

سرطان متاستاتیک فولیکولار تیروئید به همراه فشردگی کانال نخاعی: بررسی یک مورد بیماری

دکتر وحید حق‌پناه^۱، دکتر علی سلیمانی^۱، دکتر سید عمران عباس^۲، دکتر حسین محمودزاده^۲،

دکتر عبدالرضا شجاعی^۳، دکتر باقر لاریجانی^۴، دکتر سید محمد توانگر^۵

۱ پژوهشگر مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم بیمارستان دکتر شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

۲ دانشیار بخش جراحی بیمارستان دکتر شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳ دانشیار بخش جراحی مغز و اعصاب بیمارستان دکتر شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

۴ استاد مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم بیمارستان دکتر شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

۵ دانشیار بخش پاتولوژی بیمارستان دکتر شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

نویسنده مسؤول: دکتر سید محمد توانگر. نشانی: تهران، خیابان کارگر شمالی، بیمارستان دکتر شریعتی.

E-mail: emrc@sina.tums.ac.ir

وصول: ۸۵/۳/۱۸، اصلاح: ۸۵/۴/۲۹، پذیرش: ۸۵/۶/۷

چکیده

زمینه و هدف: تحت فشار قرار گرفتن کانال نخاعی (به دلیل متاستاز) به عنوان اولین تظاهر کارسینومای فولیکولار تیروئید بسیار ناشایع می‌باشد. به همین جهت در این گزارش یک مورد بیمار مبتلا به سرطان تمایز یافته تیروئید که منجر به فشردگی کانال نخاعی شده است معرفی می‌گردد.

معرفی بیمار: بیمار مردی است ۵۳ ساله با تظاهرات درد گردنی پیشرفته، پاراپلاژی و بی‌اختیاری ادراری، که در تصویربرداری MRI گردن، توده‌ای که مهره (C5 و C6) را تخریب کرده بود، دیده شد.

نتیجه‌گیری: بررسی بافت شناسی، کارسینومای متاستاتیک فولیکولار تیروئید را نشان داد. توصیه می‌شود آسیب متاستاتیک کارسینومای تیروئید در هر مورد از تحت فشار قرار گرفتن کانال نخاعی مد نظر قرار گیرد. (مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۳/ شماره ۲/ صص ۱۰۵-۱۰۷).

کلمات کلیدی: تیروئید؛ متاستاز؛ مهره؛ پاراپلاژی.

مقدمه

است بیمار مشکلات عصبی ناشی از فشردگی نخاع به دنبال متاستاز مهره‌ای داشته باشد. شایع‌ترین علامت آن درد کمر، ضعف حرکتی یا فلج می‌باشد. برای مشخص کردن سیر علائم بالینی و پیگیری بیماران، تاریخچه دقیق اهمیت دارد (۳-۵). با این وجود، چون کارسینومای

کارسینومای تیروئید، بدخیمی شایعی است که بسته به نوع آن می‌تواند به تمام نقاط بدن تهاجم پیدا کند و می‌توان از آن به عنوان متاستاز استخوانی که اسکلت محوری را تحت تأثیر قرار می‌دهد، یاد کرد (۱،۲). ممکن

در لوب چپ تیروئید که با افزایش بازجذب I¹³¹ مشخص شدند، طبیعی بود. پس از تشخیص کارسینومای فولیکولار در نمونه فروزن حین جراحی، بیمار تیروئیدکتومی کامل شد. سپس تحت رادیوتراپی خارجی و درمان با I¹³¹ قرار گرفت.

بحث

سرطان تیروئید توموری است که به ندرت متاستاز می‌دهد و درمان قطعی در آن به خوبی انجام می‌گیرد (۷). در ۵ الی ۱۰ درصد بیماران مبتلا به سرطان تیروئید در ارزیابی اولیه، متاستاز خارج گردنی از جمله متاستاز استخوانی دیده می‌شود (۸). زمانی که درد پشت بیمار سرطانی با رادیوگرافی غیر طبیعی کانال نخاعی همراه می‌شود، می‌تواند نشانه‌ای از پیشرفت فشرده شدن نخاع باشد. در این حالت بیش از ۶۰ درصد تصاویر MRI این بیماران یافته‌های غیر طبیعی بافت مغزی و اپیدورال را نشان می‌دهند. در این وضعیت، تشخیص سریع، کورتون درمانی با دوز بالا، بررسی و ارجاع سریع بیمار برای رفع اثرات فشاری بر کانال نخاعی و رادیوتراپی می‌تواند به بیمار کمک کند. در صورتی که فشار از روی کانال نخاعی ظرف ۲۴-۴۸ ساعت برداشته نشود، بهبود نورولوژیک بعید به نظر می‌رسد.

درد استخوانی وابسته به سرطان شایع‌ترین نوع درد است که در شب بدتر شده، با خوابیدن کم می‌شود ولی لزوماً با دراز کشیدن بهتر نمی‌شود (۳، ۲). فشردگی مهره‌ای در ۲۰٪ از بیماران با متاستاز فقرات رخ می‌دهد. در ۱۸٪ بیماران دچار فشردگی نخاع، ضعف یا فلج دیده می‌شود. نشانه‌های نورولوژیک دیگر شامل تغییر حساسیت مانند بی‌حس شدن یا پارستزی در قسمت‌های تحتانی ضایعه، کاهش حس عمقی، احتباس ادرار، بی-اختیاری مدفوع و ناتوانی جنسی می‌باشد (۸، ۷).

بیمار دچار متاستاز استخوانی نیاز به روش‌های درمانی مناسب دارد. به علت مشکلات ناشی از متاستاز

تیروئید به کندی متاستاز می‌دهد، امید به زندگی در این بیماران بیشتر می‌باشد. در نتیجه، کیفیت زندگی مهم‌ترین هدف در پیگیری کارسینومای تیروئید متاستاز داده شده می‌باشد. متاستاز ستون فقرات می‌تواند به کیفیت زندگی آسیب بسیاری بزند. بنابراین، درمان به منظور جلوگیری یا کاهش نشانه‌های نورولوژیک متاستاز ستون فقرات کارسینومای تیروئید اهمیت زیادی دارد (۶).

معرفی بیمار

مرد ۵۳ ساله‌ای با درد گردنی فزاینده و پارستزی چهار دنده که از دو سال پیش شروع شده و به تدریج پیش رفته بود، به بخش جراحی اعصاب بیمارستان دکتر شریعتی مراجعه کرد. در زمان مراجعه بیمار دچار پاراپلاژی و بی‌اختیاری ادراری بود. MRI مهره گردنی، تخریب و جابجایی مغز استخوان در C5 توسط توموری که تا لبه بالایی C6 رسیده بود، شکستگی پاتولوژیک و فشرده شدن نخاع توسط قطعه‌ای از استخوان را نشان داد. اسکن کل بدن، درگیری مهره C5 و قسمت خلفی مهره دوازدهم راست را نشان داد. اسکن تیروئید به دنبال شناسایی ندول در لوب چپ تیروئید انجام شد و ندول سرد را در تیروئید چپ نشان داد. آسپیراسیون سوزنی (FNA) ندول کلویید با تیروئیدیت لنفوسیت را نشان داد. بیمار برای جراحی ارجاع داده شد. بعد از ایجاد برش قدامی استرونوکلیدوماستویید طولی، تومور کبدی شکل مشاهده شد. سپس لامینکتومی انجام گردید و با برداشتن قطعات شکسته استخوانی تومور برداشته شد.

در طی عمل هیچ‌گونه خونریزی مهمی وجود نداشت. آسیب ستون فقرات توسط یک بافت استخوانی ترمیم و توسط یک پلیت ثابت شد. درد گردن و نشانه‌های نورولوژیک از بین رفت ولی بی‌حسی دنده‌های پایینی مشهود بود. نمونه بافت شناسی، متاستاز کاملاً متمایز کارسینومای فولیکولار تیروئید را نشان داد. معاینات بعدی بجز آسیب دوازدهمین دنده سمت راست و ندول سخت

اعصاب مرکزی و تومورهای احشایی دیگر دارد (۸، ۷). در این بیمار بعد از لامینکتومی و ترمیم ستون فقرات، تیروئیدکتومی کامل، رادیوتراپی و درمان با I131، بهبودی مناسبی مشاهده شد. پیشنهاد می‌شود در مناطق با فقر ید و ندولاریتی تیروئید همچنین در بیماران مبتلا به فشردگی کانال نخاعی، سرطان فولیکولار تیروئید به عنوان یکی از تشخیص‌های افتراقی در نظر گرفته شود.

ستون فقرات، تشخیص و درمان به موقع این بیماران می‌تواند در کاهش عوارض این بیماری مؤثر باشد. رادیوتراپی اولین مرحله درمان بوده و ترکیب مناسب روش‌های جراحی با درمان‌های سیستمیک و رادیوتراپی می‌تواند باعث کنترل درد و بهبود عملکرد بیماران با متاستاز استخوانی شود. ید رادیواکتیو (RAI; I131) تأثیر کمتری در ریشه‌کن کردن متاستازهای ماکروسکوپیک گردن، قفسه سینه، ریه و همچنین استخوان‌ها، سیستم

References

1. McWilliams RR, Giannini C, Hay ID, Atkinson JL, Stafford SL, Buckner JC. Management of Brain Metastases from Thyroid Carcinoma A Study of 16 Pathologically Confirmed Cases over 25 Years. *Cancer*. 2003; 98(2):356-62.
2. Coleman RE. Skeletal Complications of Malignancy. *Cancer*. 1997 ;80(8 Suppl):1588-94
3. Goldberg H, Stein ME, Ben-Itzhak O, Duek D, Ravkin A, Gaitini D. . Metastatic Spinal Cord Compression as Initial Presentation of Follicular Thyroid Carcinoma. *J Surg Oncol*. 1998;67(3):186-9
4. Shortliffe EH, Crapo LM. Thyroid carcinoma with spinal cord compression. *JAMA*. 1982 Mar 19;247(11):1565-6
5. Goldstain SI, Kufman D, Abati AD. Metastatic thyroid carcinoma presenting as distal spinal cord compression. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1988 ;97(4 Pt 1):393-6
6. Smit JW, Vielvoye GJ, Goslings BM. . Embolization for Vertebral Metastases of Follicular Thyroid Carcinoma *J Clin Endocrinol Metab*. 2000; 85(3):989-94.
7. Healey JH, Brown HK. Complications of Bone Metastases. *Cancer*. 2000;88(12 Suppl):2940-51
8. Pak H, Gourgiotis L, Chang WI, Guthrie LC, Skarulis MC, Reynolds JC., et al. Role of Metastasectomy in the Management of Thyroid Carcinoma: The NIH Experience. *J Surg Oncol*. 2003 Jan;82(1):10-8