

- diagnosis and surgical treatment. *Eur J Surg Oncol*. 2000 Apr;26(3):203-8.
8. Evoli A, Lo Monaco M, Marra R, Lino MM, Batocchi AP, Tonali PA. Multiple paraneoplastic diseases associated with thymoma. *Neuromuscul Disord*. 1999 Dec;9(8):60 1-3.
 9. Ago T, Nakamura M, Iwata I, Murai H, Okuma K, Tsuru T, Kaji Y, Hayashida K, Niho Y. Dermatomyositis associated with invasive thymoma. *Intern Med*. 1999 Feb;38(2): 155-9.
 10. Lara PN Jr. Malignant thymoma: current status and future directions. *Cancer Treat Rev*. 2000 Apr;26(2): 127-31.
 11. Wilkins KB, Sheikh E, Green R, Patel M, George S, Takano M, Diener-West M, Welsh J, Howard S, Askin F, Bulkley GB. Clinical and pathologic predictors of survival in patients with thymoma. *Ann Surg*. 1999 Oct;230(4):562-72; discussion 572-4.
 12. Murao S, Yoshinouchi T, Sato M, Ishida T, Takahara J. Silent thyroiditis after excision of a thymoma. *Intern Med*. 1998 Jul;37(7):604-5.
 13. Marx A, Schultz A, Wilisch A, Helmreich M, Nenninger R, Muller-Hermelink HK. Paraneoplastic autoimmunity in thymus tumors. *Dev Immunol*. 1998;6(1-2): 129-40.
 14. Fumeaux Z, Beris P, Borisch B, Sarasin FP, Roosnek E, Dayer JM, Chizzolini C. Complete remission of pure white cell aplasia associated with thymoma, autoimmune thyroiditis and type I diabetes. *Eur J Haematol*. 2003 Mar;70(3): 186-9.
 15. Granel B, Gayet S, Christides C, Serratrice J, Rey J, Disdier P, Weiller PJ. Thymoma and hypogammaglobulinemia. Good's syndrome: apropos of a case and review of the literature. *Rev Med Interne*. 1999 Apr;20(4):347-9.
 16. Christensen PB, Jensen TS, Tsiropoulos I, Sorensen T, Kjaer M, Hojer-Pedersen E, Rasmussen MJ, Lehfeldt E. Mortality and survival in myasthenia gravis: a Danish population based study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1998 Jan;64(1):78-83.
 17. Venuta F, Rendina EA, De Giacomo T, Della Rocca G, Antonini G, Ciccone AM, Ricci C, Coloni GF. Thymectomy for myasthenia gravis: a 27-year experience. *Eur J Cardiothorac Surg*. 1999 May; 15(5):621-4; discussion 624-5.
 18. De Assis JL, Zambon AA, Souza PS, Marchiori PE. Myasthenia gravis and thymoma. Evaluation of 41 patients. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999 Mar;57(I):6- 13.
 19. Rickman OB, Parisi JE, Yu Z, Lennon VA, Vemino S. Fulminant autoimmune cortical encephalitis associated with thymoma treated with plasma exchange. *Mayo Clin Proc*. 2000 Dec;75(12): 1321-6.
 20. Adamek S, Schutzner J, Seidl Z, Smat V, Pit'ha J. Correlation of computer tomography findings with surgical findings in patients with myasthenia gravis. *Rozhl Chir*. 1996 May;75(5):237-9.
 21. - Morgenthaler n, Brown LR, Colby TV, Harper CM Jr, Coles DT. Thymoma. *Mayo Clin Proc*. 1993 Nov;68(11):1110-23.

مرتبط با هم هستند و از راههای رسیدن به تشخیص تایموما نشانه‌های میاستینی گراویس است (۱۶-۱۸). از نکات دیگری که در این بررسی بدست آمد این است که در بیماران تایومایی تنها ۳۳ درصد از روشهای دیگری بجز جراحی در درمانشان سود برده اند (جدول شماره ۴). با توجه به اینکه ۶۴/۱ درصد از بیماران نوع بدخیم بوده و با توجه به کتاب Haskel و مقالات ذکر شده که روشهای درمانی رادیوتراپی و شیمی درمانی کمک بسیاری در جلوگیری از عود تومور دارد، عدم توجه به این مساله می‌تواند بشدت به ضرر بیماران تمام شده و بررسی بیشتری را می‌طلبد (۲۱-۱۹، ۱۷، ۵).

پیشنهادات

با توجه به مشکلات جسمی و روانی که بیماری تایوموما و عوارض همراه و ناشی از آن در بیماران ایجاد می‌کند و با توجه به این مساله که در ایران تاکنون هیچگونه تحقیق جامعی بر روی این تومور صورت نگرفته است و نیز اینکه در بررسی تمامبیماران اتوایمیون احتمال وجود تایوموما بایستی مد نظر قرار گیرد، نیاز به تحقیقات در این زمینه بشدت احساس می‌گردد و امیدوار هستیم که این بررسی زمینه ای برای تحقیقات بیشتر در دانشگاهها باشد تا شاهد کاهش رنج ناشی از این بیماری باشیم.

در زنان $Hgb < 12$ داشتند اما در تمامی موارد بجز دو مورد ذکر شده علت آتمی در آزمایشات اولیه مشخص شده بود. حال این مساله قابل تامل است که با توجه به مطالب کتاب De vita و Haskel ۵ درصد از بیماران تایومایی آپلازی کلبول قرمز دارند و این آمار منطبق با آمار بدست آمده در تحقیق ما می‌باشد (۱، ۲، ۱۴).

در تحقیقی که ما انجام داده‌ایم ۲/۳ درصد (۱ نفر) از بیماران مبتلا به هایپوگلوبولینمیا بود یعنی تمام رده‌های IGM، IgG و IgA در وی پایین بود و با توجه به کتاب Haskel که ذکر کرده ۵-۱۰ درصد بیماران تایومایی هایپوگلوبولینمیا دارند این آمار تا حدودی با آمار بدست آمده در بررسی ما مطابقت دارد (۱، ۲، ۱۵).

از نکات مهمی که قابل ذکر است این مساله می‌باشد که موضوع بررسی ما تظاهرات بالینی تایوموما می‌باشد و در نگاه اول بنظر می‌رسد که با توجه به میزان بالای همراهی با میاستینی گراویس ما تظاهرات بالینی میاستینی گراویس را مورد بررسی قرار داده ایم اما لازم به ذکر است که تایوموما دو دسته تظاهرات دارد: ۱- تظاهرات فشاری که در ۲۳/۳ درصد از بیماران مورد بررسی ما تایوموما با این نشانه‌ها خود را نمایان کرده اند و ۲- تظاهرات بیماریهای پارائوپلاستیک همراه با تایوموما و در حقیقت ناشی از تایوموما که در ۷۶/۷ درصد بیماران مورد بررسی ما تایوموما خود را با این نشانه‌ها نمایان کرده است. همچنین تایوموما و میاستینی گراویس دو بیماری

منابع

1. Rasim Gucalp, Janice Dutcher, Oncology Emergency In: Fauci, Braunwald, Isselbacher. Harrison's principles of internal medicine. Vol. 1 15th ed. Pp: 642-650 McGraw-Hill. 2001.
2. Robert B. Cameron, Patrick J. Loehrer, Charles R. Thomas, Jr. Neoplasm of the mediastinum In: Devita VT, Hellman JS, Rosenberg SA. Cancer principles and practice of oncology. 6th ed. Pp: 1019-27. Lippincott Williams and Wilkins. 2001.
3. John D. Hainsworth, F. Anthony Greco. Mediastinal tumors In: Haskel CM, Berek JS. Cancer treatment. 5th ed. Pp: 652-6. Saunders, Philadelphia. 2001.
4. Robbins SL, Cotran RS, Kumar V. Robbins pathologic basis of disease. 5th ed. 1995.
5. Persico G, MartigneIti A, Imbriani A. Role of surgery in thymic disorders. Ann Med 1999 Oct; 31 Suppl 2: 70-2.
6. Loehrer PJ Sr. Current approaches to the treatment of thymoma. Ann Med. 1999 Oct;31 Suppl2:73-9.
7. Gawrychowski J, Rokicki M, Gabriel A, Lackowska B, Czyzewski D. Thymoma--the usefulness of some prognostic factors for

این مساله با توجه به حجم نمونه کم و عدم کامل بودن بررسیها در بیماران و کامل نبودن پرونده ها قابل توجه است. در بررسی که ما بر روی بیماران مبتلا به تایموما انجام دادیم ۷۶/۷ درصد از بیماران با تظاهرات بالینی و پارائتوپلاستیک میاستنی گراویس مراجعه و ۲۳/۳ درصد با تظاهرات فشاری قفسه سینه مراجعه کرده بودند. (۸، ۹). براساس کتاب De vita ۵۰-۲۰ درصد بیماران مبتلا به تایموما خود را با تظاهرات میاستنی گراویس نشان می دهند. در مطالعه ای دیگر ۴۰٪ بیماران تایمومایی همراه با میاستنی هستند. با توجه به بررسی ما بیمار تایمومایی که بدون علامت باشد رد این تحقیق نبود حال آنکه براساس کتاب Haskell ۴۰-۲۰ درصد از بیماران تایمومایی بدون علامت هستند (۳، ۱۰). این مساله می تواند با توجه به عدم انجام معاینات، آزمایشات و گرافی های Screening مرتب و کلاسه شده در ایران همانند کشورهای دیگر که این آمارها در آنها استخراج شده و عدم مراجعه بموقع بیمار به پزشک ناشی شود. همین امر می تواند درصد بالای تایموماهای علامت دار را در ایران توجیه کند. حال آنکه با توجه به مقالات ذکر شده در همین تحقیق در صورتیکه تایموما در مراحل اولیه تشخیص داده شوند پروگنوز بیمار بسیار بهتر و حتی بیمار درمان پذیر خواهد بود (۱۱).

در بررسی که ما انجام دادیم ۴/۷٪ (۲ نفر) از بیماران مبتلا به هایپرتیروئیدی بودند و این نکته قابل ذکر است که تایموما با تیروئیدیت هاشیموتو و اتوایمیون همراهی دارد (۱۲، ۱۳، ۱۴). ولی با توجه به مطالب موجود در پرونده ها و عدم امکان دسترسی به اطلاعات دقیقتر بررسی این نکته که علت هایپرتیروئیدی در این بیماران چیست امکانپذیر نبود.

همچنین ۴/۷ درصد (۲ نفر) از بیماران با توجه به آزمایشاتشان و مطالب موجود در پرونده ها آتمی غیر قابل توجیه داشتند ولی امکان مشخص کردن اینکه آیا آپلازی گلبول قرمز دارند یا خیر وجود نداشت زیرا در هیچیک از دو بیمار علیرغم کلیه آزمایشاتی که جهت کشف علت آتمی انجام شده بود و بیوپسی و آسپیراسیون مغز استخوان انجام نشده بود. از طرف دیگر در این تحقیق ۳۲/۶ درصد (۱۴ نفر) از بیماران مبتلا به کم خونی بودند یعنی در مردان $Hgb < 13$ و

تظاهرات میاستنی گراویس بوده است (۷۶/۷٪) و شیوع میاستنی براساس کتاب De vita در زنان و مردان میانسال بیشتر است.

از نظر جنسی در تحقیقی که ما انجام دادیم ۶۲/۸ درصد از بیماران مرد و ۳۷/۲ درصد زن بودند. این مساله با کتاب رفرانس De vita که تفاوتی را از نظر جنسی قائل نمی شود تفاوت دارد ولی قابل ذکر است که میانگین سنی در مردان $38/1 \pm 11/5$ سال با میانگین سنی در زنان $36/9 \pm 12/8$ سال تقریباً برابر است. هر چند علت این مساله از جهات کوناگون قابل بررسی است (۲).

جدول شماره ۴- فراوانی روشهای درمانی اتخاذ شده

تعداد	درصد	
۲۹	۶۷	Surgery
۴	۹/۳	Surgery + radiotherapy
۲	۴/۶	Surgery + chemotherapy
۵	۱۱/۶	Surgery + steroidtherapy
۱	۲/۴	Surgery + radiotherapy + chemotherapy
۱	۲/۴	Surgery + steroidtherapy + chemotherapy
۱	۲/۴	Surgery + radiotherapy + steroidtherapy
۴۳	۱۰۰	Total

از نظر پاتولوژی نکته ای که ما بدست آوردیم این بود که در مقایسه سنی بین فراوانی انواع بدخیم و خوش خیم اختلافی وجود نداشت لیکن براساس کتاب De vita تومورهای ستین پایتتر را بدخیم تر ذکر کرده است (۲، ۴).

نکته دیگری که ما بدست آوردیم این بود که اختلافی بین دو جنس مذکر و مونث از نظر بدخیم و خوش خیم بودن وجود نداشت و این مساله مطابق رفرانس De vita می باشد (۱، ۲).

نکته دیگری که در تحقیق ما بدست آمد وجود همراهی تایموما با یک بدخیمی دیگر بود در ۲/۳ درصد از بیماران (۱ نفر) بیمار سابقه ابتلا به سمینوم کلاسیک داشته است و رادیکال اریکتیمی شده است (۳، ۶، ۷). در کتاب Haskell همراهی با بدخیمی های دیگر ۱۵ درصد ذکر شده است و

جدول شماره ۲- فراوانی تظاهرات کلینیکی در بیماران مبتلا به تایوما

شماره	تعداد	درصد	شماره	تعداد	درصد
۱	۲۶	۶۰/۵	۲۰	۱	۲/۳
dysphagia			Blurred vision		
۲	۲۵	۵۸/۱	۲۱	۱	۲/۳
Dysonea			Vertigo		
۳	۲۲	۵۱/۲	۲۲	۱	۲/۳
diplopia			Nausea		
۴	۲۱	۴۸/۸	۲۳	۱	۲/۳
Cough			Exertional dyspnea		
۵	۲۰	۴۶/۵	۲۴	۱	۲/۳
Ptosis			Left arm pain		
۶	۱۶	۳۷/۲	۲۵	۱	۲/۳
Nasal speech			Left hemithorax pain		
۷	۱۵	۳۴/۹	۲۶	۱	۲/۳
Bifacial weakness			Night sweating		
۸	۱۴	۳۳/۳	۲۷	۱	۲/۳
Proximal weakness			Paroxysmal nocturnal dyspnea		
۹	۱۳	۳۰/۲	۲۸	۱	۲/۳
Chest pain			Hemifacial anhidrosis		
۱۰	۱۰	۲۳/۳	۲۹	۱	۲/۳
Weakness			Hand anhidrosis		
۱۱	۹	۲۱/۴	۳۰	۱	۲/۳
Nasal regurgitation			Hypertension crisis		
۱۲	۸	۱۸/۶	۳۱	۱	۲/۳
Weight loss			Clubbing		
۱۳	۷	۱۶/۳	۳۲	۱	۲/۳
Neck flexor weakness			Sphincteral disorder		
۱۴	۵	۱۱/۶	۳۳	۱	۲/۳
hoarseness			Svc syndrome		
۱۵	۴	۹/۳	۳۴	۱	۲/۳
Hemoptysis			Low back pain		
۱۶	۴	۹/۳	۳۵	۱	۲/۳
dysarteria			Sup. Ant. Right hemithorax pain		
۱۷	۴	۹/۳	۳۶	۱	۲/۳
Retrosternal pain			Left diaphragm hemiplegia		
۱۸	۲	۴/۷	۳۷	۱	۲/۳
No gag reflex			Nystagmus		
۱۹	۲	۴/۷	۳۸		
Back pain					

بحث

در تحقیقی که ما بر روی ۴۳ بیمار مبتلا به تایوما که در بین سالهای ۱۳۷۹-۱۳۵۰ به بیمارستان شریعتی مراجعه کردند انجام دادیم بیشتر افراد زیر ۴۰ سال سن داشتند (۶۷/۴ درصد). در واقع بیشترین تعداد یعنی ۲۹ نفر زیر ۴۰ سال قرار داشتند. متوسط سن بیماران مراجعه کننده $11/93 \pm 37/7$ سال بود که این یافته‌ها با آنچه در کتاب رفرانس Haskel ذکر شده است و شیوع بیشتر بیماری را در دهه های ۶ و ۵ ذکر می‌کند مطابقت ندارد (۱،۲،۳). علت این امر می‌تواند به این دلیل باشد که علت مراجعه در اکثر بیماران مورد مطالعه ما

جدول شماره ۳- فراوانی تظاهرات پارانتویلاستیک در بیماران مبتلا به

تایوما

تعداد	درصد	تایوما
۱۰	۲۳/۳	No Paraneoplastic syn
۲۷	۶۲/۸	Myasthenia Gravis (MG)
۲	۴/۷	Anemia
۲	۴/۷	MG + Hyperthyroidism
۱	۲/۳	MG + Anemia
۱	۲/۳	MG + Anemia + Hypoglobulinemia

جراحی + رادیوتراپی و ۴/۶ درصد (۲ نفر) از بیماران تحت عمل جراحی + شیمی درمانی قرار گرفته اند. سایر درمانها در جدول شماره ۴ نشان داده شده است.

از نظر تظاهرات پاراکلینیکی کمترین میزان گلبول سفید ۳۰۰۰ در میکرولیتر بوده و بیشترین آن ۱۳۰۰۰ در میکرولیتر و انحراف معیار آن ۳۰۵۴ گلبول در میکرولیتر بوده است.

کمترین میزان گلبول قرمز ۲/۸ میلیون در میکرولیتر بوده و بیشترین میزان آن ۷/۸ میلیون در میکرولیتر بوده است. میانگین آن ۷/۶ میلیون در میکرولیتر و انحراف معیار آن ۰/۹۷ میلیون گلبول در میکرولیتر است.

کمترین میزان هموگلوبین ۸ و بیشترین آن ۱۶/۷ گرم در دسی لیتر بوده و میانگین ۱۲/۷ و انحراف معیار ۲ گرم در دسی لیتر بوده است.

کمترین میزان پلاکت ۷۰۰۰۰ و بیشترین آن ۴۵۰۰۰۰ در میکرولیتر بوده و میانگین آن ۲۰۷۰۰۰ با انحراف معیار ۹۹۰۰۰ در میکرولیتر بوده است.

۲۰/۹ درصد (۹ نفر) لکوپنی، ۵۸/۱ درصد (۲۵ نفر) تعداد لکوسیت نرمال و ۲۰/۹ درصد (۹ نفر) لکوسیتوز داشتند. ۶۷/۴ درصد (۲۹ نفر) هموگلوبین نرمال و ۳۲/۶ درصد (۱۴ نفر) آنمی داشتند.

۷۲/۱ درصد (۳۱ نفر) Tensilon test مثبت داشتند.

در ۲/۳ (۱ نفر) از بیماران در گرافی قفسه سینه انجام شده دانسیته Opaque در قفسه سینه مشخص شده بود لیکن در بیوپسی انجام شده تشخیص داده نشده و در نهایت با درگیری ندول سوپراکلاویکولار و بیوپسی از آن تشخیص تایموما گذاشته می شود و پس از قریب به یکسال بیمار تحت عمل جراحی قرار می گیرد.

در ۲/۳ درصد (۱ نفر) از بیماران، بیمار با تظاهر درد قفسه صدری مراجعه کرده بود و بیمار با تشخیصهای Peptic ulcer و بیماری قلبی به مدت ۲ سال داروهای مختلف دریافت می کرده، در نهایت پس از یک بررسی دقیقتر تایموما با Stage بالا برای بیمار مطرح می گردد.

در ۲/۳ درصد (۱ نفر) از بیماران، بیمار سابقه ابتلا به سمینوم کلاسیک داشته است و رادیکال ارکیکتومی سمت چپ شده است (جدول ۳ و ۲).

درصد (۷ نفر) Malignant lymphoepithelial thymoma داشتند، ۱۸/۶ درصد (۸ نفر) Benign lymphocytic epithelial Benign thymoma داشتند، ۴/۷ درصد (۲ نفر) Benign thymoma داشتند، ۱۱/۶ درصد (۵ نفر) Benign lymphoepithelial thymoma داشتند.

در مردان مورد بررسی مبتلا به تایموما، در (۷۰/۴٪) موارد پاتولوژی بدخیم و در ۸ نفر (۲۰/۶٪) پاتولوژی خوش خیم بوده است. در زنان مورد بررسی مبتلا به تیموما، در ۱۱ نفر (۶۸/۸٪) پاتولوژی بدخیم و در ۵ نفر (۳۱/۳٪) پاتولوژی خوش خیم گزارش شده است. این دادهها با آزمون آماری Chi-square مورد تجزیه و تحلیل واقع شدند که اختلاف معنی داری بین دو جنس در خوش خیم یا بدخیم بودن تیموما دیده نشد. (value=0.911 chi=0.13, df=1, p-)

از نظر تهاجم ۳۴/۹ درصد (۱۵ نفر) متاستاز نداشتند. نواحی درگیر در بیمارانی که متاستاز داشتند و آمار مربوطه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. ۹/۳ درصد (۴ نفر) دارای درگیری لنف نود ناحیه ای، ۱۴ درصد (۶ نفر) دارای درگیری ریه چپ، ۵۵/۸ درصد (۲۴ نفر) دارای درگیری پلور چپ، ۳۴/۹ درصد (۱۵ نفر) دارای درگیری پریکاردیوم، ۷ درصد (۳ نفر) درگیری آنورت، ۴/۷ درصد (۲ نفر) دارای درگیری chest wall، ۲/۳ درصد (۱ نفر) دارای درگیری عصب فرنیک، ۲/۳ درصد (۱ نفر) درگیری قاعده قلب، ۲/۳ درصد (۱ نفر) دارای درگیری شریان سابکلوین و ۲/۳ درصد (۱ نفر) دارای درگیری عروق گردنی و مدیاستینال بودند. تظاهرات بالینی بیماران مورد مطالعه در جدول ۲ نمایش داده شده است. بیشترین این تظاهرات عبارتند از: دیسفاژی (۶۰/۵ درصد)، دیسپنه (۵۸/۱ درصد)، دویمینی (۵۱/۲ درصد) و سرفه (۴۸/۸ درصد).

بیشترین تظاهر پارائتوپلاستیک بیماران، میاستنی گراویس ۶۲/۸ درصد (۲۷ نفر) بود. سایر تظاهرات پارائتوپلاستیک بیماران در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. ۲۳/۳ درصد (۱۰ نفر) از بیماران هیچ گونه تظاهر پارائتوپلاستیک را نشان نداده بود.

از نظر درمان اتخاذ شده ۶۷ درصد (۲۹ نفر) از بیماران تحت عمل جراحی، ۹/۳ درصد (۴ نفر) از بیماران تحت عمل

یافته ها

میانگین سنی ۴۳ بیمار مورد مطالعه ۳۷/۷ سال (۱۳ تا ۶۳ سال) بود. ۶۲/۸ درصد (۲۷ نفر) از بیماران مرد و ۳۷/۲ درصد (۱۶ نفر) زن بودند.

مقایسه میانگین سنی بیماران در بین زنان و مردان با استفاده از آزمون آماری Student t-test انجام شد، که اختلاف معنی داری بین زنان و مردان در سن ابتلا وجود نداشت ($t=0.501$, $df=40$, $p\text{-value}=0.619$).

در ۳۲/۶ درصد (۱۴ نفر) از بیماران تومور در superior anterior mediastinum قرار داشت، در ۷ درصد (۳ نفر) از بیماران تومور در posterior mediastinum قرار داشت و در ۶۰ درصد (۲۶ نفر) از بیماران تومور در mediastinum بدون مشخص کردن Specified location قرار داشت (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- فراوانی درگیری بافت‌های اطراف و تهاجم تومور

تعداد	درصد	
۱۵	۳۴/۹	No Metastasis
۷	۱۶/۳	Left Pleura
۱	۲/۳	Pericardium
۱	۲/۳	Chest Wall
۱	۲/۳	Regional & Supraclavicular Lymph Nodes
۹	۲۰/۹	Left Pleura + pericardium
۱	۲/۳	Left Lung + Left Pleura
۱	۲/۳	Left Pleura + Aorta
۱	۲/۳	Left Lung + Aortic arch
۱	۲/۳	Left Pleura + Pericardium + Veins
۱	۲/۳	Left Pleura + Left Lung + Pericardium
۲	۴/۷	Regional lymph node + Left Pleura + Pericardium + Lung
۱	۲/۳	Regional lymph node + Left Lung + Left Pleura + Phrenic
۱	۲/۳	Pleura + Heart + Pericardium + Aorta + Chest Wall
۴۳	۱۰۰/۰	Total

از نظر پاتولوژی تومور ۲۷/۹ درصد (۱۲ نفر) Malignant lymphocytic thymoma داشتند، ۲۰/۹ درصد (۹ نفر) Malignant epithelial thymoma داشتند، ۱۶/۲

بین تایموما و تظاهرات بالینی و پارائتوپلاستیک بیماری از لحاظ آماری جنبه های قابل ملاحظه ای وجود دارد ارتباط بین وجود تایموما و بیماریهایی از قبیل میاستنی گراویس، هیپوگاماگلوبولینمیا و آپلازی گلبولهای قرمز با توجه به آمار اثبات شده است. از طرفی وجود تایموما بر سیر بیماریهای ناشی از آن و یا همراه آن تاثیر گذار است و در نحوه انتخاب درمان بر بیمار در خور توجه بسیار است (۱-۳). همچنین این مساله قابل ذکر است که صرفاً در درمان بیماری میاستنی گراویس به احتمال وجود تایموما توجه می شود و در سایر بیماریهای یاد شده بررسی بیماران مراجعه کننده از جهت وجود تایموما بسیار بندرت صورت می گیرد. از طرفی این مساله قابل توجه است که در کشور ایران تاکنون هیچگونه بررسی جامعی ر روی تظاهرات بالینی و پارائتوپلاستیک تایموما و سیر این بیماری صورت نگرفته است. لذا دانستن آماری دقیق که بتواند جامعیت قابل قبولی داشته باشد چه از نظر سیر و پیش بینی بیماری تایموما و چه از نظر شناخت جنبه های گوناگون بیماری در ایران می تواند هم به عنوان پایه ای برای مطالعات بعدی و هم پایه ای برای تشخیص و درمان تایموما مؤثر واقع گردد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع بررسی موارد (Case series) می باشد. پس از بررسی منابع و جمع آوری اطلاعات اولیه و تهیه برنامه پرسشنامه ای بر مبنای اهداف تهیه شد. سپس در حدود ۱۲۰۰۰۰ پرونده پاتولوژی موجود در بخش باپگانی بخش پاتولوژی بیمارستان شریعتی مورد بررسی قرار گرفت و کلیه موارد مبتلا به تایموما که مشتمل بر ۴۳ نفر می شدند (طبی سالهای ۱۳۷۹-۱۳۵۰) جمع آوری شد. پس از آن اطلاعات موجود در پرونده‌ها مورد بررسی قرار گرفت و پرسشنامه‌هایی تهیه و تکمیل گردید.

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۱ و با تست‌های آماری مربوطه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

تظاهرات کلینیکی و پارائتوپلاستیک تایموما

بیمارستان شریعتی، ۵۰ - ۱۳۷۹

دکتر علی خداپنده (فوق تخصص)، دکتر احمدرضا شمشیری (دستیار اپیدمیولوژی)، دکتر حسین فرودمنش (پزشک عمومی) مرکز تحقیقات هماتولوژی-انکولوژی و پیوند مغز استخوان، بیمارستان دکتر شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

مقدمه: بیماری ناشایع تایموما با تظاهرات بالینی و پارائتوپلاستیک خود از لحاظ آماری جنبه های قابل ملاحظه ای دارد و ارتباط بین وجود تایموما و بیماریهای از قبیل میاستنی گراویس، هیپوگاماگلوبولینمیا و آپلازی گلبولهای قرمز اثبات شده است. از طرفی وجود تایموما بر سیر بیماریهای ناشی از آن و یا همراه آن تأثیر داشته و در انتخاب درمان و تأثیر درمان موثر است.

مواد و روشها: این مطالعه از نوع Case series می باشد. از حدود ۱۲۰۰۰۰ پرونده در بخش پاتولوژی بیمارستان شریعتی ۴۳ مورد تایموما از سال ۱۳۷۹ - ۱۳۵۰ جمع آوری و اطلاعات آنها مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: میانگین سنی ۴۳ بیمار ۳۷/۷ سال بود در حالیکه منابع پزشکی شیوع بیماری را در دهه های ۶ و ۵ ذکر می کنند. ۶۲/۸ درصد از بیماران مرد و ۳۷/۲ درصد زن بودند. عمده نواحی درگیری عبارت بودند از پلور چپ (۵۵/۸٪)، پریکاردیوم (۳۴/۹٪) و ریه چپ (۱۴٪). شایعترین نشانه های بالینی عبارتند از دیسفاژی (۶۰/۵٪)، ریسپنه (۵۸/۱٪)، دوبینی (۵۱/۲٪) و سرفه (۴۸/۸٪). بیشترین تظاهر پارائتوپلاستیک بیماران، میاستنی گراویس ۶۲/۸ درصد (۲۷ نفر) بود. ۲ نفر از بیماران مبتلا به هایپرتیروئیدی بودند. همچنین ۲ نفر از بیماران با توجه به مندرجات پرونده شان آنتی غیر قابل توجهی داشتند. ۲۳/۳ درصد (۱۰ نفر) از بیماران هیچ گونه تظاهر پارائتوپلاستیک نداشتند.

نتیجه گیری و توصیه ها: در بررسی تمام بیماران اتوایمیون احتمال وجود تایموما بایستی مد نظر قرار گیرد.

کلمات کلیدی: تایموما، میاستنی گراویس، هیپوگاماگلوبولینمیا، آپلازی گلبولهای قرمز

مقدمه

بیماری تایموما بیماری ناشایعی است که در حدود ۳۱ درصد تومورهای اولیه مدیاستن را در بزرگسالان تشکیل می دهد و از جهات سلامت جسم بسیار تأثیرگذار است.

تیموس یک بافت لنفاوی است که بطور کامل شناخته شده نیست و در تکامل T-Cell شرکت دارد. تیموس از یک بافت اپیتلیالی و یک بافت لنفوسیتی تشکیل شده است. هرچند لنفوما، تومور کارسینوئید و تومور ژرم سل امکان ایجاد از تیموس را دارند لکن صرفاً تایموما از خود بافت حقیقی تیموس ایجاد می گردد (۱).