیده شده بود، مشاهده شد. توده در بالای ورید آزیگوس، خلف شریان براکیوسفالیک و وریدهای اجوف فوقانی و بی‌نام، بالای برونش اصلی راست، نزدیک کارینا و قسمت خلفی فوقانی آئورت به ابعاد ۵ × ۵ × ۱۰ سانتی‌متر قرار داشت. خونگیری آن از شریان براکیوسفالیک و تخلیه وریدی آن به ورید بی‌نام بود و هیچ گونه اتصالی به تیروئید گردنی نداشت. این یافته‌ها تأکید کننده اصلی گواتر داخل قفسه صدری اولیه (Primary Intrathoracic Goiter) است. توده مزبور با آزادسازی کامل و لیگاتور عروق مربوط بطور کامل خارج گردید (تصویر ۳). در بررسی پاتولوژی گواتر داخل قفسه صدری با تغییرات کیستیک فراوان گزارش گردید (تصویر ۴). بیمار پس از عمل به ICU منتقل گردید و در سونوگرافی گردن که پس از عمل انجام شد، بافت تیروئید نرمال در گردن مشاهده داشت.



تصویر ۴- تغییرات کیستیک فراوان در نمای گواتر تیروئید در بررسی میکروسکوپی

Abstract:

**Report of a Rare Case of A Hung Mass in the
Posterior Mediastinum**

Tabatabaee S.A. MD^{}, Hashemi S. M. MD^{**}, Ahmadinejad M. MD^{***}
Davapanah Jazi A.H. MD^{****}, Goharian V. MD^{*****}*

(Received: 7 June 2007 Accepted: 6 March 2010)

Primary intrathoracic goiter, especially of posterior mediastinum were rare and were less than 1%. Primary intrathoracic goiters supplied by intrathoracic blood vessels.

We introduce a patient who referred with a huge mass in the posterior mediastinum extended to the anterior superior mediastinum with a sign of dyspnea and chronic cough. This mass was easily removed through standard postrolateral thoracotomy and all the symptoms of the patient were resolved. The blood supply of mass arises from intrathoracic vessels.

Key Words: Mediastinum, Chronic Cough, Dyspnea

** Associate Professor of Thoracic Surgery, Isfahan University of Medical Sciences and Health Services, Al-Zahra Hospital, Isfahan, Iran*

*** Assistant Professor of Thoracic Surgery, Isfahan University of Medical Sciences and Health Services, Al-Zahra Hospital, Isfahan, Iran*

**** Assistant Professor of General Surgery, Lorestan University of Medical Sciences and Health Services, Shohada Hospital, Lorestan, Iran*

***** General Practitioner, Isfahan University of Medical Sciences and Health Services, Isfahan, Iran*

****** Thoracic Surgeon, Chahar Mahal Bakhtiary University of Medical Sciences and Health Services, Ayetollah Kashani Hospital, Chahar Mahal Bakhtiary, Iran*

References:

1. Lal G, Clark OH. Thyroid, Parathyroid and Adrenal. In: Brunnicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Pollock RE. Schwartz's Principles of Surgery. 8th edition. Mc Graw Hill. 2005; 1395-429.
2. Gamblin TC, Jennings GR, Christie DB 3rd, Thompson WM Jr, Dalton ML. Ectopic thyroid. Ann Thorac Surg 2003 Jun; 75(6): 1952-3.
3. Arriaga MA, Myers EN. Ectopic thyroid in the retroesophageal superior mediastinum. Otolaryngol Head Neck Surg 1988 Sep; 99(3): 338-40.
4. Noyek AM, Friedberg J. Thyroglossal duct and ectopic thyroid disorders. Otolaryngol Clin North Am 1981 Feb; 14(1): 187-201.
5. Postlethwait RW, Detmer DE. Ectopic thyroid nodule in the esophagus. Ann Thorac Surg 1975 Jan; 19(1): 98-100.
6. Williams RJ, Lindop G, Butler J. Ectopic thyroid tissue on the ascending aorta: an operative finding. Ann Thorac Surg 2002 May; 73(5): 1642-3.
7. Thomas G, Hoilat R, Daniels JS, Kalagie W. Ectopic lingual thyroid: a case report. Int J Oral Maxillofac Surg 2003 Apr; 32(2): 219-21.
8. Tang AT, Johnson MJ, Addis B, Weeden DF. Thoracic intrathyroidic thyroid and cervical goiter: single-stage resection. Ann Thorac Surg 2002 Aug; 74(2): 578-9.
9. Pritchik KM, Thompson LD, Malekzadeh S. Endoscopic management of intratracheal ectopic thyroid. Otolaryngol Head Neck Surg 2004 May; 130(5): 630-2.
10. Shield TW. Lesion Mas querading as primary mediastinal cuaors or cyst. In: Shield TW. General thoracic surgery. Fifth edition. Lippincott Williams and wilking; 2005: 2500-24.
11. Shield TW. Lesion Mas querading as primary mediastinal cuaors or cyst. In: Shield TW. General thoracic surgery. Fifth edition. Lippincott Williams and wilking; 2000: 2115-34.
12. Sadler GP, Clark OH, van Heerden JA, Farley DR. Thyroid and Parathyroid. In: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Daly JM, Fischer JE, Galloway AC. Principles of surgery. 7th ediotion. Mc Graw Hill. 1999; 1661-1714.