گزارش یک مورد کارسینوم مدولاری تیروئید و کارسینوم مجرایی پستان بطور همزمان

*دکتر محمدعلی قرائیان I
دکتر مجید مشک گو II
دکتر عباس رشاد III
دکتر علی صارمی IV
دکتر محسن اسدی V

چکیده

مورد معرفی خانم ٤٩ ساله‌ای است که از ١٥ سال قبل بتدریج دچار بزرگی تیروئید شده و در اسکن تیروئید گواتر مولتی ندولار گزارش گردیده بود. تستهای عملکرد تیروئید در حد طبیعی بود. نتیجه بررسی FNA و(Fine Needle Aspiration) Unsatisfactory گزارش شد. در معاینه بالینی لنف آدنوپاتیهای متعدد و دوطرفه در زنجیره قدامی گردن قابل لمس بود. تیروئید در لمس دارای قوام سخت، ندولار و بدون درد بود. از آزمایشات غیرطبیعی بیمار CEA=٤٠٠ng/ml و Calcitonin=١١٠٠pg/ml قابل توجه بود. بطور همزمان توده غیرمتحرک و بدون درد به ابعاد ١×١/٥ سانتیمتر در لوب فوقانی خارجی پستان راست قابل لمس بود و خود بیمار نیز از حدود ٨ ماه قبل متوجه آن شده بود. ترشح از نوک پستان و علائم پوستی وجود نداشت. نتیجه بیوپسی excisional از توده پستان infiltrating ductal carcinoma گزارش شد. متعاقباً بیمار تحت عمل جراحی modified radical mastectomy قرار گرفت. در مرحله بعد پس از گزارش frozen section از نسج تیروئید مبنی بر بدخیمی، تیروئیدکتومی توتال و modified neck dissection بعمل آمد. جواب قطعی پاتولوژی در مورد نسج تیروئید medullary carcinoma گزارش شد.

کلید واژه ها: ١ – کارسینوم مدولاری تیروئید ٢ – کارسینوم مجرایی پستان

مقدمه

در میان بدخیمیهای تیروئید کارسینوم مدولاری شیوع نسبتاً پایینی(٥٪) دارد. اکثر موارد بصورت تک‌گیر (Sporadic) می‌باشد. در حدود یک سوم موارد بصورت فامیلیال و در غالب سندرم MEN-II تظاهر می‌کند.

بروز این بدخیمی نه چندان شایع بطور همزمان با سرطان پستان جزو موارد بسیار نادر می‌باشد که در کتب مرجع به آن اشاره نشده است. مورد معرفی مربوط به چنین مورد نادری است که جهت اطلاع همکاران ارجمند ارائه می‌گردد.

معرفی بیمار

مورد معرفی خانمی ٤٩ ساله، متاهل و دارای ٤ فرزند است که بعلت بزرگی تدریجی تیروئید طی ١٥ سال گذشته مراجعه نموده بود. جواب اسکن تیروئید گواتر مولتی ندولر گزارش شد.

I) دانشیار گروه جراحی عمومی، بیمارستان فیروزگر، میدان ولیعصر، خیابان شهیدولدی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران(*مولف مسؤول)
II) استادیار و فوق تخصص جراحی قفسه صدری، بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران.
III) استادیار و فوق‌تخصص بیماریهای غدد اطفال، انستیتو غدد، خیابان حافظ، خیابان ورشو، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران.
IV) استاد و فوق‌تخصص بیماریهای گوارشی، بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران.
V) دستیار جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]

بیمار از نظر تستهای عملکرد تیروئید euthyroid بود. در نمونه FNA ـ رنگ‌آمیزی شده بروش Pap ـ سلول مشاهده نشد و نتیجه آن unsatisfactory گزارش شد. در معاینه بالینی غدد لنفاوی متعدد و متحرک در زنجیره قدامی گردن بصورت دو طرفه و یک غده لنفاوی نسبتاً ثابت به ابعاد ۲×۱/۵ سانتیمتر در ناحیه submandibular راست قابل لمس بود. قوام تیروئید سفت و بصورت ندولر بود. بیمار دچار دیسفاژی، دیسفونی و یا علایم گوارشی نبود. در بررسیهای انجام شده قبل از عمل CEA=٤٠٠ng/ml و Calcitonin=١١٠٠pg/ml (هر دو مورد بالاتر از حد طبیعی) قابل توجه بودند.

در معاینه پستان توده‌ای به ابعاد ۱×۱/۵cm در لوب فوقانی خارجی پستان راست لمس شد که نسبتاً ثابت، غیر حساس و فاقد تغییرات پوستی، ادم و یا اریتم بود. این توده از حدود ۸ ماه قبل از معاینه، توسط خود بیمار لمس شده بود. ترشح از نوک پستان وجود نداشت. در ناحیه آگزیلاری هر دو طرف چند غده لنفاوی کوچک، متحرک و بدون درد قابل لمس بود. معاینه شکم و سایر ارگانها طبیعی بود. بیمار تحت عمل excisional biopsy توده پستان راست قرار گرفت. گزارش نمونه ارسالی به پاتولوژی infiltrating ductal carcinoma بود. با توجه به جواب آسیب‌شناسی، بیمار مجدداً تحت عمل right modified radical mastectomy قرار گرفت که در گزارش آسیب‌شناسی غدد لنفاوی زیربغل گرفتار نبود. حدود یک ماه و نیم بعد بیمار تحت عمل تیروئیدکتومی قرار گرفت.

در ابتدا frozen section انجام شد که نتیجه آن malignant بود. بیمار تحت عمل total thyroidectomy and modified neck dissection قرار گرفت که جواب قطعی آسیب‌شناسی medullary carcinoma همراه با درگیری غدد لنفاوی گردنی بود.

بحث

وجود دو کانسر بدخیم بطور همزمان معمولاً بندرت اتفاق می‌افتد. در چنین مواردی زمینه ژنتیکی وجود دارد. از جمله این موارد می‌توان به Multiple Endocrine Neoplasia(MEN) اشاره نمود. MEN-I شامل آدنوم هیپوفیز، تومورهای جزایر پانکراس و هیپرپلازی پاراتیروئید می‌باشد(۳-۱).

در MEN-IIA کارسینوم مدولاری تیروئید و فئوکروموسیتوما دیده می‌شود و بالاخره در MEN-IIB کارسینوم مدولاری تیروئید، فئوکروموسیتوما و نوروماهای مخاطی بطور همزمان مشاهده می‌گردد(٤).

همانطور که ملاحظه می‌گردد در هیچکدام این سندرمها، همزمانی دو کانسر تیروئید و پستان ذکر نگردیده است. کانسر پستان در ۵٪ موارد زمینه ژنتیک دارد. وجود ژن BRCA-1 (برروی کروموزم ۱۷) فرد را مستعد کانسرپستان و تخمدان می‌کند.

وجود ژن BRCA-2 (برروی کروموزم ۱۳) بطور همزمان احتمال ایجاد کانسر پستان را افزایش می‌دهد. اما هیچکدام این ژنها فرد را مستعد کانسر تیروئید نمی‌کند(۲). انکوژن دیگر erb-B می‌باشد که فرد را مستعد کانسر پستان، تخمدان و معده می‌نماید(۲).

از سندرمهای نادر که کانسر تیروئید و پستان بطور همزمان در آن مشاهده می‌شود سندرم cowden می‌باشد که بصورت اتوزومال غالب منتقل می‌گردد و اولین بار در سال ۱۹٦۳ شناخته شد.

این سندرم که تحت عنوان Disseminated Hereditary Gastrointestinal Polyposis With Orocutaneous Hamartomatosis نیز شناخته می‌شود شامل این علایم می‌باشد: هامارتومهای متعدد روده‌ای، Acral Keratoses، Trichilemmomas، پاپیلوماهای مخاط دهان، بیماری فیبروکیستیک پستان و کانسر پستان، گواتر مولتی ندولر و کانسر تیروئید، سرطان پوست و کیستهای تخمدان(۳-۱، ۵و ٦).

همانطور که ملاحظه می‌گردد این سندرم شامل طیف وسیعی از علایم، عوارض و درگیری ارگانهای مختلف است که از جمله درگیریهای شایع آن هامارتومهای روده‌ای می‌باشد.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]

در بیمار مورد نظر طبق بررسیهای اولیه (شرح حال، معاینه، گرافیهای مختلف و سونوگرافی) علایمی دال بر سایر ضایعات مشاهده نگردید، لذا نمی‌توان یافته‌های این بیمار را به سندرم cowden نسبت داد.

از طرفی کانسر پستان در این سندرم از نوع Papillary ذکر گردید. در بررسی مقالات تنها یک مطالعه مشاهده شد که در آن ایجاد سرطان پستان بدنبال ابتلا به سرطان تیروئید و بالعکس مورد ارزیابی قرار گرفته است(۷).

در این مطالعه گذشته‌نگر که برروی زنان مبتلا به هر دو سرطان تیروئید و پستان از سال ۱۹۷٦ انجام پذیرفت مشخص گردید که در بین ۱۸۹۳۱ زن مبتلا به کانسر پستان، ۱۱ نفر متعاقباً به کانسر تیروئید (به فاصله حداقل ۲ سال) مبتلا شدند. همچنین از ۱۰۱۳ زن مبتلا به سرطان تیروئید ۲٤ نفر پس از گذشت ۲ سال به سرطان پستان مبتلا شدند. در این مقاله چنین نتیجه‌گیری شد که بروز کانسر پستان بدنبال ابتلا به کانسر تیروئید محتملتر از بروز کانسر تیروئید بدنبال ابتلا به کانسر پستان می‌باشد(۷).

همانطور که مشاهده می‌شود در این مطالعه وقوع همزمان دو کانسر تیروئید و پستان مورد مطالعه قرار نگرفته است ولی در مورد بیمار مورد نظر می‌توان چنین احتمالی را داد که وی مدتها قبل به یکی از این دو کانسر مبتلا بوده، سپس به کانسر بعدی مبتلا شده و در نهایت وجود این دوکانسر تصادفاً بصورت همزمان مشخص گردیده است.

جهت تعمیم نتیجه مطالعه فوق به این مورد باید چنین فرض نمود که بیمار ابتدا به کانسر تیروئید مبتلا شده و سپس دچار کانسر پستان گردیده است.

با توجه به پیشرفته بودن سرطان تیروئید در این بیمار و درگیری غدد لنفاوی چنین فرضی قابل توجیه می‌باشد. بنظر می‌رسد بیمار مورد نظر یک مورد نادر و قابل تعمق است که نیاز به بررسیهای ژنتیکی و کروموزومی دارد.

منابع

1- David C., Sabiston H., Kim lyerly: Textbook of surgery, 15nd ed, United states, W.B.Saunders, 1997, 639-640, 568-527, 998-999, 1021.

2- Seymour I., Schwartz G., Tom shires, et al., Principles of surgery, 7nd ed, United states, McGrow Hill, 1999, 310-311, 554-556, 564-568, 1342, 1686-1688.

3- James B., Wyngaarden, Lloyd H., Smith J., et al., Cecil Textbook of medicine, 19nd ed, United States, W.B.Saunders, 1992, 1381-1386, 1388, 1421.

4- Lewis E., Braverman, Robert D., Utiger: The thyroid, 7nd ed, United States, Lippincott-Raven, 1996, 512, 910, 946-957.

5- Kurt J., Isselbacher, Eugene Braunwald, Jean D., Wilson: Harrison's Principles of internal medicine, 13nd ed, United States, Mc Graw Hill, 1994, 1626-1627, 1842-1845, 2053-2055.

6- Donegan W.L., Spratt J.S., Cancer of the breast, 4nd ed, United states, W.B.Saunders, 1995, 123-124.

7- Vassilopoulou Sellin R., Plamer L., Taylor S., Incidence of breast Carcinoma in women with thyroid carcinoma, Cancer, 1999 Feb, 85(3): 696-705.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]

A CASE REPORT OF MEDULLARY CARCINOMA OF THYROID ASSOCIATED WITH DUCTAL CARCINOMA OF BREAST

*M.A.Ghoraian, MD[I] Moshkgoo, MD[II] A.Reshad, MD[III] A.Sarami, MD[IV] M. Asadi, MD[V]

ABSTRACT

The patient is a 49 year-old woman, a mother of four with enlarging thyroid gland for the past 15 years. Thyroid scan showed multinodular goiter. Thyroid hunction tests were in the range of normal. Fine needle aspiration of the thyroid was unsatisfactory. In the thyroid physical exam bilateral multiple and movable lymphadenopathies were detected on the anterior cervial chain.The thyroid was hard and nontender and nodular on population (CEA=400 ng/ml,calcitonin=1100 pg/ml).

A relatively fixed and non-tender mass measuring 1×1.5cm was felt in the superior-external lobe of the right breast; this mass was present from eight months prior to the time of presentation.There was neither skin change nor nipple discharge. Excisional biopsy of the mass revealed infiltrating ductal carcinoma of the breast.

Modified radical mastectomy was subsequently performed.The patient then was prepared for thyroid surgery. Total thyroidectomy and modified neck dissection were carried out when the frozen section reportes malignant which was then confirmed to be medullary carcinoma of the thyroid gland.

Key Words: 1)Medulary Carcinoma of Thyroid 2)Ductal Carcinoma of Breast

*I) Associate professor of general surgery,Firoozgar Hospital,Valadi st., Vali Asr sq., Iran Univesity of Medical Sciences and Health Services,Tehran,Iran.(*Corresponding author)*

II) Assistant professor of thoracic surgery,Hazrat Rasul-e Akram Hospital,Niayesh st., Sattar-Khan Ave., Iran Univesity of Medical Sciences and Health Services,Tehran,Iran.

III) Assistant professore of pediatrics endocrinology, Institute of endocrinology, Hafez st.,Iran University of Medical Sciences and health Services,Tehran,Iran.

IV) Professor of gastroenterology, Hazrat Rasul-e Akram Hospital, Niayesh st., Sattar-khan Ave., Tehran,Iran.

V) Resident of general surgery, Iran University of Medical Sciences and Health Services,Tehran,Iran.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]