

گزارش یک مورد بیمار مبتلا به کارسینوم مدولاری تیروئید با دیسترس تنفسی

دکتر فرهاد جمالی^۱

چکیده

مقدمه: تومور مدولاری غده تیروئید به دو صورت فامیلی و غیرفامیلی (اسپورادیک) دیده می‌شود ۲۵٪ تومورهای مدولاری تیروئید از نوع فامیلی و حدود ۷۵٪ بقیه از نوع غیرفامیلی است. فرم غیرفامیلی در گذشته حدود ۵۰٪ مرگومیر داشت امروزه با دخالت به موقع و تهاجمی جراحی این رقم کاهش یافته است.

شرح حال: بیمار زنی است ۷۴ ساله که به علت تنگی نفس با توده‌ای در گردن مراجعه کرده است در بررسی‌های پاراکلینیک، یک توده به ابعاد ۴/۵ × ۵ سانتی‌متر از نوع سرد روی غده تیروئید در پشت جناغ بود که با فشار بر روی نای مشخص شد. بیمار اجازه انجام اقدامی بیشتر از برداشتن توده که برای بهبود تنگی نفس ضروری بود، نداد.

بیمار مورد عمل لارنگوسکوپ و برونکوسکوپ و تیروئیدکتومی قرار گرفت. پنج روز بعد از عمل با حال عمومی خوب مرخص شد. بررسی میکروسکوپ، کارسینوم مدولاری را مشخص کرد. دو سال بعد از عمل علائم بالینی عود بیماری منفی بوده و یافته‌های رادیوگرافی سینه، CT اسکن گردن، مدیاستن، کبد، کلیه‌ها، غدد فوق کلیوی و سونوگرافی شکم و خلف صفاق طبیعی بود.

بحث: برطرف شدن بیماری در نتیجه مراقبت خوب بعد از عمل نمی‌باشد بلکه مربوط به بیولوژی خوب سلول‌های سرطان اولیه و اقدام به موقع جراحی از سوی بیمار می‌باشد.

کل واژگان: تیروئید، کارسینوم مدولاری، تنگی نفس

مجله پزشکی ارومیه، سال سیزدهم، شماره سوم، ص ۲۴۹-۲۴۴، پاییز ۱۳۸۱

۱- استادیار گروه گوش و حلق و بینی و سرگردن دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

مقدمه

تومور مدولاری غده تیروئید به دو صورت فامیلی و منفرد (اسپورادیک) دیده می‌شود. حدود ۲۵٪ کل تومورهای مدولاری از نوع فامیلیال است (۱). در نوع فامیلی یک نمای انتشار اتوزومال غالب (Autosomal Dominant) مشاهده می‌شود. از این رو احتمال گرفتاری ۵۰٪ از موالید وجود دارد. این بیماری با سندرم Sipple یا نوع ۲ نئوپلازی اندوکرینی متعدد (Multiple Endocrine Neoplasia Type II (MenII)) همراه است.

کارسینوم مدولاری تیروئید از نوع فامیلی در هر دو لوب تیروئید دیده می‌شود و چند کانونی است، میانگین سن رشد تومور نوع فامیلی در دهه سوم عمر است (۲). نوع منفرد که حدود ۷۵٪ موارد کارسینوم مدولاری را تشکیل می‌دهد به‌طور شایع یک نود (گره) دارد. اغلب موارد تومور اسپورادیک (منفرد) در سنین دهه چهارم تا ششم دیده می‌شود (۳). کارسینوم مدولاری تیروئید ابتدا به نوده‌های منطقه گردن و قسمت فوقانی مדיاستن متاستاز می‌دهد (۴). معمولاً در زمان مراجعه به پزشک و تشخیص تومور ۱۵ تا ۲۰ درصد بیماران متاستازهای منطقه‌ای دارند و در سیر نهایی بیماری این رقم به ۵۰٪ می‌رسد. تومور در نهایت می‌تواند به ریه‌ها، کبد، غدد فوق کلیه، استخوان‌ها که اغلب منشاء استئوبلاستیک دارند و دیگر ارگان‌ها متاستاز بدهد. فعالیت بیولوژیکی هر تومور با تومور دیگر فرق می‌کند. بعضی از تومورها پس از درمان نیز در صورت عود، دارای عود منطقه‌ای می‌باشند در حالی که تعدادی از تومورها در زمان تشخیص دارای متاستازهای دور دست هستند، در صورت عود، اغلب تهاجم به تراشه و مری خواهد بود. در گذشته، فرم اسپورادیک حدود ۵۰ درصد مرگ و میر داشت که با دخالت به‌موقع و تهاجمی جراحی این رقم کاهش یافته است (۵).

شرح حال

بیمار زن ۷۴ ساله‌ای است که به علت تنگی نفس مراجعه نموده است. حدود ۶ ماه قبل متوجه تورم در قسمت پایین و جلو گردن و اندکی متمایل به چپ شده که به تدریج رشد داشته است.

از دو ماه قبل درد و از ۱۰ روز قبل حملات تنگی نفس در هنگام فعالیت روزمره شروع شده است. بیمار در ده روز اخیر در حالت استراحت نیز تنگی نفس خفیف و مداوم دارد و جهت احتراز از افزایش تنگی نفس و حملات خفگی میل به نشستن در حالت عمودی به نحوی که گردن خود را به طرف جلو و اندکی چپ خم کند، دارد.

فشار خون بین $\frac{1}{7}$ و $\frac{1}{9}$ سانتی‌متر جیوه و $T = 37.3$ و علائم بالینی مربوط به پرکاری یا کم‌کاری تیروئید ندارد.

از بررسی‌های پاراکلینیکی اسکن تیروئید با ید 131 ندول سرد منطبق بر منطقه تورم، مربوط به دو ماه قبل و سونوگرافی که یک توده Solid (توپر) را که قسمت عمده‌ای از آن در پشت استرونوم و کلاویکول چپ قرار دارد، نشان می‌دهد. ابعاد حدود $4/5 \times 5$ cm است. در رادیوگرافی اثر فشاری توده بر روی تراشه و انحراف آن به طرف راست مشهود می‌باشد.

در فامیل بیمار، بیماری‌های غده تیروئید، فشار خون بالا، بیماری گوارشی و اسهال مداوم دیده نشده است. بیمار با تشخیص‌های افتراقی تومور اولیه غده تیروئید و یا متاستاز از مناطق دیگر به غده تیروئید و تنگی نفس حاصله فوراً بستری گردید. در معاینه گردن لنف نود (گره لنفاوی) قابل لمس وجود ندارد. در لارنگوبرونکوسکوپی تشخیصی، فشرده شدن تراشه از بیرون و تنگی حاصله در اثر فشار و نیز انحراف تراشه به طرف راست، بدون فلج طناب‌های صوتی و زخم و التهاب در مخاط داخل تراشه مشاهده گردید. ورود برونکوسکوپ ریجید (وسیله مشاهده نای از نوع غیر قابل انعطاف) با قطر داخلی بیش

دلیلی بر عود مجدد بیماری وجود ندارد.

حدود یکسال و نیم پس از پیگیری اول (سه سال و نیم بعد از عمل جراحی) برای معاینه دوم مراجعه کرد، بیمار از نظر بالینی سالم است.

بحث

تومور مذکور به علت بدخیم بودن، عود مجدد منطقه‌ای، متاستازهای لنفاوی گردنی و میان سینه‌ای، و متاستازهای کبد، ریه، غدد فوق کلیوی، استخوان‌ها و ارگان‌های دیگر را دارد و در گزارش‌های متعددی به آنها اشاره شده است. ولی نوشته‌های زیادی نیز دال بر بهبود بیماری پس از عمل رزکسیون کامل توده در عمل جراحی اول وجود دارد (۶).

به نظر می‌رسد که در این بیمار نیز رزکسیون کامل اولیه به علت مراجعه قبل از گسترش تومور به نسوج مجاور، به همراه رفتار نه‌چندان بدخیم زیست ساختاری سلول‌های تومور (۷) در ریشه‌کن شدن بیماری اولیه مؤثر بوده است و قرار گرفتن تومور در منطقه تنگ پشت استرنوم که باعث ایجاد تنگی نفس در اثر فشار به تراشه و مراجعه بیمار قبل از تهاجم نسجی بوده در نهایت به نفع بیمار بوده است. نتایج حاصل از این گزارش دال بر این است که اقدام سریع و به موقع و زودهنگام کارسینوم مدولاری تیروئید می‌تواند در پیش‌آگهی بهتر مؤثر بوده و از عود تومور جلوگیری نماید.

از ۵mm به محل تنگی تراشه امکان‌پذیر نشد. در ازوفاگوسکوپی پدیده‌ای بیش از فشرده شدن تراشه به مری وجود نداشت. جهت جلوگیری از ایست تنفسی (در اثر تنگی نفس به تدریج پیش‌رونده) بیمار مورد عمل جراحی تیروئید لوبکتومی طرف چپ همراه با برداشتن ایسم قرار گرفت. در معاینه مستقیم در حین عمل، نود قابل لمس و مشاهده در لوب راست وجود نداشت. پس از عمل جراحی که بدون Overload مایعات انجام گرفت، بیمار دچار هیپرتانسیون شد که پس از درمان مقدماتی از اطاق عمل به ICU انتقال یافت، بعد از یک ساعت فشار خون به $\frac{13}{8}$ رسید و چندین ساعت پس از کنترل فشار خون، بیمار به بخش E.N.T منتقل گردید و بعد از پنج روز با توصیه به ویزیت‌های پیگیری بعد از عمل با فواصل ۱۵ روزه و کنترل میزان کلسی تونین خون به‌طور دوره‌ای از بخش مرخص شد.

نتیجه بررسی میکروسکوپی Medullary Cell Carcinoma بود. بیمار پس از سپری شدن بیش از دو سال از عمل جراحی، برای اولین پیگیری بعد از عمل مراجعه کرد. در معاینات سر و گردن و اعصاب جمجمه‌ای مشکلی ندارد. در رادیوگرافی قفسه سینه، CT اسکن کبد و کلیه‌ها و غدد فوق کلیوی، CT اسکن مدیاستن و گردن و سونوگرافی شکم و رتروپروتیون افزایش یا کاهش دانسیته و ضایعه فضاگیر وجود ندارد. جواب آزمایش یون‌های کلسیم و فسفر طبیعی است، و طبق یافته‌های فوق

References

- 1- Feldkamp J: Endocrine therapy and after-care in thyroid gland carcinoma. Schweiz Rundsh Med Prax, 1998, 87(11): 389-93.
- 2- Chong CE and Etal: Medullary carcinoma of the thyroid gland. cancer, 1975, 35: 695.
- 3- Calmettes C: Screening in medullary thyroid carcinoma. Henry Ford Hosp Med J, 1987, 35: 99.
- 4- Mann B, Buhr H J, Faulhaber J: The

- Concept of "Microsurgical" technique in medullary thyroid carcinoma . *Lagenbecks Arch*, 1997, 33: 126.
5. Ibanez ML: Medullary carcinoma of the thyroid gland. *Pathol Ann*, 1974, 9: 263.
6. Williams E D: Medullary carcinoma of the thyroid: *Endocrinology*. 2nd ed, Philadelphia, WB Saunders, 1989: 657.
- ۷- رجیبیان رضا، حقیقی فاطمه، غیائی نقی: مروری بر جنبه‌های مختلف تشخیص و درمان سرطان تیروئید. *مجله گوش، گلو، بینی و حنجره ایران*، شماره اول، سال چهارم، بهار ۱۳۷۱، ص ۵۷-۵۱.

REPORT OF A PATIENT WITH MEDULLARY CARCINOMA OF THYROID GLAND AND RESPIRATORY DISTRESS

F Jamali¹, M.D.

Abstract

Intoduction : *Medullary carcinoma of thyroid gland is seen in two forms, familial, and sporadic (non familial). Nearly 25% of medullry carcinoma of thyroid gland are familial and 75% are sporadic.*

Non familial (sporadic) form had 50% mortality at past, but with early and agressive surgical intervention, this rate has decreased nowadays.

Clinical Data : *Patient was a 74 years old woman admitted with a mass in front of neck and respiratory distress. Paraclinic evaluations revealed retrosternal thyroid cold nodule measuring 4.5 × 5cm with pressure on trachea. Patient did not allow to do more than dissolving her respiratory distress by removing the mass that seemed it is necessary.*

Patient went under larygo-bronchoscopy and thyroidectomy. Five days after operation she released with good health. Microscopic evaluation revealed medullary carcinoma. Two years after operation, clinical signs for recurrence are negative, Cest X-ray, CT scan of mediastinum, kidneys, adrenal glands and sonography of abdomen and retro-peritoneum are normal.

1. Assistant pffessor of oto - rhino - laryngology, Urmia University of Medical Sciences

Discussion : *Eradication of disease is not due to good post operation care and it is due to good biological behavior of original cancer cells and early operation.*

Key Words : *Thyroid, Dyspnea, Medullary carcinoma*

Address : *Department of oto-rhino-laryngology, Imam Khomeini Hospital, Urmia
University of Medical Sciences, Urmia, Iran.*

Source : *UMJ 2003; 13(3): 244-249 . ISSN: 1027-3727.*