

گزارش یک مورد آدنوم پاراتیروئید در بیمار

مبتلا به کارسینوم پاپیلر تیروئید

دکتر محسن ساغری، دکتر سید رسول زکوی

مؤسسه تحقیقات پزشکی هسته‌ای دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

این بررسی مربوط به یک خانم ۵۴ ساله است که در سال ۶۷ به علت پاپیلری کارسینوم تیروئید تحت عمل جراحی تیروئیدکتومی توتال قرار گرفت و سپس ۱۰۰ میلی‌کوری ید ۱۳۱ دریافت نمود. اسکن‌های تمام بدن انجام شده بعدی همگی منفی بودند ولی دردهای استخوانی بیمار ادامه داشت تا اینکه در سال ۷۱ در اسکن تمام بدن با تالیوم ناحیه‌ای با جذب تالیوم در گردن مشاهده گردید. بیمار مورد عمل جراحی قرار گرفت و ناحیه افزایش جذب با آدنوم پاراتیروئید مطابقت داشت.

مقدمه

هیپرپاراتیروئیدی اولیه بیماری شایعی است و علت اصلی آن آدنوم پاراتیروئید می‌باشد. آدنوم پاراتیروئید بصورت اسپورادیک همراه بیماریهای اندوکراین دیگر و بصورت اتوزوم غالب در سندرم MEN دیده می‌شود. (۵) اسکن تالیوم برای پیدا کردن آدنوم پاراتیروئید بصورت تفریقی با اسکن تکنیزیم و یا ید و بصورت تنها، در پیدا کردن متاستازهای کانسر تیروئید استفاده می‌شود (۲ و ۸). در بیمار مورد نظر آدنوم پاراتیروئید به همراه کانسر پاپیلری تیروئید مشاهده گردید.

شرح حال

بیمار خانمی است ۵۴ ساله،

در سال ۱۳۶۶ به علت احساس فشار در گلو مراجعه نموده که در اسکن تیروئید انجام شده یک ندول سرد در قطب تحتانی لب چپ تیروئید مشاهده گردید و بیمار یک سال بعد تحت عمل جراحی لوبکتومی چپ و ایسمکتومی قرار گرفت و جواب پاتولوژی papillary carcinoma بود.

اسکن تیروئید بعد از عمل، لوب راست نرمال و عدم جذب ماده رادیواکتیو در بقیه تیروئید را نشان داد و بیمار در این زمان یوتیروئید بود. بیمار تحت عمل جراحی مجدد قرار گرفت و total thyroidectomy شد. اسکن تمام بدن با ید ۱۳۱ که بعد از عمل جراحی دوم انجام شد بقایای تیروئید را در پائین لوب چپ نشان داد و بیمار یک ماه پس از قطع لووتیروکسین در تاریخهای ۶۸/۴/۱۸ در مؤسسه تحقیقات پزشکی هسته‌ای بیمارستان شریعتی با ید ۱۳۱ به میزان ۱۰۰ mci تحت ablation قرار گرفت. ۶ ماه بعد اسکن تمام بدن بیمار با ید ۱۳۱ منفی، TSH > 50 miu/ml و Tg = 200 ng/ml بود. در معاینه فیزیکی نکته قابل ذکری مشاهده نشد. ۳ ماه بعد Tg تکرار گردید که کمتر از ۵ ng/ml بود و بیمار با احتمال بهبودی نسبی تحت ساپرن قرار گرفت.

در تاریخ ۶۹/۱۰/۱، ۷۰/۶/۱۶، ۷۱/۸/۲۳ (شکل ۱) اسکن تمام بدن از بیمار انجام شد که منفی بود و در تمام این موارد TSH > 30 miu/mL و Tg < 5 ng/ml بوده است. در

شدت بیشتری داشته است. رادیوگرافی انجام شده از انگشتان بیمار کاهش دانسیته استخوانی و subperiosteal resorption را نشان داد. آزمایشات بیوشیمیایی بیمار در جدول ذیل خلاصه شده است.

این زمان بیمار از دردهای منتشر استخوانی شاکی بود. بیمار سابقه این دردها را از سال ۵۸ ذکر می‌نمود که همراه دفع سنگ ادراری بوده و هیچگاه همراه با تورم مفصل نبوده است و در فک و دندانها و همینطور در اندامهای بیمار

تاریخ	کلسیم سرم (mg/dl)	فسفر سرم (mg/dl)	آلکالین فسفاتاز (IU/L)	هورمون پاراتیروئید (نرمال ۰.۶ - ۱.۵٪)
۷۱/۴/۱۵	۱۲/۴	۲/۵	۸۴۰	۲
۷۱/۴/۱۶	۱۲/۱	۲/۴	۷۸۳	۱/۷۵
۷۱/۶/۱۵	۱۲/۸	۲/۳	۹۱۱	۱/۹
۷۱/۸/۱۶	۱۰/۵	۴	۴۹۵	۰/۴۸

توده‌ای لمس نمی‌شود. فشار خون بیمار 150/90mmHg که پس از بررسی‌های کلینیکی و پاراکلینیکی برای بیمار تشخیص هیپرتانسیون اسانسیل داده شده است. (۶ و ۷).

بحث

هیپرپاراتیروئیدی، بیماری شایعی است. در آمریکا در افراد بالای ۶۰ سال از هر ۷۰۰ نفر یک نفر دچار هیپرپاراتیروئیدی می‌باشد. این بیماری اغلب در دهه‌های پنجم تا هفتم دیده می‌شود و با افزایش سن نیز شیوع آن افزایش می‌یابد. در بین خانمها ۵ برابر شایعتر از آقایان می‌باشد. علت اصلی هیپرپاراتیروئیدی اولیه در اکثریت موارد، وجود یک آدنوم پاراتیروئید است که در ۷۵٪ موارد در قطب تحتانی تیروئید قرار گرفته است. آدنوم پاراتیروئید به همراه بیماریهای آندوکراین دیگری مثل کوشینگ و تیروئیدیت هاشیماتو بصورت اسپورادیک گزارش شده است و در خانواده این افراد نیز بیماری آندوکراین دیگر ممکن است دیده شود. دسته‌ای دیگر از بیماریهای آندوکراین به همراه آدنوم پاراتیروئید سندرم MEN

در معاینه فیزیکی یک ندول ۲×۳cm در ناحیه قطب تحتانی لوب چپ تیروئید لمس شد و بیمار با تشخیص هیپرپاراتیروئیدی تحت اسکن تالیوم قرار گرفت که در اسکن انجام شده ناحیه‌ای از جذب تالیوم در قسمت تحتانی چپ گردن مشاهده شد (شکل ۲) اسکن ناحیه گردن بیمار با Tc پرتکتات و ید ۱۳۱ جذبی را در ناحیه مذکور نشان نداد. باتوجه به شرح حال بیمار و جذب TI در قسمت تحتانی لوب چپ تیروئید دو تشخیص مطرح گردید:

- آدنوم پاراتیروئید
 - با احتمال کمتر عود کانسر پاپیلری تیروئید و یا تبدیل آن به تومور اندیفرانسیه.
- بیمار در تاریخ ۷۱/۹/۱۵ تحت عمل جراحی قرار گرفت و توده‌ای به ابعاد ۳×۲×۰/۵cm از قسمت تحتانی گردن در طرف چپ خارج گردید که در پاتولوژی chief cell adenoma پاراتیروئید گزارش گردید. بیمار پس از عمل جراحی با حال عمومی خوب و p و ca طبیعی سرم از بیمارستان مرخص شد. در حال حاضر دردهای استخوانی بیمار بهبودی واضحی پیدا کرده و در معاینه گردن

(۴) در مورد بیمار مورد نظر دردهای استخوانی و دفع مکرر سنگ ادراری از چندین سال پیش وجود داشته است و لذا احتمال نقش درمان با ^{100}mCi ید 131 در ایجاد آدنوم پاراتیروئید در بیمار بعید بنظر می‌رسد، در حال بررسی میزان هیپوپاراتیروئیدی در بیماران کانسر تیروئید که با ید درمان شده‌اند این مسئله را روشنتر خواهد کرد.

(۵) لوکالیزه کردن آدنوم پاراتیروئید قبل از عمل جراحی کمک باارزشی برای راهنمایی جراح است و مدت عمل جراحی را بطور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌دهد. (۲) این مسئله مهم بخصوص در مورد افرادی که برای بار دوم جراحی روی ناحیه تیروئید می‌شوند بسیار باارزش است. (۸) اسکن تفریقی TI-Tc در لوکالیزه کردن آدنوم پاراتیروئید نتایج موفقیت‌آمیزی داشته است. حساسیت اسکن تفریقی TL-TC حدوداً 80% و صحت تشخیص آن 78% گزارش شده است. (۳) اسکن پاراتیروئید با استفاده از $^{99\text{m}}\text{Tc-sestamibi}$ روش حساس جدیدی است که در گزارشهای محدود موجود حساسیت حدود 90% را نشان می‌دهد و بنظر می‌رسد که به‌عنوان روش انتخابی برای پیدا کردن آدنوم پاراتیروئید مورد استفاده قرار گیرد. (۴)

(۶) در بیماران کانسر تیروئید اگر توده‌ای در گردن لمس شود و این توده جذب ید 131 نداشته باشد، انجام اسکن تالیوم توصیه می‌گردد. جذب اسکن تالیوم در توده مذکور می‌تواند نشانه‌ی عود کانسر تیروئید یا ترانسفورماسیون کانسر تیروئید به نوع اندیفرانسیه باشد. در این مورد احتمال وجود آدنوم پاراتیروئید را نیز باید در نظر داشت.

(Multiple Endocrine Neoplasia) را تشکیل می‌دهند که در نوع اول آن و یا سندرم Wermer، آدنوم پاراتیروئید به همراه تومور هیپوفیز و تومور پانکراس دیده می‌شود و در نوع دوم آن (Men2a) آدنوم پاراتیروئید با فنوکروموسیتوم و مدولاری کارسینوم تیروئید همراه است که این فرم بصورت اتوزوم غالب انتقال می‌یابد. (۵)

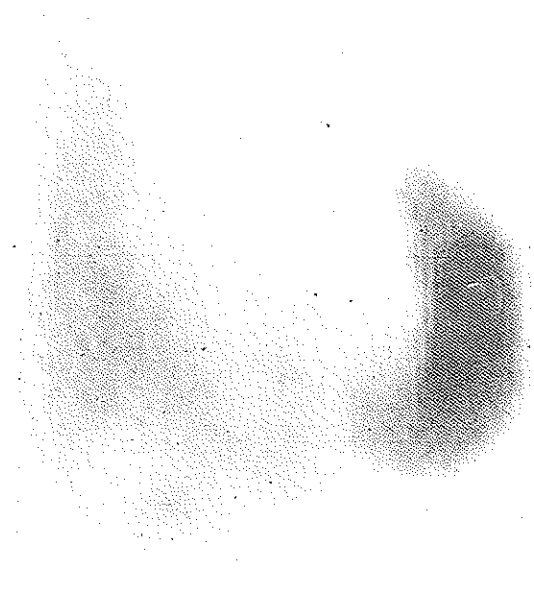
بر طبق یک گزارش در افراد دچار هیپوپاراتیروئیدی اولیه در $15-37\%$ موارد سابقه رادیاسیون به گردن وجود دارد و حدود $10-4\%$ افرادی که اشعه دریافت کرده‌اند (چه بصورت Internal و چه بصورت External) در معرض هیپوپاراتیروئیدی می‌باشند. (۱)

در مورد بیمار معرفی شده ذکر چند نکته حائز اهمیت است:

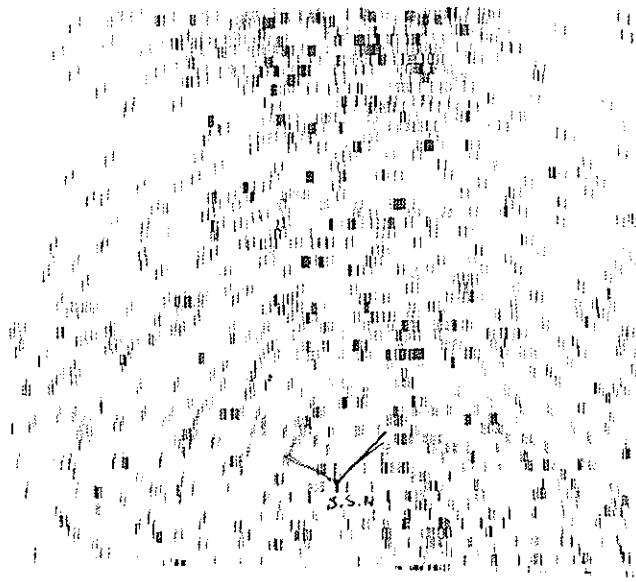
(۱) لام پاتولوژی بیمار مجدداً مورد بررسی قرار گرفت و پاپیلری کارسینوما تیروئید بیمار تأیید گردید، همچنین وجود فنوکروموسیتومای بیمار رد شد، لذا احتمال Men رد می‌گردد.

(۲) بیماران کانسر تیروئید به علت جراحی‌های مکرر و رادیکال در معرض هیپوپاراتیروئیدی می‌باشند. در عین حال به علت همراهی بیماریهای اندوکراین در بیماران کانسر تیروئیدی وجود هیپوپاراتیروئیدی نیز باید مدنظر قرار گیرد.

(۳) هر چند همراهی آدنوم پاراتیروئید با بیماریهای اندوکراین مختلفی گزارش شده است، همراهی آدنوم پاراتیروئید با کانسر پاپیلری تیروئید در این بیمار قابل توجه می‌باشد.



شکل ۲: اسکن تالیوم مثبت که ناحیه‌ای از جذب غیرطبیعی تالیوم در پائین لوب چپ تیروئید را نشان می‌دهد.



شکل ۱: اسکن تمام بدن با ^{131}I که منفی است

REFERENCES

- 1) Parathyroid tumors in atomic bomb survivors in Hiroshima. *Jpn-J-Cancer Research*. 1991 Aug; 82(8):875-8.
- 2) Imaging of the thyroid and parathyroid glands. Brain Eisenberg 1991, first edition.
- 3) Parathyroid localization-clinical review. *Duh-QY. Act-chir-Scand*. 1987; 153(4): 241-54.
- 4) Detection and localization of parathyroid adenomas in patients with hyperparathyroidism using a single radionuclide imaging procedure with technetium-99m-sestamibi (Double phase study).
- 5) *Endocrinology*, Leslie J. DeGROOT, 1991, second edition. Vol 2.
- 6) بایگانی بیمارستان شریعتی
- 7) بایگانی مؤسسه تحقیقات پزشکی هسته‌ای
- 8) Thallium-technetium parathyroid Imaging in Evaluation of Surgically Implanted Parathyroid Tissue. *The Iranian Journal of Nuclear medicine*, Volume 1, Summer 1993.