

همی آژنزوی تیروئید همراه با کارسینوم پاپیلری گزارش یک مورد

دکتر محمد تقی صالحیان^۱، دکتر مجتبی ملک، دکتر فریدون عزیزی^{۲*}

* گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

** مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

همی آژنزوی 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 آژنزوی تیروئید بسیار نادر است. در این مطالعه خانم ۴۲ ساله معرفی می شود که با شکایت توده در گردن از ۱/۵ ماه پیش، مراجعت کرده است. در معاینه یک ندول $1/5 \times 1/5$ 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 رادیوакتیو 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 آژنزوی 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 آژنزوی تیروئید بود که معمولاً به طور اتفاقی کشف می شود.

واژگان کلیدی: کارسینوم پاپیلری تیروئید، همی آژنزوی تیروئید، ندول تیروئید.

همی آژنزوی تیروئید بسیار نادر است و موارد محدودی گزارش شده است (۵-۷، ۲).

در اینجا ما یک مورد نادر همی آژنزوی تیروئید همراه با کارسینومای پاپیلری تیروئید را گزارش می کنیم.

مقدمه

همی آژنزوی تیروئید یا عدم تشکیل یک لوب تیروئید با یا بدون وجود ایسموس یک اختلال مادرزادی نادر است. همی آژنزوی لوب چپ 4×4 برابر نسبت به طرف راست شایعتر است (۴) و ایسموس در 50% موارد دیده نمی شود (۴). زنان سه برابر مردان بیشتر به این نقص مبتلا می شوند (۱، ۲، ۵). افراد یوتیروئید معمولاً عالمتی ندارند. شایعترین پاتولوژی مشاهده شده در همی آژنزوی، پرکاری تیروئید می باشد (۲، ۵) ولی بیماریهای دیگر تیروئید، مثل آدنوم خوش خیم، گواتر مولتی ندولر، تیروئیدیت مزمون نیز دیده می شود (۵). وجود کارسینوم پاپیلری تیروئید در بیمار با

گزارش مورد

خانم ۴۲ ساله ای با شکایت توده ای در گردن، که از ۱/۵ ماه قبل متوجه آن شده، به درمانگاه مراجعه نمود. بیمار شکایت دیگری نداشت. در معاینه یک ندول $1/5 \times 1/5$ سانتیمتر در لوب راست تیروئید لمس شد. لوب چپ تیروئید لمس نشد. هیچگونه لنفادنوباتی 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 TSH، T3RU، T4، T3، T4، TSH بترتیب ۹،

همی آذنی تیروئید

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 ۰/۵ 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^(۱۱،۱۲،۱۵) ولی به نظر می‌رسد این افزایش در زنان ناشی از شیوع بالاتر بیماریهای تیروئیدی در خانمهای و در نتیجه کشف اتفاقی موارد بیشتری از موارد همی آذنی تیروئید در زنان باشد. در بررسی سونوگرافیک ۲۴۰۳۲ نفر از دانشآموzan سالم، ۱۲ مورد همی آذنی 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 همی آذنی 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)، گواتر^(۱۴-۱۷)، کم کاری تیروئید^(۲،۱۸)، آدنوم^(۲،۱۹)، آدنوم تولتی ندولر^(۲،۸)، تیروئیدیت تحت حاد^(۲۰) و تیروئیدیت مزمن^(۲) می‌باشند. شایعترین اختلال تیروئید در

همی آذنی، پرکاری تیروئید می‌باشد^(۲،۵).

کارسینوم تیروئید در همی آذنی 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 همی آذنی 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.

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

۶ میکروگرم در دسی لیتر، ۱۱۹ نانوگرم در دسی لیتر، 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 آنژری 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 mIU/L ۵۰ 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 همی آذنی لوب چپ تیروئید و ایسموس ثابت گردید.

بحث

اولین مورد همی آذنی 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 سرتان تیروئید را مطرح می‌کند. همی آذنی باید همیشه در تشخیص افتراقی بیماران با جذب یک طرفه در اسکن تیروئید قرار گیرد که باید با سونوگرافی

REFERENCES

- Braverman LE, Utiger RD, editors. The Thyroid; A fundamental and clinical text. Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins; 2000;p:362.
- 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.
- 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.
- Bergami G, Barbuti D, Di Mario M. Echographic diagnosis of thyroid hemiagenesis. Minerva Endocrinol 1995;20:195-8.

5. Shahla AR, Gujarati R. Thyroid hemiogenesis. *J Surg Oncol* 1997;65:137-40.
6. Khatri VP, Espinosa MH, Harada WA. Papillary adenocarcinoma in thyroid hemiogenesis. *Head Neck* 1992;14:312-5.
7. Huang SM, Chen HD, Wen TY, Kun MS. Right thyroid hemiogenesis 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 hemiogenesis 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 hemiogenesis: 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 hemiogenesis. 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 hemiogenesis in two sisters. *J Endocrinol Invest* 1984;7:393-4.
14. McHenry CR, Walfish PG, Rosen IB, Lawrence AM, Paloyan E. Congenital thyroid hemiogenesis. *Am J Surg* 1995;61:634-8.
15. Rashid HI, Yassin J, Owen WJ. A case of Graves's disease in association with hemiogenesis of the thyroid gland. *Int J Clin Pract* 1998;52:515-6.
16. Ozgen AG, Saygili F, Kabalak T. Thyroid hemiogenesis 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 hemiogenesis (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 hemiogenesis with hyperthyroidism: report of a case. *Surg Today* 2004;34:437-9.
19. Acar M, Yucel A, Degirmenci B, Albayrak R. Thyroid hemiogenesis in a patient with hypothyroidism. *Turk J Med Sci* 2004;34:137-39.
20. Shibutani Y, Inoue D, Koshiyama H, Mori T. Thyroid hemiogenesis with subacute thyroiditis. *Thyroid* 1995;5:133-5.