

## گزارش یک مورد نادر گواتر حجیم نا به جای داخل قفسه‌ی سینه

\*دکتر آسیه سادات فتاحی معصوم<sup>۱</sup>، دکتر سید حسین فتاحی معصوم<sup>۲</sup>، دکتر علی صدیقی زاده<sup>۳</sup>،  
دکتر محمدرضا کلانتری<sup>۴</sup>

استادیار جراحی عمومی و عضو مرکز تحقیقات جراحی آندوسکوپی،<sup>۱</sup> استادیار جراحی توراکس،<sup>۲</sup> دانشیار جراحی توراکس،<sup>۳</sup>  
استادیار آسیب‌شناسی - دانشگاه علوم پزشکی مشهد<sup>۴</sup>

### خلاصه

**مقدمه:** گواتر نابه‌جای داخل قفسه‌ی سینه در مقایسه با گواتر رترواسترنال تظاهر خیلی نادر بیماری تیروئید است که در تشخیص افتراقی توده‌های مדיاستن قرار می‌گیرد و می‌تواند به علت فشار به ساختمان‌های مجاور علایم جدی ایجاد نماید. در این مقاله یک مورد بیمار مبتلا به گواتر حجیم نا به جای داخل قفسه‌ی سینه با مروری بر سایر گزارشات معرفی می‌شود.

**معرفی بیمار:** خانم ۴۳ ساله ساکن مشهد که با علایم تنگی نفس و سرفه که از حاملگی ۱/۵ سال قبل شروع شده که پس از وضع حمل، مراجعه کرده است. بیمار حدود ۱۴ سال قبل تیروئیدکتومی شده بود. در بررسی‌های انجام شده‌ی رادیولوژیک، پهن شدن مדיاستن و توده‌ی سالدی در لوب فوقانی ریه‌ی راست که نیمی از همی‌توراکس را پر کرده مشخص شده است. بیمار تحت عمل جراحی توراکتومی راست و برداشت توده‌ی حجیم چسبیده به ریه، قرار گرفت. آسیب‌شناسی مویید گواتر مولتی ندولر می‌باشد. ۱۰ روز بعد بیمار با حال عمومی خوب ترخیص شد.

**نتیجه‌گیری:** گواتر نا به جای داخل قفسه از موارد نادر توده‌ی مדיاستن و داخل قفسه‌ی سینه است که به دلیل احتمال ایجاد عوارض جدی، تشخیص اهمیت دارد و رزکسیون جراحی درمان قطعی را فراهم می‌کند.

**واژه‌های کلیدی:** تیروئیدکتومی، تیروئید نا به جای، گواتر داخل قفسه‌ی سینه

### مقدمه

گواتر نا به جای داخل قفسه‌ی سینه<sup>۱</sup> تظاهر نادر بیماری تیروئید است (۲،۱). با وجود این که به نسبت دهه‌های قبل کمتر با آن مواجه هستیم هنوز در تشخیص افتراقی تومورهای مדיاستن به خصوص در آسیا و اروپای شرقی مطرح می‌شود.

هنگامی که توده بزرگ باشد و فشار بر احشای مجاور وارد نماید و یا احتمال بدخیمی وجود داشته باشد، باید به طریق جراحی توده برداشته شود (۳). گواتر داخل قفسه‌ی سینه ممکن است خیلی بزرگ شود و عوارض جدی ایجاد کند لذا

### معرفی بیمار

خانم ۴۳ ساله ساکن مشهد که با شکایت تنگی نفس و سرفه‌های مکرر از ۱/۵ سال قبل در زمان حاملگی، پس از وضع حمل به پزشک مراجعه کرده است.

حدود ۱۴ سال قبل در بررسی‌های انجام شده در گرافی ساده‌ی قفسه‌ی سینه بیمار، عریض‌شدگی مדיاستن و اپاسیته در نیمه‌ی راست قفسه‌ی سینه مشاهده شد (تصویر ۱).

\*مؤلف مسئول: ایران، مشهد، بیمارستان قائم (عج)، دفتر گروه جراحی توراکس  
تلفن تماس: ۰۵۱۱-۸۰۱۲۸۴۰

Fattahima@mums.ac.ir  
تاریخ تایید: ۱۳۸۷/۱۱/۲۸

تاریخ وصول: ۱۳۸۷/۶/۸

<sup>1</sup>Ectopic Interathoracic Goiter

تنفسی و فشار مدیاستن و توده‌ی همی‌توراکس راست، بیمار تحت جراحی توراکوتومی راست قرار گرفت و توده‌ی حجیم چسبیده به لوب فوقانی ریه به تدریج آزاد شد (تصویر ۳).

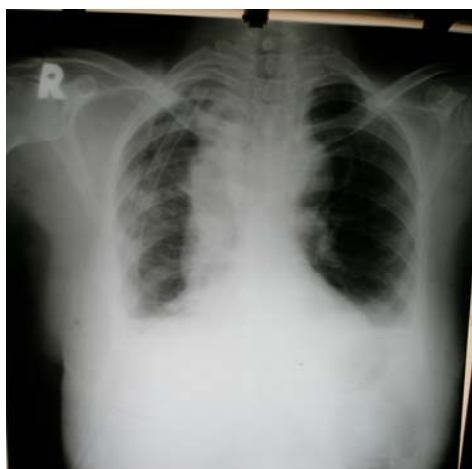


**تصویر ۳-** عکس حین عمل، برداشت کامل توده‌ی داخل قفسه‌ی سینه

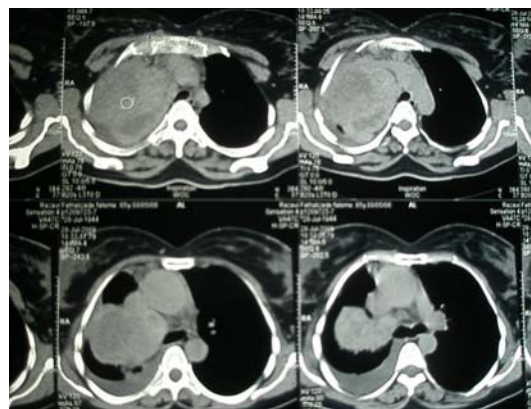


**تصویر ۱-** گرافی ساده‌ی قفسه‌ی سینه در بیمار با گواتر نا به جا قفسه‌ی سینه، عریض شدگی مدیاستن و اپاسیته در راست

در گزارش سی‌تی‌اسکن با توده‌ی جامد و کلاپس و تراکم لوب فوقانی ریه‌ی راست همراه افیوژن پلورال و لنفادنوپاتی تا ۱۲ میلی‌متر، مطرح کننده‌ی نئوپلاسم ریه عنوان شده است (تصویر ۲).



**تصویر ۴-** گرافی ساده قفسه‌ی سینه، کنترل بعد از عمل بیمار با گواتر نا به جا حجیم داخل قفسه‌ی سینه



**تصویر ۲-** توده‌ی جامد و افیوژن پلورال در سی‌تی‌اسکن بیمار با گواتر نا به جا حجیم داخل قفسه‌ی سینه

ریشه‌ی توده در گردن بود و عروق مدیاستن حین عمل خونریزی داشت که سوچور شده و برداشت کامل توده انجام شد (تصویر ۴).

در جواب آسیب‌شناسی توده‌ای به ابعاد  $11 \times 12 \times 10$  سانتی‌متر و وزن ۴۸۰ گرم گزارش شد که مویید گواتر مولتی ندولر بود (تصویر ۵ و ۶). در نهایت ۱۰ روز بعد از عمل بیمار با حال عمومی خوب مرخص شد.

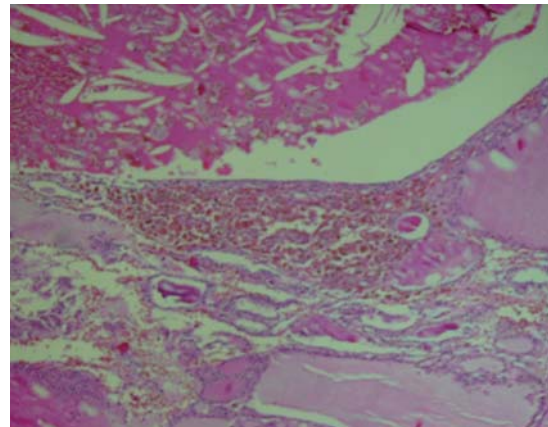
بیمار به علت هیپرتیروئیدی و توده‌ی حجیم در گردن، تحت تیروئیدکتومی قرار گرفت که آسیب‌شناسی ضایعه‌ی گواتر بوده است. در بررسی مایع پلور، لنفوسیتوز واکنشی گزارش شده و آزمایشات مایع پلور به شرح زیر است:  $4/4$  گرم پروتئین، LDH ۱۴۰، گلوکز ۱۱۴ میلی‌گرم در دسی‌لیتر و سایر آزمایشات طبیعی بود. بیوپسی سوزنی از توده‌ی مدیاستن قدامی منطبق با بافت تیروئید نا به جا می‌باشد. با توجه به علائم

از عروق داخل قفسه‌ی سینه خون می‌گیرد (۴).  
گواتر داخل قفسه‌ی سینه‌ی اولیه اغلب در مدیاستن فوقانی و میانی است و وجود آن در مدیاستن خلفی خیلی نادر است (۵)، که به علت علائم بالینی مخفی تشخیص آن مشکل بوده و ممکن است سال‌ها بعد علامت‌دار شود. لذا باید جزو تشخیص افتراقی تومورهای این ناحیه مد نظر قرار گیرد (۶). علائم بالینی بسته به حضور توده و فشار به بافت‌های مجاور است، یک سوم موارد بی‌علامت می‌باشند (۳). سایر موارد با فشار اجزای مدیاستن علائم ایجاد می‌کنند (۷). فشار به تراشه شایع‌ترین یافته‌ی بالینی است و بیمار با علائم سرفه، تنگی نفس و استریدور مراجعه می‌کند. در حالی که هموپتزی، دیسفاژی، درد قفسه‌ی سینه و انسداد ورید اجوف فوقانی از علائم نادرتر بیماری است (۸،۱). گاهی انسداد حاد تراشه و نارسایی حاد تنفسی می‌تواند رخ دهد (۹). همراهی با سندرم هورنر به شکل نادر گزارش شده است (۱۰). در اکثر بیماران تست‌های تیروئید طبیعی است (۶).

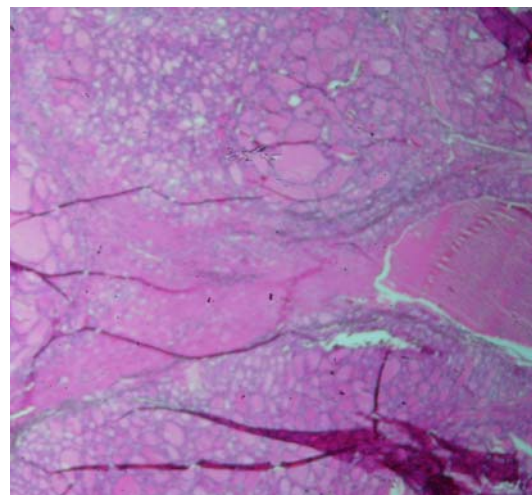
تغییر بدخیمی به شکل خیلی نادر دیده می‌شود (۱۱). تشخیص افتراقی بسته به محل ضایعه متفاوت است که شامل تیموما، تراتوما، لنفادنوپاتی، آنوریسم آئورت، کیست‌های برونکوژنیک، تومورهای نوروژنیک و ضایعات اسپینال و هرنی هیاتال و... است که در بیمار ما به علت حجم بودن ضایعه‌ی داخل قفسه‌ی سینه همراه واکنش پلورال، احتمال نئوپلاسم ریه در گزارش رادیولوژی مطرح شده بود (تصویر ۲).

توده می‌تواند به طور اتفاقی در گرافی قفسه‌ی سینه یافت شود که تا ۹۰ درصد تشخیصی است (۶). جابه‌جایی تراشه و فشار به آن و کلسیفیکاسیون و توده‌ی نسج نرم در گرافی دیده می‌شود (۸). سی‌تی‌اسکن اطلاعات زیادی در مورد محل و ارتباط با سایر ساختمان‌های مدیاستن می‌دهد (۱). گرافی با ید ۱۳۱ می‌تواند در تشخیص افتراقی موثر باشد (۸) ولی همیشه برداشت ید دیده نمی‌شود (۱).

پایه و اساس درمان، جراحی بوده (۱۲) و به علت احتمال تبدیل شدن به بدخیمی، بزرگی پیش‌رونده و فشار به ارگان‌های حیاتی مجاور و خونریزی داخل توده که باعث



**تصویر ۵- گواتر مولتی ندولر: بافت تیروئید با فولیکول‌های کوچک و بزرگ محتوی کلوئید که کانون خونریزی و یک کیست حاوی ماکروفاژهای محتوی هموزیدرین و شکاف‌های کلسترولی درشت‌نمایی ۱۰۰ برابر و رنگ آمیزی H&E**



**تصویر ۶- گواتر مولتی ندولر: ندول‌های متعدد فولیکولر که توسط سیتاهای فیبروتیک از یکدیگر جدا شده‌اند (درشت‌نمایی رنگ آمیزی H&E)**

## بحث

گواتر رترواسترنال نتیجه‌ی گسترش پارانشیم تیروئید به پشت استرنوم در مدیاستن قدامی است که گواتر داخل قفسه‌ی سینه ثانویه نامیده می‌شود که در بیماری تیروئید ناشایع نیست (۱) و ما در گزارش قبلی تعدادی را ارایه نموده‌ایم (۲). در حالی که گواتر اولیه داخل قفسه‌ی سینه (گواتر نا به جا) نادر و موضوع مادرزادی مهمی است که اتصال با تیروئید گردنی ندارد و بر خلاف نوع رترواسترنال که از عروق گردن خون‌رسانی می‌شود

برداشت توده‌های کوچک نیز بی‌خطر بوده و توصیه می‌شود. چون رشد توده‌ی تیروئید و فشار دراز مدت می‌تواند باعث تراکتوما لاسی و ایجاد عوارض گردد (۴).

### نتیجه‌گیری

گواتر داخل قفسه‌ی سینه نا به جا از تظاهرات نادر بیماری تیروئید بوده و به علت احتمال عوارض باید در تشخیص‌های افتراقی توده‌های مدیاستن مطرح شود. درمان مناسب، جراحی رادیواکتیو بوده و عوارض پایین دارد.

نارسایی تنفسی می‌شود باید توده برداشته شود (۶). سایر اندیکاسیون‌های جراحی، آسپیراسیون سوزنی غیرطبیعی، تیروتوکسیکوز و سندرم ورید اجوف فوقانی است (۱۳). استرنوتومی یا توراکتومی اغلب برای عمل لازم است (۸،۱). در بیمار معرفی شده به علت حجیم بودن ضایعه‌ی داخل توراکس، بیمار از طریق توراکتومی راست عمل شد که روش بی‌خطر با مرگ و میر پایین و عوارض قابل قبول بوده و در صورت برداشت کامل توده، پیش‌آگهی عالی است (۱۲،۱).

### References

- 1- Sakarofas GH, Lachos AV, Tolumis G, Kassaras GA, Anagnostopoulos GK, Gorgogiannis D. Ectopic interathoracic thyroid, the mount Sina. J Med 2004; 71(2): 131-3.
- 2- Fattahi SH, Fattahi AS. [Management and treatment of tracheal stenosis due to thyroid tumors, report of 12 operated cases]. Iranian journal of otorhinolaryngology 2003; 15(3): 25-33. (Persian)
- 3- Mao T, Fang W, Pezzella TA. Resection of an interathoracic thyroid gland. Available from: [http://www.ctsnet.org/sections/clinical courses/clinical cases/ article-18](http://www.ctsnet.org/sections/clinical%20courses/clinical%20cases/article-18)
- 4- Forovlis CN, Rammos KS, Sileli M, Papakonstantinov C. Primary interathoracic goiter: A rare and potentially servios, entity. Thyroid 2009; 14(3): 213-8.
- 5- Hedayati N, McHenty CR. The clinical presentation and operative management of nodular and diffuse substernal thyroid disease. Am Surg 2002; 68: 245-52.
- 6- Karaplolat S, Bulut I. Ectopic posterior mediastinal thyroid: A case report. Cases J 2008; 1: 53.
- 7- Rios A, Rodriguez IM, Canteras M, Galindo PJ, Tebar FJ, Parrilla P. Surgical management of multinodular goiter with compression symptoms. Arch Surg 2005; 140: 44-53.
- 8- Paraskera P, Katsarons P, Spartalis E, Konstantov Dakis K, Tomos P, Michail OP. Thoracic surgery quiz. Arch Hellenic Med 2009; 26(3): 426-7.
- 9- Cagli K, Ulas MM, Hizarci M, Sener E. Substernal goiter: An unusual cause of respiratory failure after coronary artery bypass grafting. Tex Heart Inst 2005; 32(2): 224-7.
- 10- Leuchter I, Becker M, Mickel R, Dulguerev P. Horner's syndrome and thyroid neoplasms. Orly Otorhinolaryngol Relat Spec 2002; 64: 44-52.
- 11- Shah BC, Ravichand CS, Juluri S, Agarwal A, Pramesh CS, Mistry RC. Ectopic thyroid cancer. Ann Thorac Cardiovasc Surg 2007; 13 (2): 122-4.
- 12- Latteri S, Saita S, Potenza E. Intrathoracic goiter: Experience with 61 surgically treated cases. Chir Ital 2000; 52(2): 134-45.
- 13- Shields TW. The mediastinum, its compartments and mediastinal lymphnodes, in Shields' TW. 6<sup>th</sup> ed. USA: General Thoracic Surgery; 2005: 2343-6.