

Rak brodawkowaty tarczycy w torbieni przewodu tarczowo-językowego

Papillary thyroid carcinoma in thyroglossal duct cyst

Magdalena Ziółkowska, Stanisław Bień, Jacek Sygut, Artur Klimas, Stanisław Żyłka

SUMMARY

Introduction: Thyroglossal duct cyst is one of the most common congenital malformation in the neck area, but malignant neoplasms of the thyroglossal duct cyst are rare, about 1–1,5% cases of TDC. The papillary thyroid carcinoma is the most frequent malignant neoplasm of thyroglossal duct cyst. The recommended treatment is surgery, including excision of not only TDC, but also thyroid gland, with subsequent J^{131} ablation and suppressant dose of thyroxine.

Aim of study: Review of literature and presentation of 3 cases of papillary thyroid carcinoma in thyroglossal duct cyst.

Material and methods: Analysis of clinical records and current observation of patients treated in Department of Otolaryngology Head and Neck Surgery, Holy Cross Cancer Center in Kielce.

Conclusion: Clinical pattern of thyroglossal duct carcinoma and diagnostic process (USG+BAC) do not indicate the presence of neoplasms commonly. The diagnosis is established just after histopathological examination of a resected cyst, what requires a consecutive steps of treatment.

Hasła indeksowe: torbiel przewodu tarczowo-językowego, rak brodawkowaty tarczycy, wycięcie chirurgiczne, leczenie skojarzone

Key words: thyroglossal duct cyst, papillary thyroid carcinoma, surgical excision, comprehensive treatment

Otolaryngol Pol 2009;
63 (1): 50-53

©by Towarzystwo

Otolaryngologów –
Chirurgów Głowy i Szyi

Otrzymań/Received:
30.06.2008

Zaakceptowano do

druku/Accepted:

14.07.2008

¹ Dział Otolaryngologii

Chirurgii Głowy i Szyi

Świętokrzyskiego

Centrum Onkologii

w Kielcach

Kierownik: prof. nadzw.

dr hab. med. S. Bień

² Zakład Patologii

Nowotworów

Świętokrzyskiego

Centrum Onkologii

w Kielcach

Kierownik: dr n. med.

J. Sygut

Wkład pracy autorów/

Authors contribution:

M. Ziółkowska, S. Bień,

J. Sygut, S. Żyłka, A. Klimas

Konflikt interesu/

Conflicts of interest:

Autorzy pracy nie zgłaszają

konfliktu interesów.

Adres do korespondencji/

Address for

correspondence:

imię i nazwisko:

Magdalena Ziółkowska

adres pocztowy:

Świętokrzyskie Centrum

Onkologii

ul. Artwińskiego 3

25-734 Kielce

tel. 041 36 74 336

fax 041 36 74 336

e-mail magdalena.

ziolkowska@onkol.

kielce.pl

Wprowadzenie

Torbiele przewodu tarczowo-językowego TDC (*thyroglossal duct cysts*) są jednymi z najczęstszych wrodzonych malformacji w obrębie szyi. Około 4. tygodnia życia zarodkowego w okolicy przyszłego otworu ślepego języka powstaje ektodermalny zawiązek gruczołu tarczowego, zagłębiający się w formie pasma tkankowego w mezenchymie szyi, tworząc przewód tarczowo-językowy, zanikający ok. 10. tygodnia życia zarodkowego. Gruczoł tarczowy formuje się ostatecznie do przodu od zawiązka krtani. W części przypadków dochodzi do przetrwania fragmentu przewodu, w którym może wydzielać się treść surowiczo-śluzowa, dając początek torbieni lub przetoce. Badania histopatologiczne usuniętych krtani wykazały, że przetrwałe elementy przewodu tarczowo-językowego występują u 7% dorosłych, tylko jednak w nielicznych przypadkach dochodzi do wystąpienia objawów przetoki lub torbieni [1, 2].

Torbiele przewodu tarczowo-językowego określane jako torbiele środkowe szyi występują najczęściej u dzieci i młodych dorosłych, ale mogą ujawniać się w każdym wieku i częściej występują u płci męskiej [3]. Typowy obraz kliniczny torbieni to bezobjawowy, elastyczny guz szyi zlokalizowany pośrodkowo lub nieco bocznie (95% z nich występuje po stronie lewej, 5% po stronie prawej), poniżej (75%) lub powyżej (25%) kości gnykowej [3]. Zmiana prawie zawsze jest związana z kością gnykową bądź wyczuwa się pasmo łącznotkankowe biegnące ku kości gnykowej i wykazuje ruchomość ku górze w czasie polykania. TDC osiągają wielkość 2–5 cm, ich wnętrze wysłane jest nabłonkiem przejściowym, a częściowo płaskim i w ponad 60% przypadków w ścianie torbieni występuje ektopowa

tkanka tarczycowa, zwykle w postaci nieregularnych skupisk [4]. Klasyczne leczenie TDC to opisana przez Sistrunka w 1927 r. operacja – usunięcie en bloc torbieni z trzonem kości gnykowej oraz częścią przewodu tarczowo-językowego łączącego się z otworem ślepym języka [5]. Bardzo rzadko TDC jest miejscem rozwoju nowotworu złośliwego – najczęściej raka brodawkowatego tarczycy (*carcinoma papillare thyrogenes*).

Autorzy przedstawiają 3 przypadki raka brodawkowatego tarczycy w torbieni przewodu tarczowo-językowego, rozpoznane i leczone w Dziale Otolaryngologii Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach, w latach 2001–2007.

Opis przypadków

Przypadek 1.

Chory S.B., lat 42 (nr karty 1133838) zgłosił się (01.10.2006) z powodu guza szyi, stopniowo powiększającego się od ok. 2 miesięcy. W badaniu klinicznym guz wielkości 4 x 3 cm umiejscowiony w linii pośrodkowej, na poziomie kości gnykowej, elastyczny, niebolesny, ruchomy, z niezmienioną przesuwalną ponad nim skórą. Węzły chłonne szyjne, gruczoł tarczowy – niepowiększone. Pozostałe badanie ORL i rutynowe badanie ogólne bez odchyśleń.

W badaniu USG opisano zmianę o charakterze torbieni, o wymiarach 35 x 26 mm z widocznymi przegrodami oraz wtrętami o średnicy do 3 mm. Wynik BAC (nr 86950/2006 Zakład Patologii Nowotworów ŚCO) – w osadzie z zaaspirowanego płynu stwierdza się fagocyty i granulocyty. Obraz kliniczny oraz

badania dodatkowe wskazują na torbiel przewodu tarczowo-językowego.

W czasie typowej operacji (12.10.2006) metodą Sistrunka – wycięto torbiel wraz z fragmentem trzonu kości gnykowej. W śródoperacyjnej ocenie preparatu – torbiel cienkościenna, wielokomorowa, częściowo związana z trzonem kości gnykowej. W badaniu histopatologicznym (nr 163082/2006 Zakład Patologii Nowotworów ŚCO) – *carcinoma papillare thyreogenes*. Guz rozrasta się wewnątrz torbieli przewodu tarczowo-językowego, naciekając drobnymi ogniskami tkanki miękkie wokół kości gnykowej i kość gnykową. Przebieg pooperacyjny niepowikłany. W związku z uzyskanym wynikiem podjęto kolejne kroki diagnostyczne. W pierwszym etapie powtórzono USG szyi, w którym opisano ognisko hipoechogeniczne 9 x 7 mm w prawym płacie tarczycy, ponadto pozostały miąższ o typowej echogeniczności i jednorodnej strukturze, bez powiększonych węzłów chłonnych w obrębie szyi. BAC prawego płata tarczycy (nr 88297/2006 Zakład Patologii Nowotworów ŚCO) – w aspiracie z guzka prawego płata tarczycy stwierdza się grupy i rozproszone tyreocyty bez cytologicznych cech złośliwości. Pacjent został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego gruczołu tarczowego – *Tyroidectomy totalis. Lymphadenectomy colli mediana* (21.12.2006 – Dział Chirurgii Onkologicznej ŚCO). Otrzymano wynik badania histopatologicznego usuniętego gruczołu tarczowego (nr 165169/2006 Zakład Patologii Nowotworów ŚCO) – prawidłowy miąższ tarczycy. W kolejnym etapie leczenie w Dziale Endokrynologii Ś.C.O. – terapia ablacyjna jodem J¹³¹ i włączenie leczenia supresyjnego tyroksyną. Obecnie (17 miesięcy po leczeniu) bez cech wznowy miejscowej czy węzłowej.

Przypadek 2.

Chory S.K., lat 49 (nr karty – 1159047) zgłosił się (06.06.2007) z powodu guza szyi, rosnącego od około 6–7 miesięcy. W badaniu klinicznym – guz o średnicy 5 cm, umiejscowiony centralnie w okolicy przedkrtaniowej i górnej przedtchawiczej, owalny, otorebkowany, sprężysty, niebolesny. Węzły chłonne szyjne, gruczoł tarczowy – niepowiększone. Pozostałe badania ORL i rutynowe badania ogólne bez odchyżeń. W badaniu USG opisano bezechowy obszar płynowy o wym. 42 x 33 x 38 mm umiejscowiony pośrodkowo powyżej cieśni tarczycy. Wynik BAC (nr 90692/2007 Zakład Patologii Nowotworów ŚCO) – opróżniono torbiel szyi uzyskując 9 ml brunatnej treści. W osadzie fagocyty i zągęszczone masy białkowe. Obraz kliniczny oraz badania dodatkowe sugerują torbiel przewodu tarczowo-językowego. W dniu 12.07.2007 typowa operacja metodą Sistrunka – wycięcie guza wraz z fragmentem trzonu kości gnykowej. W śródoperacyjnej ocenie preparatu – duża, nisko zlokalizowana torbiel w okolicy przedkrtaniowej. W badaniu histopatologicznym usuniętego guza (nr 170692/2007 Zakład Patologii Nowotworów ŚCO) – *Carcinoma papil-*

lare thyreogenes in cyste. Rak średnicy maksymalnej 30 mm rozwija się w torbieli powstałej w przewodzie tarczowo-językowym. Linia odcięcia chirurgicznego w granicach zdrowych tkanek. Przebieg pooperacyjny niepowikłany. W kolejnym etapie wykonano u pacjenta USG gruczołu tarczowego, gdzie stwierdzono obecność hipoechogenicznego dobrze ograniczonego obszaru śr. 7 mm na granicy płata lewego i cieśni. Pacjent został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego gruczołu tarczowego – *Tyroidectomy totalis. Lymphadenectomy colli mediana* (24.09.2007 – Dział Chirurgii Onkologicznej ŚCO). Otrzymano wynik badania histopatologicznego usuniętego gruczołu tarczowego (nr 172667/2007 Zakład Patologii Nowotworów ŚCO) – *microcarcinoma papillare*. W miąższu lewego płata tarczycy obecne są trzy ogniska raka, największe z nich o średnicy 0,5 mm, każde z nich otoczone miąższem tarczycy. W kolejnym etapie leczenie w Dziale Endokrynologii Ś.C.O. – terapia ablacyjna jodem J¹³¹ i włączenie leczenia supresyjnego tyroksyną. Aktualnie (7 miesięcy po leczeniu) bez cech wznowy miejscowej czy węzłowej.

Przypadek 3.

Chory S. R., lat 34 (nr karty 1154896) zgłosił się (12.04.2007) z powodu guza szyi, stopniowo powiększającego się od 4–5 miesięcy. W badaniu klinicznym – guz wielkości 3 x 4 cm, umiejscowiony w linii pośrodkowej, elastyczny, niebolesny, wydaje się związany z kością gnykową. Węzły chłonne szyi, gruczoł tarczowy – niepowiększone. Pozostałe badania ORL i rutynowe badania ogólne bez odchyżeń. W badaniu USG opisano otorebkowaną zmianę z gęstą, płynną zawartością i obwodowymi zwapnieniami. Metodą BAC (nr 90211/2007 Zakład Patologii Nowotworów ŚCO) nakłuto torbiel szyi, w osadzie i w rozmazie stwierdza się masy białkowe.

W dniu 20.08.2007 operacja metodą Sistrunka – wraz z torbielą usunięto fragment trzonu kości gnykowej oraz pasmo łącznotkankowe biegnące od kości gnykowej ku podstawie języka. W badaniu histopatologicznym usuniętego guza (nr 171664/2007 Zakład Patologii Nowotworów ŚCO) – *carcinoma papillare thyreogenes in cyste colli mediana*. Rak w całości ograniczony do światła i wewnętrznej powierzchni torbieli. W kolejnym etapie wykonano USG gruczołu tarczowego, w którym opisano obustronnie widoczne ogniska normoechogeniczne i o nieco obniżonej echogeniczności, w płacie prawym o śr. do 7 mm, największe w części dolnej, w płacie lewym do 10 mm, również największe w części dolnej. Pacjent został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego gruczołu tarczowego – *thyroidectomy totalis. Lymphadenectomy colli mediana* (05.11.2007 – Dział Chirurgii Onkologicznej ŚCO). Otrzymano wynik badania histopatologicznego usuniętego gruczołu tarczowego (nr 173747/2007 Zakład Patologii Nowotworów ŚCO). Gruczoł tarczowy: *structura histologica glandulae thyroideae normalis*. Preparat

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3171243>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3171243>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)