

گزارش یک مورد بیماری کیست تیموس مدیاستینال

یاسر اصغری (MD)^۱، علی کمالی (MD)^{۲*}

۱-مرکز پژوهشهای دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

۲-گروه جراحی، واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: ۹۴/۱۲/۲۰، اصلاح: ۹۵/۳/۱۲، پذیرش: ۹۵/۵/۶

خلاصه

سابقه و هدف: بروز ضایعات تیموس به صورت توده کیستیک مدیاستینال، نادر بوده و با ریسک بدخیمی همراه است، که می‌تواند منجر به علائم ناشی از اثر فشاری در مدیاستن شده و یا به طور اتفاقی در جریان تصویربرداری یافت شود. یک مورد کیست تیموس مدیاستینال با تنگی نفس ناشی از اثر فشاری معرفی می‌گردد.

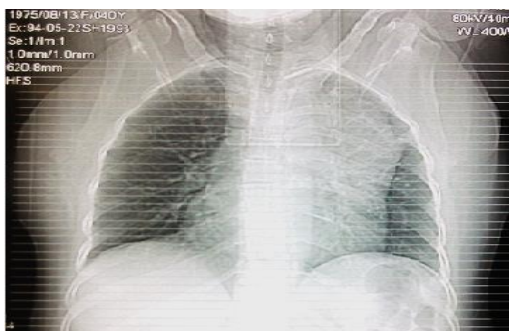
گزارش مورد: خانم ۴۰ ساله‌ای است که به دلیل تنگی نفس تحت ارزیابی تشخیصی قرار گرفت. با توجه به یافته تصویربرداری مبنی بر ضایعه کیستیک مدیاستن فوقانی با منشاء احتمالی تیموس، تحت استرنومی میانی و اکسیژون توده قرار گرفت. بررسی هیستوپاتولوژیک، کیست ساده تیموس را گزارش نمود.

نتیجه‌گیری: باتوجه به بروز مشکلات تنفسی در بیمار با ضایعه کیستیک مدیاستینال باید نسبت به تشخیص و درمان به موقع اقدام نمود تا ضمن رفع علائم، از بدخیمی احتمالی جلوگیری شود.

واژه‌های کلیدی: تنگی نفس، مدیاستن، کیست، تیموس.

مقدمه

ریوی و بررسی‌های آزمایشگاهی نرمال بود. در گرافی قفسه سینه پاپاسیته‌ای در قسمت فوقانی قلب مطابق بر مدیاستن فوقانی چپ مشهود بود. در ادامه ارزیابی‌ها بیمار تحت سی‌تی‌اسکن قرار گرفت که ضایعه‌ای کیستیک تک‌حفره‌ای با جدار نازک و دانسیته یکنواخت داخل ضایعه، مطرح کننده کیست مدیاستن با منشاء احتمالی تیموس مشهود بود. با توجه به علائم بالینی و خطر بدخیمی تصمیم به جراحی گرفته شد. لذا بیمار تحت میداسترنومی قرار گرفت، ضایعه‌ای کیستیک در قسمت چپ مدیاستن فوقانی مشهود بود که آزادسازی و اکسیژون ضایعه با جدار کامل آن انجام شد. در بررسی‌های هیستوپاتولوژیک، ضایعه کیستیک ساده با اپی تلیوم از منشاء تیموس به همراه بافت باقیمانده تیموس، مطرح کننده کیست ساده تک‌حفره‌ای (Unilocular) تیموس گزارش شد. بیمار پس از جراحی دوره بدون عارضه‌ای را سپری کرد و در پیگیری یکساله بدون علامت و شکایت خاص بود.



گرافی قفسه سینه: نشان دهنده توده حجیم در مدیاستن فوقانی چپ

ضایعات کیستیک تیموس در مدیاستینوم نادر و به عبارتی ناشایع می‌باشد (۱و۲). بروز کیست تیموس در میان توده‌های مدیاستینال حدود ۱۰ تا ۳۰ درصد و در بین کیست‌های مدیاستینال بین ۳ تا ۱۳ درصد هستند (۳). اغلب این ضایعات خوش‌خیم بوده و می‌توانند مادرزادی یا اکتسابی باشند (۱). وجود این ضایعات می‌تواند بدون علامت بالینی باشد (۲). علائم بالینی در این موارد، غیر اختصاصی بوده و غالباً به اثر فشاری ضایعه بر ساختمان‌های مجاورش مربوط است (۳). در موارد بدون علامت این ضایعات به‌طور تصادفی، در زمان انجام روش‌های تصویربرداری و در موارد علامت دار معمولاً به علت ایجاد علائم فشاری شناسایی می‌شوند (۲). تشخیص قطعی تنها با بررسی هیستوپاتولوژیک امکان‌پذیر است (۴). به دلیل وجود خطر بدخیمی توصیه می‌شود که این ضایعات تحت اکسیژون جراحی قرار گیرند هر چند برخی محققین درمان کانسرواتیو در موارد بدون علامت را پیشنهاد می‌کنند (۵و۲). از اینرو با توجه به نادر بودن ضایعات کیستیک با منشاء تیموس در مدیاستن از یکسو، خطر بروز بدخیمی از سوی دیگر و علامت دار بودن بیمار در این گزارش به معرفی موردی با توده کیستیک تیموس اشاره شده که ضمن جراحی نسبت به حذف علائم بالینی و رد بدخیمی آن اقدام شد.

گزارش مورد

بیمار خانم ۴۰ ساله‌ای است که سابقه تنگی نفس گهگاهی را از حدود یکسال قبل داشته، طی ۴ ماه قبل از بستری، دچار تشدید تنگی نفس فعالیتی و تپش قلب گهگاهی می‌شد از این‌رو تحت بررسی قرار گرفت. ارزیابی‌های قلبی-

*مسئول مقاله: دکتر علی کمالی

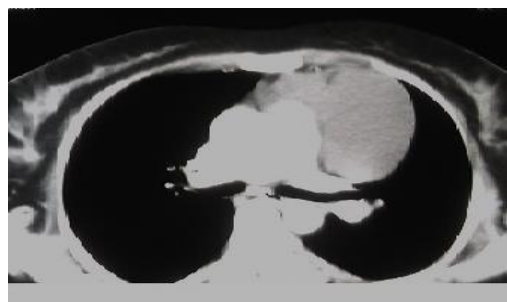
آدرس: بابل، دانشگاه علوم پزشکی، بیمارستان شهید بهشتی. تلفن: ۰۱۱-۳۲۲۵۲۰۷۱

کیست‌های تیموس معمولاً به‌طور اتفاقی و به دنبال یک مطالعه رادیوگرافیک با هدف دیگری تشخیص داده می‌شوند. از جمله به دنبال chest x ray (CXR) و اکوکاردیوگرافی، Computerized Tomography Scan (CT اسکن) و Magnetic resonance imaging (MRI)، می‌توان کیست‌های تیموس را شناسایی کرد. بندرت می‌توان با اقدام تصویربرداری و قبل از جراحی، به تشخیص قطعی رسید. هرچند مطالعات رادیوگرافیک می‌تواند اطلاعات مفیدی را جهت تعیین وسعت ضایعه و برنامه‌ریزی عمل جراحی در اختیار قرار دهد (۷). به هر ترتیب، اولین قدم تشخیصی CXRay می‌باشد که معمولاً یک ناحیه با اپاسیته افزایش یافته و حدود مشخص در قفسه سینه را نشان می‌دهد. سونوگرافی شاید کمک‌کننده باشد. CT اسکن با ماده حاجب، ضایعه‌ای کیستیک تک‌حفره‌ای یا چند حفره‌ای با حدود مشخص منطبق بر تیموس را نشان می‌دهد که در مورد بیمار این گزارش ابتدا ضایعه‌ای در گرافی ساده قفسه صدری رویت شد که در بررسی تکمیلی با سی تی اسکن ضایعه‌ای کیستیک در مدیاستن با منشاء احتمالی از تیموس گزارش شد.

کیست‌های تیموس پتانسیل تغییرات بدخیم را دارند (۱۴و۸). همورژی داخل کیست و یا عفونت آن، می‌تواند منجر به افزایش اندازه کیست و ایجاد اثرات فشاری و بروز علائم بالینی شود. کیست‌های همورژیک می‌توانند ایجاد همودیاستن و یا هموتوراکس کنند (۲). زمانی که تشخیص کیست تیموس مطرح شد، درمان انتخابی جراحی است (۴و۱). با اقدام جراحی می‌توان به تشخیص بافت‌شناسی دقیق دست یافت و در صورت علامت‌دار بودن بیمار، نسبت به رفع علائم اقدام کرد (۲). با این وجود برخی گزارشات اشاره به درمان حمایتی در موارد بدون علامت دارند (۹). در مورد بیمار این گزارش با توجه به علامت دار بودن بیمار از یکسو و همچنین احتمال خطر بدخیمی از سوی دیگر، نسبت به اکسیژون جراحی توده اقدام شد که بدین ترتیب علائم بالینی بیمار رفع گردید و در بررسی هیستوپاتولوژیک بدخیمی ضایعه رد شد. پیش‌آگهی به دنبال برداشتن جراحی کیست تیموس عالی است (۵و۲). موارد عود موضعی بسیار نادر است (۲). در پیگیری یکساله این بیمار، شکایت و علامت خاصی نداشت و دوره بدون عارضه‌ای را سپری کرد. توده‌های کیستیک مدیاستن، علیرغم نادر بودن با خطر بدخیمی از یکسو و علائم بالینی ناشی از اثر فشاری از سوی دیگر همراه می‌باشند که با اکسیژون جراحی ضایعه نسبت به تشخیص دقیق بافت‌شناسی و رفع علائم بالینی اقدام خواهد شد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از آقای دکتر امین گرجی زاده دستیار تخصصی جراحی عمومی، تمامی همکاران در بخش جراحی و اتاق عمل بیمارستان‌های آیت‌الله‌روhani و شهید بهشتی بابل و واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان شهیدبهشتی، تشکر و قدردانی می‌گردد.



مقطع اگزیزال سی تی قفسه سینه: نشان دهنده توده کیستیک با دانسیته یکنواخت

بحث و نتیجه گیری

در این گزارش، بیمار معرفی شده دچار تنگی نفس و تپش قلب شده بود که به دلیل اثر فشاری توده بر ساختارهای مدیاستن بوده است. ضایعات کیستیک تیموس ناشایع هستند (۲). بروز کیست تیموس در میان توده‌های مدیاستینال حدود ۱۰ تا ۳۰٪ و در بین کیست‌های مدیاستینال بین ۳ تا ۱۳٪ می‌باشد (۳). بیشتر بیماران دارای کیست تیموس بدون علامت هستند (۶). هر چند می‌تواند با ایجاد اثر فشاری بر ساختارهای مجاور موجود در قفسه سینه از جمله مری و تراشه سبب بروز علائمی شوند که می‌تواند به صورت ویز، تنگی نفس، سرفه، درد قفسه سینه و دیسفاژی باشد (۸و۳). کیست‌های تیموس می‌تواند علل مختلفی داشته باشد و در کل به دو دسته مادرزادی و اکتسابی تقسیم‌بندی می‌شوند (۱۰و۹و۵و۲). همچنین از نظر هیستوپاتولوژی و علائم بالینی می‌تواند تظاهرات متنوعی داشته باشند (۵). اغلب کیست‌های تیموس مادرزادی هستند (۵). کیست‌های مادرزادی تک‌حفره‌ای (Unilocular) بوده، دارای جدار نازک و حاوی مایع شفاف ترانس لوسنت می‌باشند و غالباً شواهدی از التهاب ندارند (۱۲و۱۱).

علائم کیست‌های مادرزادی نسبت به کیست‌های اکتسابی در سنین پایین‌تری تظاهر می‌یابند (۸و۷) نکته جالب توجه در بیمار معرفی شده این است که، توده مدیاستن شواهد رادیوگرافیک کیست ساده مادرزادی (Unilocular) را نشان می‌دهد ولی بیمار تا سنین میانسالی بدون علامت بوده است. کیست‌های مادرزادی تیموس از بقایای مجرای تیموفارنژیال مشتق می‌شوند. به دلیل مهاجرت غده تیموس از گردن به سمت مدیاستن در طی تکامل جنینی، این کیست‌ها ممکن است در هر جایی از حد فاصل گردن تا مدیاستن یافت شوند (۱۳و۱۰و۷). در مقابل کیست‌های اکتسابی تیموس چند حفره‌ای (Multilocular) بوده، جدار نازکی دارند و حاوی مایع کدر غلیظ و مواد ژلاتینی با نمای فیبروز می‌باشند و به انواع التهابی، عفونی و نئوپلاستیک تقسیم‌بندی می‌شوند (۱۲و۴و۲). علل مختلفی از جمله: دژنراسیون کیستیک تیموما، لنفوم هوچکین، سمینوما، سندرم شوگرن، میاستنی گراویس و HIV و آنمی آپلاستیک، رادیاسیون و ترومای جراحی می‌توانند سبب وقوع کیست‌های تیموسی چند حفره‌ای شوند (۸و۵). بیمار این گزارش سابقه‌ای از بیماری زمینه ساز قبلی و یا علل فوق الذکر را نداشته است.

A Case Report of Mediastinal Thymic Cyst

Y. Asghari (MD)¹, A. Kamali (MD)^{*2}

1.Student's Reaserch Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R Iran

2.Department of Surgery, Clinical Research Development Center, Shahid Beheshti Hospital, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R Iran

J Babol Univ Med Sci; 18(9); Sep 2016; PP: 66-9

Received: Mar 10th 2016, Revised: Jun 1st 2016, Accepted: Jul 27th 2016.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Incidence of thymic lesions in the form of mediastinal cyst is very rare and is accompanied by risk of malignancy, which may induce signs of compression in mediastinum or accidentally be found during imaging. A case of mediastinal thymic cyst with compression-induced shortness of breath is presented.

CASE REPORT: A 40 year old woman underwent diagnostic assessment because of shortness of breath. Considering imaging results regarding upper mediastinal cystic lesion with possible origin of thymus, she underwent excision of mass and middle sternum. Histopathologic examination reported a simple thymic cyst.

CONCLUSION: Considering respiratory problems of patients with mediastinal cystic lesion, timely diagnosis and treatment is necessary to prevent probable malignancy in addition to relieving symptoms.

KEY WORDS: *Shortness of breath, Mediastinum, Cyst, Thymus.*

Please cite this article as follows:

Asghari Y, Kamali A. A Case Report of Mediastinal Thymic Cyst. J Babol Univ Med Sci. 2016;18(9): 66-9.

*Corresponding author: A. Kamali (MD)

Address: Shahid Beheshti Hospital, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R Iran

Tel: +98 11 32252071

E-mail: Dr.ali.kamalii@gmail.com

References

1. Suster S, Rosai J. Multilocular thymic cyst: an acquired reactive process- study of 18 cases. *Am J Surg Pathol*. 1991;15(4):388-98.
2. Wang YC, Lai CY. Mediastinal thymic cyst-Yu-Chieh. *Cheng Ching Med J*. 2009;5(2):47-50.
3. Gursoy S, Ozturk A, Ucvet A, Erbaycu AE. Benign primary cystic lesions of mediastinum in adult: the clinical spectrum and surgical treatment. *Arch Bronconeumol*. 2009;45(8):371-5.
4. Singhal M, Lal A, Srinivasan R, Duggal R, Khandelwal N. Thymic carcinoma developing in a multilocular thymic cyst. *J Thorac Dis*. 2012;4(5):512-5.
5. Manuj Kr, Saikai1, Prasad Kalita J, Phukan P, Yunus Md, Padmanabhan A. Multilocular thymic cyst from ectopic superior mediastinal thymic tissue: a rare case report". *J Evi base Med Healthcare*. 2015;2(27):4056-60.
6. Cuasay RS, Fernandez J, Spagna P, Lemole GM. Mediastinal thymic cyst after open heart surgery. *Chest*. 1976;70(2):296-8.
7. Muller DK, Mancini MC. Thymic tumors. *Emedicine Medscape*. 2006. Available From: <http://emedicine.medscape.com/article/427197-overview>.
8. Philippart A, Farmer D, e. Benign mediastinal cysts and tumors. In: O'Neill JA Jr, Rowe MI, Grosfeld JL, 5th. Mosby: Pediatric Surgery; 1998.
9. Si I, Park S, Kho J, Lee J, Choi B, Kim J, et al. A case of thymic cyst in the middle mediastinum mimicking pericardial cyst. *J Cardiovasc Ultrasound*. 2007;15(2):40-2.
10. Masaki H, Hiromasa S, Satoru O. A case of thymic cyst associated with thymoma and intracystic dissemination. *Rad Med*. 2000;18(5):311-3.
11. Liang S, Ohtsuki Y, Sonobe H. Multilocular Thymic Cyst associated with thymoma: a case report. *Path Res Pract*. 1996;192(12):1283-7.
12. Choi YW, McAdams HP, Jeon SC, Hong EK, Kim YH, Im JG, et al. Idiopathic multilocular thymic cyst: CT features with clinical and histopathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol*. 2001;177(4):881-5.
13. Ballal H, Mahale A, Hegde V. Cervical thymic cyst. *Indian J Radiol Imag*. 1999;9(4):187-9.
14. Yamakawa K, Tsuchiya Y, Naito S, Kawaguchi JS. A Case Report of Thymic Cyst. *Chest J*. 1961;39(5):42-5.