

ضایعه‌ای شبیه تومور تیروگلو سال روی زبان: گزارش مورد

فاطمه اولیا^۱، یاسمن صباغ زادگان^{۲*}

^۱ دانشیار، گروه بیماری‌های دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
^۲ استادیار، گروه بیماری‌های دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
 تاریخ ارائه مقاله: ۱۴۰۱/۱۰/۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۲/۶

A Thyroglossal Tumor-Like Lesion on the Tongue: A Case Report

Fatemeh Owlia¹, Yasaman Sabaghzadegan^{2*}

¹ Associate Professor, Department of Oral and Maxillofacial Medicine, Shahid Sadoughi University of Medical sciences, Yazd, Iran

² Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Medicine, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Received: 23 December 2022; Accepted: 26 April 2023.

Background: Pyogenic granuloma is a benign and non-neoplastic mucocutaneous lesion that has multiple causes and develops in response to local irritation, trauma, or hormonal changes during pregnancy. In the oral cavity, this lesion often involves the anterior of the maxillary gingiva, and rarely, the tongue, labial mucosa, and palatal mucosa are involved. The clinical appearance of the lesion was usually seen as a nodule with or without a base, with a smooth surface or lobulated surface. It is usually non-tender, but it can bleed on touch. This lesion may be seen in any size from a few millimeters up to several centimeters. It is more common in females. This case report presents a rare site of a pyogenic granuloma on the dorsal site of the tongue. Clinical symptoms, causes, differential diagnosis, histology of the pyogenic granuloma, and treatment were discussed in this case report.

Keywords: Pyogenic granuloma, Tongue, Gingiva, Maxilla

*Corresponding Author: y.sabaghzadegan@stu.ssu.ac.ir

► Please cite this paper as: Owlia F, Sabaghzadegan Y. "A Thyroglossal Tumor-Like Lesion on the Tongue: A Case Report". *J Mash Dent Sch.* 2023; 47(3): 346-51.

► DOI: 10.22038/jmds.2023.22849

چکیده

مقدمه: پیوژنیک گرانولوما یک ضایعه‌ی خوش خیم و پوستی و مخاطی و التهابی است که علت‌های مختلفی برای آن ذکر شده است. که معمولاً در اثر پاسخ به تحریک موضعی، تروما و یا تغییرات هورمونی در طول دوران بارداری می‌باشد و اغلب روی لثه به خصوص در ناحیه‌ی قدام فک بالا ایجاد می‌شود. و به ندرت مخاط زبان، مخاط لبی و مخاط ناحیه‌ی کام درگیر می‌شود. این ضایعه معمولاً بدون درد بوده اما با تحریک می‌تواند دچار خونریزی شود. از نظر بالینی این ضایعات به طور معمول به صورت یک ندول منفرد پایه دار و یا بدون پایه با سطح صاف یا سطح لوبوله دیده می‌شوند و تمایل بیشتر در خانم‌ها دارد. این مقاله نیز در مورد پیوژنیک گرانولوما در مکانی نادر، روی سطح پشتی زبان می‌باشد.

کلمات کلیدی: پیوژنیک گرانولوما، زبان، لثه، ماگزایلا

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۴۰۲ / دوره ۴۷ / شماره ۳: ۳۴۶-۵۱.

مقدمه

پیوژنیک گرانولوما یک تومور خوش خیم اپیتلیالی پوستی مخاطی است، که در نتیجه تحریک مزمن، تروما یا تغییرات هورمونی در طول بارداری رخ می‌دهد.^(۱) از علل بالا بودن بروز این ضایعه در طول بارداری می‌توان به افزایش سطح استروژن و پروژسترون اشاره کرد. در حفره دهان، این ضایعه اغلب لته (۷۵ درصد) به خصوص در ناحیه قدام فک بالا را درگیر می‌کند و به ندرت زبان، مخاط لبی و کام درگیر می‌شود.^(۱و۲) با شیوع کمتر، در مکان‌های غیرمعمولی مثل سطح پشتی زبان نیز ایجاد می‌شود.^(۳) از نظر بالینی این ضایعات معمولاً به صورت ندول منفرد پایه دار یا بدون پایه با سطح صاف یا لوبوله و قرمزتر از مخاط طبیعی دیده می‌شوند.

این ضایعه ممکن است در هر اندازه‌ای از چند میلی متر تا چندین سانتی متر دیده شود. با بالغ شدن ضایعه، اجزای عروقی کاهش می‌یابد و نمای بالینی آن صورتی تا سفید میشود و از لحاظ بافت‌شناسی بافت فیروزه در آن بیشتر میشود. اوج شیوع آن در نوجوانان و بزرگسالان جوان با تمایل بیشتر در خانم‌ها که احتمالاً به دلیل تاثیر هورمون‌های جنسی زنانه میباشد، دیده می‌شود. این ضایعه ممکن است رشد سریعی را نشان داده و سیر بالینی مشابه بدخیمی را در پیش گیرد. معمولاً بدون درد بوده و سطح آن میتواند زخمی باشد و تمایل نسبی به خون‌ریزی با تحریک ضایعه وجود دارد.^(۲-۵)

به طور معمول، درمان انتخابی برای این نوع از ضایعات برداشتن کامل ضایعه با کورتاژ میباشد که همراه با عود نسبتاً زیادی است. میزان تقریبی عود را ۱۵ درصد ذکر کرده اند. به منظور جلوگیری از عود باید عوامل تحریک کننده و علت زمینه‌ای مانند جرم و پلاک و اورهنگ ترمیم حذف شوند.^(۶) لذا یکی از اصول اولیه درمان پیوژنیک گرانولوما

مشابه تمام ضایعات تحریکی، حذف عامل زمینه‌ای میباشد. در اینجا یک مورد پیوژنیک گرانولوما فیروزه در مکانی ناشایع گزارش شده که در جلسات اول به عنوان پیوژنیک گرانولوما تشخیص داده نشد. تاکنون هیچ مورد مشابهی از پیوژنیک گرانولوما در مکان شایع کیست تیروگلسال (فورامن سکوم) گزارش نشده است.

شرح مورد

بیمار، خانم ۳۶ ساله با شکایت از ضایعه‌ای در ناحیه خلفی زبان بود. بیمار از ۵ ماه قبل متوجه وجود ضایعه شده بود و تا زمان معاینه تغییر اندازه چندانی نداشته است. او در تاریخچه خود سابقه خونریزی به دنبال تحریک ناحیه را با ناخن ذکر میکرد. بیمار شکایتی از خشونت صدا یا اشکال در بلع هم نداشت و وجود این ضایعه با زندگی روزمره او تداخلی نداشت. در تاریخچه فامیلی و اجتماعی بیمار، مورد خاصی ذکر نشد و از نظر سیستمیک بیمار سالم بود.

در معاینه بالینی ندولی پایه دار در قسمت خلفی زبان در حد فاصل دو سوم قدامی و یک سوم خلفی زبان، دقیقاً در محل فورامن سکوم دیده شد. سطح آن لوبوله و هم‌رنگ مخاط بود. (تصویر ۱-۱) در معاینه ضایعه دارای قوام سفت و غیر حساس در لمس بود. در معاینه بالینی هنگام خروج زبان از دهان ناحیه تیروئید مورد بررسی قرار گرفت تا حرکت احتمالی ناحیه تیروئید مد نظر قرار گیرد که البته تحرکی مشاهده نشد.

از آنجایی که محل ضایعه در معاینه بالینی دقیقاً محل تیروئید زبانی بود، قبل از انجام بیوپسی اکسیژنال برای بیمار تست‌های تیروئیدی، سونوگرافی تیروئید و اسکن تیروئید درخواست شد.

نتایج تست‌های تیروئید بدین شرح بود و در محدوده نرمال بود.

زبان برای بیمار با استفاده از کوتر، بیوپسی اکسیژنال انجام شد.

نمونه برای بررسی هیستوپاتولوژی به آزمایشگاه پاتولوژی ارسال شد. در نمای میکروسکوپی نمونه ارسالی، مقاطعی از اپیتلیوم سنگفرشی مطبق کراتینیزه اکانتوتیک مخاط دهان مشاهده شد و در بافت همبند زیرین بافت جوانه‌ای شامل سلول‌های التهابی مزمن و عروق خونی فراوان به همراه خونریزی وجود داشت. (تصویر A-۲)

تشخیص نهایی بر اساس نتیجه پاتولوژی توسط دو پاتولوژیست دهان و فک و صورت، پیوژنیک گرانولوما گذاشته شد.

بیمار یک هفته بعد برای فالوآپ مراجعه کرد و بهبودی کامل مشاهده شد. در فالوآپ ۶ ماهه نیز هیچ علامتی از عود ضایعه مشاهده نشد. (تصویر B-۱)

این گزارش با کد IR.SSU.DENTISTRY.REC.1401.061 در کمیته اخلاق دانشکده دندانپزشکی شهید صدوقی یزد ثبت شده است.

Anti TPO=۴۴/۵ Iu/ml
T4=۹ µg/dl
T3=۱/۰۱ nmol/L
TSH=۱/۱۱ mIu/L

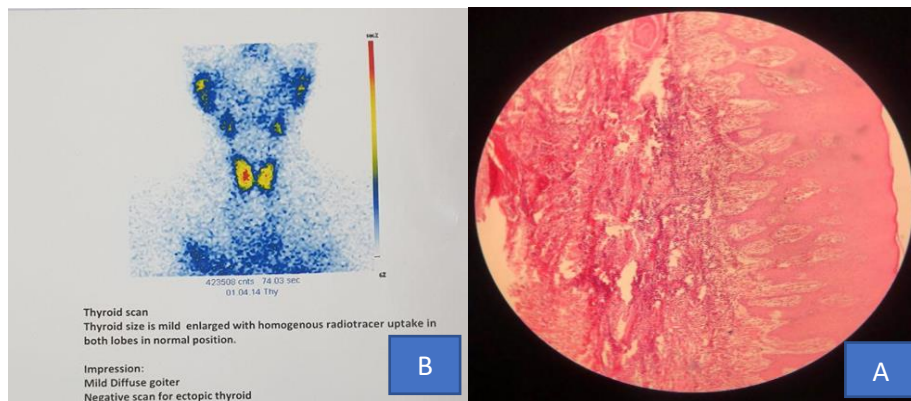
در گزارش سونوگرافی تیروئید، لوب راست به ابعاد ۱۱*۱۲*۳۷ میلیمتر و حجم تقریبی ۲/۷ میلی متر و لوب چپ به ابعاد ۱۲*۱۲*۳۷ میلی متر حجم تقریبی ۲/۵ میلی متر دارای سایز، حجم و اکوی نرمال رویت گردید و در لوب چپ ضایعه فضاگیر کیستیک یا توپر رویت نشد و شواهدی به نفع کیست تیروگلوکوسال یافت نشد.

اسکن تیروئید هم برای بیمار انجام شد که در آن سایز تیروئید به صورت سایز کمی بزرگ شده با جذب هموژن ماده در هر دو لوب و در موقعیت نرمال بیان شد و اسکن برای تیروئید اکتویپیک منفی بیان شد. (تصویر B-۲)

بعد از ارزیابی‌های اولیه برای بیمار نوبت بیوپسی داده شد. با توجه به احتمال بالای خونریزی در سطح پشتی



تصویر ۱: A نمای اولیه ضایعه در زمان مراجعه بیمار B فالوآپ بیمار



تصویر ۲: A: نمای پاتولوژی ضایعه. با بزرگنمایی ۴۰ B: گزارش اسکن تیروئید

با استفاده از کوتر، بیوپسی اکسیژنال انجام شد که باعث شد جراحی با خونریزی ناچیزی انجام شود و در نتیجه ترمیم بهتر و سهولت انجام جراحی میسر گردید.

در مطالعه‌ای دیگر Sharma و همکاران^(۵) مشابه مطالعه ی حاضر به گزارش یک مورد پیوژنیک گرانولوما در سطح پشتی زبان آقای ۶۴ ساله پرداختند که سابقه خونریزی از ضایعه را داشت. البته مکان آن در مقایسه با مطالعه حاضر در محل فورامن سکوم نبود، لذا با توجه به رنگ و سابقه خونریزی با تشخیص‌های افتراقی همانژیوما و پیوژنیک گرانولوما تحت بیوپسی اکسیژنال قرار گرفتند که بعد از بررسی پاتولوژی، تشخیص پیوژنیک گرانولوما تایید شد.

در مطالعه Rosa^(۶)، به بررسی چند مورد پیوژنیک گرانولوما پرداختند و در این مطالعه به این نتیجه رسیدند که این ضایعه اغلب در ارتباط با دوران بارداری یا فاکتورهای موضعی مانند جرم و بهداشت ضعیف میباشد و قدم اول در درمان و جلوگیری از عود آن، رعایت بهداشت میباشد و در ادامه برداشت کامل ضایعه و درمان پرپودنتال دارای اهمیت است.

در مطالعه Lamrani و همکاران^(۱)، به گزارش ضایعه‌ی پایوژنیک گرانولوما به صورت توده بدون درد در نوک زبان همراه با سابقه خونریزی از ضایعه و دیسفاژی در پسر ۱۰

سایز تیروئید به صورت کمی بزرگ شده با جذب هموژن ماده در هر دو لوب و در موقعیت نرمال بیان شد و اسکن برای تیروئید اکتویپیک منفی بیان شد.

بحث و نتیجه گیری

پیوژنیک گرانولوما اغلب در نتیجه‌ی تحریک مزمن، تروما یا تغییرات هورمونی در دوران بارداری رخ می‌دهد. از علل بالا بودن بروز این ضایعه در دوران بارداری میتوان به افزایش سطح استروژن و پروژسترون اشاره کرد.^(۱)

گرچه اتیولوژی آن کامل شناخته شده نیست، ولی تغییرات هورمونی ناشی از استروژن در حاملگی را در بروز آن موثر می‌دانند.^(۲) در مطالعه‌ی Mohtasham و همکاران^(۷) نشان داده شد که گیرنده‌های استروژن و پروژسترون در بروز تومور حاملگی نقش دارند.

مطالعه Amirchaghmaghi و همکاران^(۳) نیز گزارش یک مورد پیوژنیک گرانولوما در پسر ۱۶ ساله با سابقه سه ماهه از ضایعه‌ای در کام داشتند که رشد تدریجی داشته و سابقه خونریزی کمی داشت و بیمار تحت درمان بیوپسی اکسیژنال قرار گرفت و با توجه به عود بالای ضایعه پس از حذف کامل آن، عامل ضایعه نیز برطرف گردید. در مطالعه ی حاضر ضایعه در مکان غیر شایع بوده است و از آنجایی که محل بیوپسی ریسک خونریزی بالایی داشت برای بیمار

۱۹ ساله پرداختند که با شکایت از دیسفاژی و اختلال در حرکت زبان به سمت جلو مراجعه کرده بود. این مطالعه بیان کرد که این کیست میتواند از قاعده زبان تا قسمت تحتانی گردن ایجاد شود و اغلب در کودکان مشاهده میشود. این مطالعه از نظر مکان ضایعه، مشابه با مطالعه ما بود.

Gupta و همکاران^(۱۱) نیز در مطالعه‌ای به گزارش یک مورد تیروگلووسال کیست به صورت تورم سفت و صورتی رنگ در قاعده زبان دختر ۴ ساله‌ای پرداختند که با شکایت از سختی در بلع غذا مراجعه کرده بود و در بیمار بعد از دو سال فالوپ که انجام شده بود، عودی مشاهده نشد.

Jung و همکاران^(۱۲) در مطالعه‌ای یک خانم ۴۲ ساله با شکایت از تورم گردن که تا ناحیه زیر چانه و زیر زبان ادامه داشت را، به عنوان کیست مجرای تیروگلووسال تشخیص و تحت درمان قرار دادند که بدون عود بود. با توجه به این که محل ضایعه در کف دهان و زیر زبان بود، تشخیص‌های افتراقی برای تیروگلووسال سیست شامل درموئید سیست، اپی درموئید سیست، رانولا و کیستیک هیگروما مطرح شد. در مطالعه‌ی حاضر با توجه به نمای بالینی بیمار تشخیص‌های افتراقی مطرح شده شامل تیروگلووسال کیست، فیبروم تحریکی، پیوژنیک گرانولوما فیروزه، تومورهای مزانشیمال و گرانولار سل تومور بود. در مورد تیروگلووسال کیست از آنجایی که محل ضایعه مشابه با محل احتمالی این کیست بود، برای بیمار درخواست تست‌های تیروئیدی و آزمایش تیروئید و اسکن تیروئید داده شد که پاسخ تست ها و اسکن نرمال بود. در مورد فیبروم تحریکی چون بیمار سابقه دست کاری ضایعه را داشت و نیز رنگ ضایعه هم‌رنگ مخاط بود و از نظر بالینی بدون علامت بود، در لیست تشخیص‌های افتراقی قرار گرفت.

ساله پرداختند که از این نظر، با مطالعه حاضر که بیمار شکایتی از دیسفاژی، درد یا خونریزی از ضایعه را نداشت، متفاوت می باشد. تشخیص‌های افتراقی مطرح شده برای پیوژنیک گرانولوما در این مطالعه شامل ژانیت سل گرانولوما، فیبرومای تحریکی، کاپوسی سارکوما، آنژیو سارکوما، اسکواموس سل کارسینوما و پاپیلوما بود. این مطالعه بیان داشت که در صورت برداشت کامل ضایعه، پیوژنیک گرانولوما، دارای عود نادر می باشد. مطالعه‌ای دیگر به پیوژنیک گرانولوما کام اشاره کرده که به صورت برجسته و لوبوله در کام سخت بوده است.^(۸)

در مطالعه Villamil و همکاران^(۹)، به بیان گزارش عود یک مورد تیروگلووسال سیست که به صورت ندول صورتی رنگ در قاعده زبان کودکی ۵ ساله بود، پرداختند. این ضایعه از نظر بالینی و محل ضایعه، مشابه مطالعه‌ی حاضر در قاعده زبان در نزدیکی فورامن سکوم بود. بعد از سه سال بیمار با شکایت از دیسفاژی، دچار عود در همان ناحیه‌ی قاعده زبان شده بود. برای این بیمار سونوگرافی گردن انجام شد که ساختار کیستیک در قسمت خلفی زبان را تأیید می کرد و بعد از جراحی و بررسی هیستوپاتولوژی، تشخیص کیست تیروگلووسال تأیید شد.

تشخیص‌های افتراقی ذکر شده در مقالات با توجه به نمای ظاهری و تاریخچه و شواهد همراه، شامل ژانیت سل گرانولوما، پیوژنیک گرانولوما، همانژیوما، کاپوسی سارکوما، فیبروآپیتلیال هایپرپلازیا، بازال سل کارسینوما، لیومیوما و متاستاتیک تومورها بود.^(۸)

با توجه به مکان غیرمعمول در مطالعه حاضر و احتمال رخداد ضایعات با نمای مشابه ضایعات التهابی، یکی از تشخیص‌های افتراقی محتمل، تیروگلووسال کیست می باشد. بطور مشابهی در مطالعه Zanoni و همکاران^(۱۰)، به بیان گزارش یک مورد تیروگلووسال کیست در قاعده زبان دختر

با توجه به نمای مشابه ضایعات التهابی با بسیاری از کیست‌ها و تومورهای بافت نرم و اهمیت تشخیص به موقع این ضایعات، دندانپزشکان باید با ضایعات تکاملی، نئوپلاسمی و التهابی ناحیه دهان و سر و گردن آشنا باشند. علاوه بر این اخذ تاریخچه دقیق، آشنایی با تست‌های آزمایشگاهی و بررسی‌های پاراکلینیکی برای کلینیسین‌هایی که با ضایعات دهانی سر و کار دارند، از اهمیت بسزایی برخوردار است.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشکده دندانپزشکی یزد و بیمار مورد مطالعه برای همکاری تشکر می‌کنیم.

با توجه به مکان شایع و نشانه‌های بالینی، تومورهای مزانشیمال (مانند رابدومیوما، نوروما) و گرانولر سل تومور نیز در تشخیص‌های افتراقی در نظر گرفته شد. این مطالعه با بررسی‌هایی که تا زمان ارسال مقاله انجام شده بود، تنها موردی بود که یک ضایعه کاملاً تحریکی در محل معمول کیست تیروگلو سال را گزارش می‌کرد. از طرفی گرچه کیست تیروگلو سال در بین کیستهای دهانی شایع نیست، اما میتواند تنها بافت تیروئیدی بیمار باشد و جراحی بدون بررسی‌های پاراکلینیکی، ممکن است عواقب جبران ناپذیری در پی داشته باشد.

منابع

1. Alaoui ML, Tabbai S, Benkarroum FZ, Chhoul H. Management of a pyogenic granuloma of the tongue: A case report and review of the literature. *Int J Appl Dent Sci* 2019; 5(1): 107-10.
2. Veynachter T, Baudet A, Di Patrizio P, Bisson C, Clément C. Recurrent oral granuloma gravidarum during two pregnancies of a patient with orthodontic treatment: A case report. *Fam Med Prim Care* 2022; 11(7): p 3980-3983
3. Amirchaghmaghi M, Falaki F, Mohtasham N, Mosannen Mozafari P. Extralingival pyogenic granuloma: a case report. *Cases J* 2008; 1: 371.
4. Parajuli R, Maharjan S. Unusual presentation of oral pyogenic granulomas: a review of two cases. *Clin Case Rep* 2018; 6(4): 690-3.
5. Sharma S, Sharma A, Kumar A, Kalhan S, Kaur J. Pyogenic granuloma of tongue: A rare case report. *Asian J Med Sci* 2015; 6(3): 84-6.
6. Rosa G, Cartagena A, La Torre A. Oral pyogenic granuloma diagnosis and treatment: a series of cases. *Rev Mex Med Sci* 2017; 21(4): 244-52.
7. Mohtasham N, Salehinejad J, Ghafarzadegan K, Naseh A, Ghazi N. evaluation of estrogen and progesterone receptor expression in pyogenic granuloma and pregnancy tumor of oral mucosa by immunohistochemistry. *J Mashhad Dent Sch* 2009; 33(1): 63 -8.
8. Bandeira R, Brito T, Domingues J, Câmara J, Pereira J, Conde N. Pyogenic granuloma: Clinical case report. *J Oral Diag* 2019; 4: e20190019.
9. Villamil V, Méndez Aguirre N. Recurrence of thyroglossal cyst: on the tongue. *Pan Afr Med J* 2021; 38: 329.
10. Zanoni M, Battaglia P, Castelnuovo P. Thyroglossal duct cyst at the base of tongue: the emerging role of transoral endoscopic. *J Craniofac Surg* 2018; 29(2): 469-70.
11. Gupta M, Singh S, Gupta M. Lingual thyroglossal duct cyst treated by intraoral Marsupialization. *BMJ Case Rep* 2011; 2011: 1-5.
12. Park MJ, Shin HS, Choi DS, Choi HY, Choi HC, Lee SM, et al. A rare case of thyroglossal duct cyst extending to the sublingual space: A case report. *Medicine* 2020; 99(17).