**پژوهش درپزشکی ( مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)**
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۲۹، شماره ۳، پاییز ۸۴، صفحات ۲۷۵ تا ۲۷۷

**Case Report**

# همی‌آژنزی تیروئید همراه با کارسینوم پاپیلری تیروئید: گزارش یک مورد

**دکتر محمد تقی صالحیان×، دکتر مجتبی ملک، دکتر فریدون عزیزی ××**

× گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
×× مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

## چکیده

*همی آژنزی تیروئید یا عدم تشکیل یک لوب تیروئید با یا بدون وجود ایسموس یک اختلال مادرزادی نادر است. وجود کارسینوم پاپیلری تیروئید در بیمار با همی آژنزی تیروئید بسیار نادر است. در این مطالعه خانم ۴۲ ساله معرفی می شود که با شکایت توده در گردن از ۱/۵ ماه پیش، مراجعه کرده است. در معاینه یک ندول ۱/۵× ۱/۵ سانتیمتر در لوب راست تیروئید داشت. در آسپیراسیون ندول تیروئید (FNA) کارسینوم پاپیلری تیروئید گزارش گردید. بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت. در حین عمل لوب راست تیروئید بیمار خارج، آنگاه طرف چپ گردن در محل طبیعی تیروئید باز شد که اثری از لوب چپ تیروئید وجود نداشت و ایسموس نیز روی تراشه یافت نشد. در اسکن با ید رادیواکتیو یک ماه بعد از عمل جراحی جذب ید تنها در بستر لوب راست تیروئید مشاهده گردید و در سایر نواحی هیچ اثری از وجود بافت تیروئید یافت نشد. لذا تشخیص همی آژنزی لوب چپ تیروئید و ایسموس ثابت گردید. گزارش نهایی پاتولوژی نیز پاپیلری کارسینوما بود. گزارش فوق یک مورد نادر کارسینوم پاپیلری تیروئید در زمینه همی آژنزی تیروئید بود که معمولاً به طور اتفاقی کشف می‌شود.*

**واژگان کلیدی:** *کارسینوم پاپیلری تیروئید، همی آژنزی تیروئید، ندول تیروئید.*

## مقدمه

همی‌آژنزی تیروئید یا عدم تشکیل یک لوب تیروئید با یا بدون وجود ایسموس یک اختلال مادرزادی نادر است. همی‌آژنزی لوب چپ ۴ برابر نسبت به طرف راست شایعتر است (۴-۱) و ایسموس در ۵۰٪ موارد دیده نمی‌شود (۴). زنان سه برابر مردان بیشتر به این نقص مبتلا می‌شوند (۱،۲،۵). افراد یوتیروئید معمولاً علامتی ندارند. شایعترین پاتولوژی مشاهده شده در همی‌آژنزی، پرکاری تیروئید می‌باشد (۲،۵) ولی بیماریهای دیگر تیروئید، مثل آدنوم خوش‌خیم، گواتر مولتی‌ندولر، تیروئیدیت مزمن نیز دیده می‌شود (۵). وجود کارسینوم پاپیلری تیروئید در بیمار با همی‌آژنزی تیروئید بسیار نادر است و موارد محدودی گزارش شده است (۷،۲-۵).

در اینجا ما یک مورد نادر همی‌آژنزی تیروئید همراه با کارسینومای پاپیلری تیروئید را گزارش می‌کنیم.

## گزارش مورد

خانم ۴۲ ساله‌ای با شکایت توده‌ای در گردن، که از ۱/۵ ماه قبل متوجه آن شده، به درمانگاه مراجعه نمود. بیمار شکایت دیگری نداشت. در معاینه یک ندول ۱/۵×۱/۵ سانتیمتر در لوب راست تیروئید لمس شد. لوب چپ تیروئید لمس نشد. هیچگونه لنفادنوپاتی گردنی نداشت. معاینات عمومی دیگر شامل معاینه قلب و عروق، ریه، شکم و اندامها طبیعی بود. برای بیمار آسپیراسیون از ندول تیروئید (FNA) انجام شد که نتیجه آن کارسینوم پاپیلری تیروئید گزارش گردید.

بیمار سه هفته در سرویس جراحی بستری شد. در بررسی آزمایشگاهی قبل از جراحی T4، T3، T3RU، TSH بترتیب ۹،

**آدرس نویسنده مسئول:** تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان آیت الله طالقانی، بخش جراحی، دکتر محمدتقی صالحیان (**email:** mt_saleh@yahoo.com)

**تاریخ دریافت مقاله:** ۱۳۸۳/۱۲/۱۰
**تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۸٤/۷/۱٦

[ Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-15 ]

۶ میکروگرم در دسی‌لیتر، ۱۱۹ نانوگرم در دسی‌لیتر، ۲۷٪ و ۳mIU/l (جملگی در محدوده طبیعی) بود. آزمایشات دیگر بیمار شامل سدیم، پتاسیم، اوره، کراتینین، قندخون ناشتا، کلسیم، فسفر، شمارش گلبولهای سفید، هموگلوبین، هماتوکریت و تستهای انعقادی بیمار نیز در حد طبیعی بود. بیمار دو روز پس از بستری تحت عمل جراحی قرار گرفت. در حین عمل لوب راست تیروئید به طور کامل خارج و در fresh frozen section، پاپیلری کارسینومای تیروئید گزارش گردید. آنگاه طرف چپ گردن در محل طبیعی تیروئید باز شد که اثری از لوب چپ تیروئید وجود نداشت و ایسموس نیز روی تراشه یافت نشد. لذا احتمال آنژزی لوب چپ تیروئید و ایسموس برای بیمار مطرح و عمل جراحی بعد از اکسپلور گردن و مدیاستن فوقانی ختم گردید. گزارش نهایی پاتولوژی نیز پاپیلری کارسینوما بود.

در اسکن با ید رادیواکتیو یک ماه بعد از عمل جراحی در حالیکه بیمار لووتیروکسین دریافت نمی‌کرد و TSH برابر ۵۰ mIU/L داشت، مقدار کمی جذب ید تنها در بستر لوب راست تیروئید مشاهده گردید و در سایر نواحی هیچ اثری از وجود بافت تیروئید و متاستاز یافت نشد. لذا تشخیص همی‌آژنزی لوب چپ تیروئید و ایسموس ثابت گردید.

## بحث

اولین مورد همی‌آژنزی تیروئید در سال ۱۸۶۶ توسط Handfield Jones گزارش شد (۸). این اختلال، نقص مادرزادی نادری است (۱) که معمولاً بصورت اتفاقی در بررسی مشکلات دیگر تیروئید کشف می‌شود. در بررسی تیروئید معمولاً در طرف مبتلا تیروئید لمس نمی‌شود و در اسکن نیز جذب تنها در یک طرف دیده می‌شود. جذب یک طرفه در اسکن تشخیصهای مختلف شامل آدنوم توکسیک، تیروئیدیت چرکی یک طرفه و سرطان تیروئید را مطرح می‌کند. همی‌آژنزی باید همیشه در تشخیص افتراقی بیماران با جذب یک طرفه در اسکن تیروئید قرار گیرد که باید با سونوگرافی که یک روش ارزان و غیرتهاجمی نسبت به روشهای دیگر است اثبات گردد (۹). شیوع این نقص مادرزادی دقیقاً مشخص نیست زیرا معمولاً بررسی بیماریهای دیگر تیروئید باعث کشف این نقص می‌گردد (۳). شیوع این نقص از ۰/۰۵ درصد (۳) تا ۰/۲ درصد (۱۰) در منابع مختلف ذکر شده است. در بسیاری از منابع شیوع این نقص را در زنان ۳ برابر مردان گزارش کرده‌اند (۱،۲،۵،۱۱) ولی به نظر می‌رسد این افزایش در زنان ناشی از شیوع بالاتر بیماریهای تیروئیدی در خانمها و در نتیجه کشف اتفاقی موارد بیشتری از موارد همی‌آژنزی تیروئید در زنان باشد. در بررسی سونوگرافیک ۲۴۰۳۲ نفر از دانش‌آموزان سالم، ۱۲ مورد همی‌آژنزی کشف شد که نسبت پسر به دختر در این مطالعه ۱/۳ به ۱ بود (۳). علت دقیق این نقص هنوز مشخص نیست ولی یک زمینه ژنتیکی برای این نقص بر اساس مشاهده بیماری در یک دو قلوی مونوزیگوت (۱۲) و اعضای یک خانواده (۱۳) مطرح گردیده است.

افراد با همی‌آنژزی تیروئید با عملکرد طبیعی تیروئید هیچگونه مشکلی ندارند ولی ممکن است انواع بیماریها در لوب باقیمانده تیروئید دیده شود. این بیماریها شامل پرکاری تیروئید (۲،۵، ۱۷-۱۴)، کم‌کاری تیروئید (۲،۱۸)، آدنوم (۲،۱۹)، گواتر مولتی‌ندولر (۲،۸)، تیروئیدیت تحت‌حاد (۲۰) و تیروئیدیت مزمن (۲) می‌باشند. شایعترین اختلال تیروئید در همی‌آژنزی، پرکاری تیروئید می‌باشد (۲،۵).

کارسینوم تیروئید در همی‌آژنزی تیروئید عارضه نادری بوده و در موارد محدودی گزارش شده است (۱۴،۷،۵،۲).

گزارش بالا یک مورد نادر کارسینوم پاپیلری تیروئید در زمینه همی‌آژنزی تیروئید بود که به طور اتفاقی کشف شد. این نقص معمولاً در اسکن رادیونوکلوتید به صورت جذب یک طرفه دیده می‌شود که باید با سونوگرافی که یک روش ارزان و غیرتهاجمی نسبت به روشهای دیگر است، اثبات گردد.

درصورت وجود ندول در لوب باقیمانده تیروئید، مانند دیگر موارد باید FNA جهت رد بدخیمی انجام شود.

## *REFERENCES*

1. Braverman LE, Utriger RD, editors. The Thyroid; A fundamental and clinical text. Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins; 2000;p:362.
2. Nich Jc, Stemkowski PE. Thyroid hemiagenesis (hockey stick sign): a review of the world literature and a report of four cases. J Clin Endocrinol Metab 1981;52:247-51.
3. Maiorana R, Carta A, Floriddia G, Leonardi D, Buscema M, Sava L, et al. Thyroid hemiagenesis: prevalence in normal children and effect on thyroid function. J Clin Endocrinol Metab 2003;88:1534-6.
4. Bergami G, Barbuti D, Di Mario M. Echographic diagnosis of thyroid hemiagenesis. Minerva Endocrinol 1995;20:195-8.

[ Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-15 ]

5. Shahla AR, Gujarati R. Thyroid hemiagenesis. J Surg Oncol 1997;65:137-40.

6. Khatri VP, Espinosa MH, Harada WA. Papillary adenocarcinoma in thyroid hemiagenesis. Head Neck 1992;14:312-5.

7. Huang SM, Chen HD, Wen TY, Kun MS. Right thyroid hemiagenesis associated with papillary thyroid cancer and an ectopic prelaryngeal thyroid: a case report. J Formos Med Assoc 2002;101:368-71.

8. Karabay N, Comlekci A, Canda MS, Bayraktar F, Degirmenci B. Thyroid hemiagenesis with multinodular goiter: a case report and review of the literature. Endocr J 2003;50:409-13.

9. Iwata M, Kasagi K, Hatabu H, Misaki T, Iida Y, Fujita T, et al. Causes of appearance of scintigraphic hot areas on thyroid scintigraphy analyzed with clinical features and comparative ultrasonographic findings. Ann Nucl Med 2002;16:279-87.

10. Shabana W, Delange F, Freson M, Osteaux M, De Schepper J. Prevalence of thyroid hemiagenesis: ultrasound screening in normal children. Eur J Pediatr 2000;159:456-8.

11. Vazquez-Chavez C, Acevedo- Rivera K, Sartorius C, Espinosa-Said L. Thyroid hemiagenesis. Report of 3 cases and review of the literature. Gac Med Mex 1989;125:395-9.

12. McLean R, Howard N, Murray IP. Thyroid dysgenesis in monozygotic twins: variants identified by scintigraphy. Eur J Nucl Med 1985;10:346-8.

13. Rajmil HO, Rodriguez-Espinosa J, Soldevila J, Ordonez-Llanos J. Thyroid hemiagenesis in two sisters. J Endocrinol Invest 1984;7:393-4.

14. McHenry CR, Walfish PG, Rosen IB, Lawrence AM, Paloyan E. Congenital thyroid hemiagenesis. Am J Surg 1995;61:634-8.

15. Rashid HI, Yassin J, Owen WJ. A case of Graves's disease in association with hemiagenesis of the thyroid gland. Int J Clin Pract 1998;52:515-6.

16. Ozgen AG, Saygili F, Kabalak T. Thyroid hemiagenesis associated with Graves's disease and Graves's ophthalmopathy: case report. Thyroid 2004;14:75-7.

17. Letonturier P, Hazard J, Tourneur R, Perlemuter L, Angel R. Thyroid hemiagenesis (single thyroid lobe). Nouv Presse Med 1979;1227-9.

18. Kocakusak A, Akinci M, Arikan S, Sunar H, Yucel AF, Senturk O. Left thyroid lobe hemiagenesis with hyperthyroidism: report of a case. Surg Today 2004;34:437-9.

19. Acar M, Yucel A, Degirmenci B, Albayrak R. Thyroid hemiagenesis in a patient with hypothyroidism. Turk J Med Sci 2004;34:137-39.

20. Shibutani Y, Inoue D, Koshiyama H, Mori T. Thyroid hemiagenesis with subacute thyroiditis. Thyroid 1995;5:133-5.

[ Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-15 ]