بررسی ۱۰ ساله فراوانی کیست تیروگلوس در بیمارستان‌های حضرت رسول اکرم(ص) و فیروزگر

*دکتر مرتضی جوادی I
دکتر مجتبی ملکی دلارستاقی II
دکتر رضیه رضایی III

چکیده

زمینه و هدف: توده گردنی یکی از شکایات شایع مراجعه کنندگان به بخش گوش و حلق و بینی بوده و ۱۵-۱۰٪ مراجعین را شامل می‌گردد. کیست تیروگلوس، شایع‌ترین توده مادرزادی گردن و دومین توده شایع گردن در زمان کودکی است، اگر چه معمولاً در سنین کمتر از ۵ سالگی تظاهر می‌یابد، گاهی تا دوران جوانی نیز بی‌علامت باقی می‌ماند. پس از لنفادنوپاتی، این کیست شایع‌ترین توده غیر سرطانی گردن است. این توده در تشخیص افتراقی سایر توده‌های گردنی قرار می‌گیرد. درمان ناکافی یا ناصحیح، منجر به عودهای مکرر و مشکل‌تر شدن درمان‌های بعدی می‌گردد و این امر ضرورت آگاهی و شناخت پزشکان از این توده را می‌رساند تا با درمان صحیح آن به طریق جراحی، مانع از عود مجدد و دیگر عوارض آن شوند. این بررسی نیز با هدف تعیین تظاهرات بالینی مختلف این بیماری در جامعه ایرانی و میزان شیوع این علایم انجام شد تا یاریگر پزشکان در تشخیص و درمان صحیح آن باشد.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی(Case series) پرونده بیمارانی که با شک به این توده در سالهای ۱۳۷۰ الی ۱۳۸۱ در بیمارستان‌های حضرت رسول اکرم(ص) و فیروزگر در بخش ENT بستری شدند و گزارش آسیب‌شناسی آنها نیز موید این امر بود، از نظر مشخصات دموگرافیک و یافته‌های بالینی بررسی شد. یافته‌های بدست آمده با نرم‌افزار SPSS ارزیابی شدند.

یافته‌ها: ٥٤ بیمار در مطالعه قرار گرفتند که ٥٣٪ مرد و ٤٧٪ زن بودند. میانگین سنی مردان، ۲۱ سال و میانگین سنی زنان، ۱۷/۷ سال بود. علت مراجعه در ۳۳ مورد(٦٤/٧٪)، توده گردنی؛ در ۱۵ مورد(۲۹/۵٪)، ترشح از ناحیه قدامی گردن، در ۲ مورد(۳/۵٪)، آبسه موضعی و در یک مورد(۲/۳٪)، توده زبانی گزارش شد. ٤٢ نفر(٨٢/٣٪) با توده یا فیستول در خط وسط؛ ۳ نفر(٥/٨٪)، در سمت راست گردن؛ ۵ نفر(۹/۸٪)، در سمت چپ گردن و یک نفر(۱/۹٪)، در داخل زبان مراجعه کرده بودند. توده یا فیستول در ۳۱ مورد(٦٠/٧٪)، متحرک و در ۱۵ مورد(۲۹/۵٪)، غیرمتحرک بود و سایر موارد در پرونده‌ها ذکر نشده بود.

نتیجه‌گیری: اگر چه سن بیماران در این دو بیمارستان بالاتر از حد مورد انتظار بود، سایر یافته‌ها همانند مطالعات مشابه بودند.

کلیدواژه‌ها: ۱- کیست تیروگلوس ۲- توده گردنی ۳- لنفادنوپاتی

تاریخ دریافت: ٨٤/٧/٢٣، تاریخ پذیرش: ٨٤/٩/٢٢

مقدمه

کمان‌های برانکیال یا حلقی(Branchial or Pharyngeal arches) در چهارمین و پنجمین هفته جنینی شکل می‌گیرند و توسط شکاف‌هایی عمیق (Branchial or Pharyngeal clefts) از یکدیگر جدا می‌شوند. همزمان با رشد کمان‌ها و شکاف‌ها، تعدادی بیرون‌زدگی کیسه‌ای شکل در طول دیواره طرفی روده حلقی

I) استادیار و متخصص بیماری‌های گوش و حلق و بینی و جراحی سر و گردن، بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران(*مؤلف مسؤول).

II) دستیار بیماری‌های گوش و حلق و بینی و جراحی سر و گردن، بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.

III) دانشجوی رشته پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

و جمجمه‌ای پیشین روده ایجاد می‌گردد که بن‌بست‌های حلقی(Pharyngeal pouches) نام می‌گیرند. این بن‌بست‌ها بتدریج به داخل مزانشیم اطراف خود نفوذ می‌کنند. هر کمان حلقی از یک مرکز مزانشیمی تشکیل شده که از خارج توسط اکتودرم و از داخل با اندودرم پوشیده می‌شود.

در هفته چهارم زندگی جنینی از اتصال دو برجستگی طرفی و یک تکمه ایمپار، ۲/۳ قدامی زبان شکل می‌گیرد. بخش خلفی یا قاعده زبان از دومین، سومین و قسمتی از چهارمین کمان حلقی ایجاد می‌شود. غده تیروئید به صورت یک هیپرپلازی سلول اپیتلیال در کف حلق، بین تکمه ایمپار و کوپولا و در محلی که بعداً سوارخ کور نامیده می‌شود، بوجود آمده که از جلوی روده حلقی، مهاجرت خود به سوی مکان طبیعیش را آغاز می‌نماید و در این مهاجرت از طریق مجرای باریکی به نام مجرای تیروگلوس، ارتباط خود با زبان را حفظ می‌کند. این مجرا بعدها توپر شده، از بین می‌رود. این مسیر از جلوی استخوان هیوئید و غضروف حنجره‌ای گذشته در مکان نهایی تیروئید خاتمه می‌یابد. ممکن است در افراد طبیعی، اتصال دیستال مجرای تیروگلوس باقی مانده، لوب هرمی تیروئید را تشکیل دهد. استخوان هیوئید از کمان‌های حلقی دوم و سوم منشا می‌گیرد و این امر بخوبی نمایان‌گر ارتباط آن با مجرای تیروگلوس می‌باشد. گاهی اوقات مجرا از خلف استخوان هیوئید می‌گذرد. باقی ماندن مجرا در هر نقطه‌ای بین لوب پیرامیدال تیروئید و سوراخ کور منجر به ایجاد کیست تیروگلوس می‌گردد.[۱]

کیست مجرای تیروگلوس تقریباً ۷۰٪ توده‌های مادرزادی گردن را تشکیل داده و پس از لنفادنوپاتی، شایع‌ترین توده مادرزادی گردن و دومین توده خوش‌خیم گردنی می‌باشد.[۲-۵] این توده، شایع‌ترین توده مادرزادی گردن و دومین توده شایع دوران کودکی است که در بیش‌تر مواقع در همان دوران کودکی کشف می‌شود اما گاهی نیز به شکل بی‌علامت تا زمان بزرگسالی مخفی می‌ماند.[۵ و ۶] کیست تیروگلوس، شیوع یکسانی در زن و مرد داشته و در اغلب مواقع بی‌علامت است.[۷] برآورد می‌شود ۷٪ جمعیت بالغ، واجد بقایای مجرای تیروگلوس باشند.[۸] متوسط سن در زمان تشخیص در کودکان، ۵±۶ سال و در بالغین، ۱۶±۴۵ سال برآورد شده است.[۷]

هر جایی در امتداد خط سیر تیروئید ولی نه در زیر آن، ممکن است کیست تیروگلوس ایجاد شود. این مکان‌ها شامل قاعده زبان، داخل زبان، بالای هیوئید، زیر هیوئید، جلوی تیروئید و جلوی تراشه می‌باشند که شایع‌ترین آنها درست بالا یا پایین استخوان هیوئید است.[۹] این کیست‌ها اغلب در خط وسط قرار دارند اما ممکن است به طرفین نیز متمایل شوند، بویژه آنهایی که در سطح غضروف تیروئید می‌باشند.[۲] در مجموع تنها ۲۴-۱۰٪ آنها در طرفین گردن و اغلب در سمت چپ قرار دارند.[۸]

در حالت عادی، کیست‌ها حاوی یک موکوس شیری رنگ یا چسبناک می‌باشند. ممکن است این کیست‌ها در اثر عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقای بزرگ‌تر شده، حتی به سطح پوست یا داخل دهان تخلیه شده، فیستول ایجاد نمایند.[۲]

این کیست‌ها معمولاً به صورت توده‌ای بی‌درد، صاف با قوام کیستیک در خط وسط گردن بروز می‌کنند که در صورت عفونی شدن می‌توانند اریتماتو، دردناک و حتی فیستولیزه شوند. گاهی نیز احساس دیسفاژی و تنگی نفس ایجاد می‌نمایند. به علت باقی ماندن اتصال آن با زبان، کیست با حرکت زبان حرکت می‌کند که این آزمون تقریباً برای تشخیص کیست تیروگلوس، آزمونی پاتوگنومونیک می‌باشد.[۱۰]

بروز سرطان در کیست تیروگلوس شایع نبوده، تنها در ۱٪ آنها رخ می‌دهد. این سرطان‌ها معمولاً پس از برداشتن توده و به طور اتفاقی کشف شده، در ۹۴٪ موارد منشا تیروئیدی داشته و اغلب از نوع پاپیلری می‌باشند. در ۶٪ موارد نیز منشا اسکواموس دارند.[۱۱-۱۳]

در ۴۵٪ موارد، بافت تیروئید در کیست تیروگلوس یافت می‌شود. در صورت شک به کیست تیروگلوس باید آن را از بافت اکتوپیک تیروئید افتراق داد. تقریباً ۱۰٪ تیروئیدهای اکتوپیک در گردن یافت می‌شوند و در ۷۵٪ آنها، تیروئید اکتوپیک، تنها بافت تیروئید محسوب می‌شود. سونوگرافی و

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

اسکن رادیونوکلئید می‌تواند در افتراق این دو از هم مفید باشد تا با خارج شدن اشتباهی تنها بافت فعال تیروییید، فرد وابسته به هورمون تیروییید نگردد.

ضایعاتی مثل لنف نودها، توده‌های تیروییید، تیروییید اکتوپیک، کیست‌های برانکیال، کیست‌های درموییید، لنفانژیوم، همانژیوم، تراتوم، لارنگوسل، کیست‌های تیموس و مالفورماسیون‌های عروقی در تشخیص افتراقی کیست تیروگلوس قرار می‌گیرند که با کمک شرح حال و علایم بالینی و پاراکلینیک می‌توان آنها را از هم افتراق داد.

درمان قطعی با جراحی به روش سیس‌ترانک است که کیست را با حاشیه‌ای از بافت اطرافش(مثل بخش میانی هیوییید) برمی‌دارند. باید از انسزیون و درناژ خودداری کرد چون علاوه بر بالا بردن احتمال عود، جراحی بعدی را نیز با مشکل مواجه می‌کند. میزان عود، حدود ۱۰٪ برآورد شده که معمولاً ناشی از درمان ناکامل یا نادرست می‌باشد.[۱۰]

با توجه به شیوع بالای این ضایعه، لازم است پزشکان بویژه متخصصین اطفال و پزشکان خانواده، این تشخیص را در برخورد اول با بیمار مدنظر داشته باشند تا با آگاهی کامل، بیمار را در مسیر درست هدایت نموده و مانع درمان ناکامل یا نادرست ناشی از اشتباه در تشخیص و تبعات آن شوند. هدف از این مطالعه ارزیابی وجود و شیوع علایم کیست تیروگلوس در بیماران ایرانی بود تا مشابهت‌ها و تفاوت‌ها با منابع موجود مقایسه شوند و بدین ترتیب به ایجاد آگاهی ذکر شده در جامعه پزشکی کشور یاری شود.

روش بررسی

با توجه به محدودیت تعداد بیماران، این مطالعه به صورت مقطعی انجام شد. جمعیت مورد مطالعه، بیمارانی بودند که از سال ۱۳۷۰ الی ۱۳۸۱ در بیمارستان‌های حضرت رسول اکرم و فیروزگر برای بار نخست با تشخیص کیست تیروگلوس تحت جراحی قرار گرفته بودند و این تشخیص در آسیب‌شناسی نیز تایید شده بود. بدین منظور به بایگانی این دو بیمارستان مراجعه شد و پس از هماهنگی با مسوولین مربوطه، شماره پرونده‌هایی که براساس International classification of disease)ICD) در گروه کیست تیروگلوس قرار گرفته بودند، اخذ شد. سپس پرونده‌ها استخراج شده، شماره پاتولوژیشان پیدا شد. آنگاه با مراجعه به بایگانی بخش پاتولوژی، تشخیص بافت‌شناسی آنها بررس شد و افرادی که براساس پاتولوژی مبتلا به کیست تیروگلوس بودند، وارد مطالعه شدند.

متغیرهای سن، جنس، محل آناتومیک توده و علایم بالینی در این افراد براساس مکان ثبت شده در شرح حال رزیدنتی و شرح عمل‌های موجود در پرونده‌ها ارزیابی شده، فرمهای مربوط به هر بیمار پر شدند و در نهایت اطلاعات بدست آمده، با نرم‌افزار SPSS تحت تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این سالها در بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، ۲۸ پرونده با این تشخیص موجود بود که در گزارش آسیب‌شناسی یکی از آنها، لنف نود و در گزارش دیگری، کیست اپیدرمال عنوان شده بود. در همین مدت در بیمارستان فیروزگر، ۲۶ بیمار با این تشخیص تحت جراحی قرار گرفته بودند که گزارش آسیب‌شناسی یکی از آنان، لنف نود بود. در مجموع از ٥٤ بیماری که در دو بیمارستان با این تشخیص جراحی شده بودند، ٥١ نفر واقعاً مبتلا به کیست تیروگلوس بودند.

۲۹ نفر از ٥١ بیمار(٥٣٪)، مرد و ۲۲ نفرشان(٤٧٪)، زن بودند. میانگین سن مردان، ۲۱ سال بود که طیف سنی ۸ ماهه تا ٦٥ ساله را در بر می‌گرفت. این میانگین در زنان، ۱۷/۷ سال با گستره سنی از ٤ تا ٤١ سال بود و میانگین سنی کل، ۱۹ سال بدست آمد.

در مردان، علت اصلی مراجعه در ۲۰ نفر(٦٩٪)، توده گردنی، در ۸ نفر(۲۸٪)، ترشح از ناحیه قدام گردن و در یک مورد(۳٪)، توده زبانی بود. عامل اصلی مراجعه زنان در ۱۳مورد(٥٩/۱٪)، توده گردنی، در ۷ مورد (۳۱/۸٪)، ترشح از ناحیه قدامی گردن و در ۲ مورد(۹/۱٪)، آبسه موضعی بود. در مجموع ۳۳ مورد(٦٤/۷٪)، با شکایت از توده گردنی،

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

۱۵ مورد(۲۹/۵٪)، با شکایت از ترشح از ناحیه قدامی گردن و ۲ مورد(۲/۳٪)، با شکایت از توده زبانی مراجعه کرده بودند.

موقعیت کیست در ۲۳ نفر از مردان(۷۹/۳٪)، در خط وسط، یک نفر(۳/۵٪)، در سمت راست، ٤ نفر(۱۳/۷٪)، در سمت چپ و یک نفر(۳/۵٪)، در داخل زبان بود. این وضعیت برای زنان، ۱۹ مورد(۸٦/۳٪)، در خط وسط، ۲ مورد(۹/۹٪)، در سمت راست و یک مورد(٤/۵٪)، در سمت چپ گزارش شد. در مجموع، ٤۲ مورد(۸۲/۳٪) با توده یا فیستول در خط وسط، ۵ مورد(۹/۸٪) در سمت چپ، ۳ مورد(۵/۸٪) در سمت راست و یک مورد(۱/۹٪) در قاعده زبان ارزیابی شدند.

۱۷ مورد(۵۸/٦٪) از توده‌ها یا فیستول‌ها در مردان، متحرک و ۷ مورد(۲٤/۲٪)، غیرمتحرک بودند و ۵ مورد در پرونده‌ها ذکر نشده بود. از همین نظر ۱٤ مورد(٦۳/٦٪) از توده‌ها یا فیستول‌ها در زنان، متحرک و ۸ مورد(۳٦/٤٪)، غیرمتحرک بودند. در کل در ۳۱ نفر(٦۰/۷٪) توده یا فیستول، متحرک و در ۱۵ نفر(۲۹/۵٪)، غیرمتحرک بود و وضعیت ۵ نفر در پرونده‌ها قید نشده بود.

اندازه توده در مردان از ۱×۰/۵ سانتی‌متر تا ۵×٤ سانتی‌متر و در زنان از ۱×۱ سانتی‌متر تا ۵×۵ سانتی‌متر متغیر بود.

بحث

از نظر توزیع جنسی، نسبت مرد به زن تقریباً معادل یک بود که در مطالعه Brousseau و همکارانش[۷] نیز همین نسبت حاصل شده بود.

میانگین سن تشخیص در این بیماران بالاتر از آن است که در تحقیقات Dedivitis و همکارانش[۵]، Mohan و همکارانش[٦] و Brousseau و همکارانش[۷] ذکر شده بود که شاید ناشی از مشکلات فرهنگی در مراجعه به پزشک و نیز مشکلات موجود در امر تشخیص و درمان صحیح باشد.[۷]

از نظر نوع تظاهر بیماری به ترتیب توده گردنی، ترشح از ناحیه قدامی گردن و توده زبانی شکایت عمده این افراد بود که از نظر میزان شیوع تقریباً مشابه نتایج Lee Rowe و همکارانش[۹] می‌باشد.

از نظر مکان ضایعه نیز به ترتیب خط وسط، سمت چپ، سمت راست و داخل زبان، محل وجود توده بودند که این جایگیری، مشابه ترتیبی است که در نتایج Lee Rowe و همکارانش[۹] و Walton و همکارانش[۸] آمده است. تقریباً در ۱/۳ موارد، ضایعات، غیرمتحرک و چسبیده به نسوج اطراف بودند و ۲/۳ موارد، متحرک بودند که این نکته در مطالعات دیگر مورد توجه قرار نگرفته بود.

آن چه مسلم است ماهیت مقطعی بودن مطالعه و نیز گردآوری اطلاعات از پرونده‌هایی که در برخی مواقع واجد نواقص و تناقضات نیز می‌باشند، در کیفیت و میزان اعتماد به آمار و ارقام ارایه شده، اختلالاتی ایجاد خواهد کرد. بدیهی است با اجرای طرح‌های آینده‌نگر و جامع‌تر می‌توان اطلاعات بسیار ارزنده‌تر و ارزشمندتری بدست آورد.

نتیجه‌گیری

از متغیرهایی که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند تنها متغیر سن با آمارهای سایر منابع متفاوت بود. این امر بخوبی گویای این مطلب است که با وجود مشابه بودن تظاهرات بیماری با سایر جوامع، این بیماری جایگاه واقعی خود را در فهرست تشخیص‌های افتراقی پزشکان ایرانی پیدا نکرده است و لازم است فعالیت‌های آموزشی بیش‌تری در این زمینه صورت گیرد.

فهرست منابع

1- TW Sadler. Head and neck. In: TW Sadler, editors. Langman's medical embryology. 8th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 345-82.

2- Charles M, Myer. Congenital neck mass. In: Paparella, Shumrick, Gluckman, Myerhoff, editors. Otolaryngology, head and neck surgery. Vol III. 3th ed. Philadelphia: Saunders; 1991. p. 2535-45.

3- Ondzotto G, Ehouo F, Peko JF, Fouemina T, Bissiko F, Akolbout D, et al. Cysts and congenital fistulas of the face and the neck: About 78 cases. Bull Soc pathol Exot 2005 Jun; 98(2): 109-13.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

4- Hsieh YY, Hsueh S, Hsueh C, Lin JN, Luo CC, Lai JY, et al. Pathological analysis of congenital cervical cysts in children: 20 years of experience at Chang Gung Memorial Hospital. Chang Gung Med J 2003 Feb; 26(2): 107-13.

5- Dedivitis RA, Camargo DL, Peixoto GL, Weissman L, Guimaraes AV. Thyroglossal duct: A review of 55 cases. J Am Coll Surg 2002 Mat; 194(3): 274-7.

6- Mohan PS, Chokshi RA, Moser RL, Razvi SA. Thyroglossal duct cysts: A consideration in adults. Am Surg 2005 Jun; 71(6): 508-11.

7- Brousseau VJ, Solares CA, Xu M, Krakovitz P, Koltai PJ. Thyroglossal duct cysts: presentation and management in children versus adults. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2003 Dec; 67(12): 1285-90.

8- Walton BR, Koch KE. Presentation and management of a thyroglossal duct cyst with a papillary carcinoma. South Med J 1997 Jul; 90(7): 758-61.

9- Lee Rowe. Congenital anomalies of the head and neck. In: Jacob Ballenger, James B, Snow Jr, editors. Otolaryngology, head and neck surgery. 5th ed. Media: William & Wilkins; 1996. p. 209-19.

10- Anna H Messner. Congenital disorders of the larynx. In: Cummings, Flint, Harker, editors. Cummings otolaryngology, head & neck surgery. 4th ed. St Louis: Elsevier Mosby; 2005. p. 4223-40.

11- Motamed M, McGlashan JA. Thyroglossal duct carcinoma. Curr Opin Orolaryngol Head Neck Surg 2004 Apr; 12(2): 106-9.

12- Naghavi SE, Jalali MM. papillary carcinoma of thyroglossal duct cyst. Med Sci Monit 2003 Jul; 9(7): CS67-70.

13- Ozturk O, Demirci L, Egeli E, Cukur S, Belenli O. Papillary carcinoma of the thyroglossal duct cyst in childhood. Eur Arch Otorhinolaryngol 2003 Nov; 260(10): 541-3.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

A Ten-Year Survey on the Prevalence of Thyroglossal Duct Cyst in Firouzgar and Hazrat-e-Rasoul Akram Hospitals

*M. Javadi, MD [I] M. Maleki Delarestaghi, MD [II] R. Rezaii, MD [III]

Abstract

Background & Aim: One of the commonest complaints of patients referred to ENT clinics is neck mass that accounts for 10-15% of the patients. However, thyroglossal duct cyst is the commonest congenital neck mass and the second common childhood neck mass that is usually presented before 5 years of age, but it sometimes remains asymptomatic until adolescence. Except lymphadenopathy, it is the commonest non-cancerous neck mass and should be differentiated from other neck masses. The fact that incomplete or incorrect treatment may lead to recurrence and difficulty in next attempts displays the necessity of knowledge and awareness on the part of physicians to decrease the rate of recurrence and complications by adopting a correct surgical approach. The present study was carried out to determine different clinical manifestations of the above-mentioned cyst and their incidence rates among Iranians to help doctors diagnose and treat the cases properly.

Patients & Method: In this study we investigated files of patients who were admitted to Hazrat-e-Rasoul Akram and Firouzgar hospitals between 1991 and 2002 with the diagnosis of thyroglossal duct cyst confirmed by histopathological reports.

Results: 54 patients including 53% male and 47% female participated in the study. The average age for males and females was 21 and 17.7 respectively. Major complaints consisted of neck mass(67.7%), discharge from anterior cervical region(29.5%), local abscess(3.5%), and lingual mass(2.3%). Regarding the location of the mass or fistula, 42 cases(82.3%) presented in midline cervical area, 3 cases(5.8%) in right cervical area, 5 cases(9.8%) in left cervical area, and one case(1.9%) intralingual. Concerning mobility, 31 cases(60.7%) presented with mobile masses or fistulas, 15 cases(29.5%) with immobile ones and in other cases required data was not available.

Conclusion: Although the patients of the present study were reported to be older than those of similar studies, other signs and symptoms were the same.

Key Words: 1) Thyroglossal Cyst 2) Neck Mass 3) Lymphadenopathy

I) *Assistant Professor of ENT. Rasoul-e-Akram Hospital. Niayesh St., Sattarkhan Ave., Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.(*Corresponding Author)*

II) *Resident of ENT. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.*

III) *Medical Student. Intern. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.*

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]