

# THYMOLIPOMA gyermekkorban

*Dr. Gács Éva*

*Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Budapest*

## BEVEZETÉS

A csecsemőmirigy tumorai izgalmas területet jelentenek több szakma képviselői számára: sokszínű megjelenésük, ritkaságuk, szövettani sokféleségük mellett autoimmun betegségekkel való társulásukra is számítani kell. Ismertetett esetünkben a thymomák gyermekkorban különösen ritka, jóindulatú formáját mutatjuk be.

## ESETISMERTETÉS

Az allergiás asztmás, gyenge együttműködésű serdülő korábbi anamnézisében 2 hónapos korban intenzív osztályos kezelést igénylő, RSV negatív bronchiolitis, pneumonia szerepel, azt követően infekciók során észlelt nehezített légzés miatt 10 éves kortól állt volna ellenőrzés alatt. Ebben eleinte hosszú szünetek voltak, 13 éves korában drogprevenció otthonba került, akkor váltak rendszeressé a vizsgálatok. Nehézlégzése sűrűn volt, dohányzott. 2 hónappal az otthonba kerülés után köhögés miatt vizsgálta az otthon orvosa, a tüdő felett gyengült légzést, megnyúlt exspiriumot hallott, tompulatót kopogtatott, ezért mellkasröntgent kért. A felvételen a bal rekeszfél nem volt differenciálható, a VIII. borda hátsó ívéig érő homogén transzparencia-csökkenés volt látható (1. kép). A röntgenlelet ismeretében háziorvosa makrolid terápiát javasolt, amelyet

– mivel a rendelést aznap már nem érték el – sürgősségi ambulanciánkon szerettek volna felírni. Tekintettel arra, hogy a láztalan, negatív laboreredményekkel rendelkező serdülő mellkasi röntgenfelvétele térfoglaló folyamat gyanúját vetette fel, további vizsgálatok elvégzésére került sor.

Mellkas CT során a bal mellkasfal basalis részén nagy kiterjedésű, enyhén térfoglaló hatású, vegyes szerkezetű terime ábrázolódt (2. kép). A döntően zsírkomponenst tartalmazó elváltozás szokatlan morfológiája mellett is elsősorban thymolipoma valószínűségét vetette fel. A ben-



**1. kép:** Mellkasi röntgenfelvétel: a bal rekeszfél nem differenciálható, a VIII. borda hátsó ívéig érő homogén transzparencia-csökkenés

ne futó drenáló vénának megfelelő képletek jól követhetők voltak cranialis irányban a thymus régió felé, részben az elváltozással keskenyen érintkező, egyébként az életkornak megfelelő normális szerkezetű thymus állományába.

A differenciáldiagnózisban a vegyes szerkezet miatt teratoma vagy esetleges liposarcoma/lipoblastoma lehetősége is felmerült. Az elváltozás a nagy méret mellett is csak a tüdőre gyakorolt enyhe compressio hatású, a mediastinalis képletek nem voltak komprimáltak (dr. Balázs György).

A tumor eltávolítására az I. sz. Gyermekklinikán került sor. Az elváltozás intraoperatívan is thymusból kiinduló tokos, „zsírdaganatnak” tűnt, melyet thorascopppal a thymusnál az épből haladva *in toto* tudták kiirtani (dr. Kálman Attila).

Tekintettel a jóindulatú elváltozást vélelmező prae- és intraoperatív leletre, a könnyebb posztoperatív szak érdekében a tumor zsákba helyezését és a seb kiizolálását követően a hatalmas elváltozást a lehető legkisebb (7-8 cm-es) thoracotomián keresztül, darabokban távolították el. (A tumor a mérete miatt egyben még a sternumtól a gerincig terjedő thoracotomián keresztül is bizonytalanul lett volna eltávolítható.)

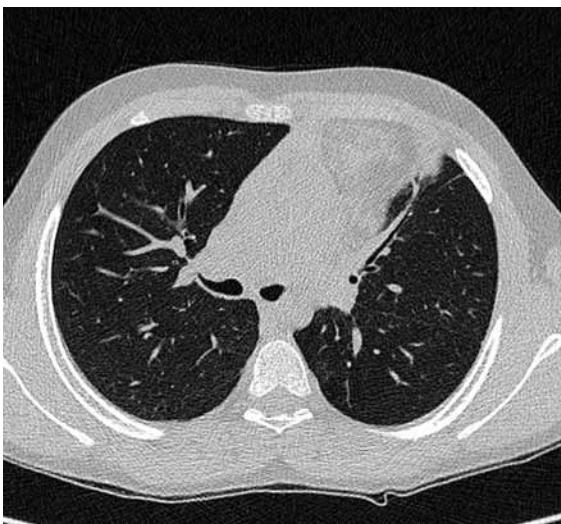
Mikroszkóp alatt a szövetfragmentumokból készített kimetszésekben részben érett zsír-

szövet, részben szabályos thymusállomány keveredése volt azonosítható. A zsírszövet döntően szabályos megjelenésű, helyenként ugyanakkor degeneratív jelek voltak láthatók lipoblastszerű sejtekkel. A thymusállomány kéregre és velőre volt osztható, Hassal-testek jelen voltak. Malignitásra utaló jel nem volt. A tumor a szövettani vizsgálat alapján megfelelt thymolipomának (dr. Somorác Áron).

Zavartalan posztoperatív szakot követően azóta 3 havonta jár ellenőrzésre, asztmája kombinált antiasztmatikus kezelés mellett részlegesen kontrollált, együttműködése gondozó orvosa szerint továbbra is változó.

## MEGBESZÉLÉS

A csecsemőmirigy daganatainak egyre újabb és részletesebb szövettani osztályozásai látnak napvilágot, a hosszú távú prognózis megítélésére azonban ezeket kevésbé tartják alkalmazhatónak. Gyakorlati szempontból ezért célszerűbb a daganat viselkedése szerint invazív és nem-invazív fajtákat elkülöníteni. A szövettani sokszínűség mindkét típusra jellemző, a jóindulatúakon belül többek között lipoma, chondroid lipoma, angioliipoma, thymolipoma, angiomyoliipoma, adrenális myelolipoma ismert. A klinikai képet különösen változatosá teszi, hogy felnőttkorban több mint 30 betegség



**2. kép:** Mellkas CT: a bal mellkasfal basalis részén nagy kiterjedésű, enyhén térfoglaló hatású, vegyes szerkezetű terime

lehet összefüggésben a thymus tumoraival, leggyakrabban myasthenia gravis, aplasticus anaemia, hypogammaglobulinaemia, szisztémás lupus erythematosus (SLE) és rheumatoid arthritis fordul elő. Gyermekkorban társbetegségek előfordulása nem jellemző.

A thymolipoma az elülső mediastinum ritka, lassan növekvő jóindulatú tumora, a thymus tumorainak 5 százalékát teszi ki. Ezen belül fiatal felnőttkorban fordul elő leggyakrabban, gyermekkorban igen ritka. Első esetét 1960-ban közzölték, az eddig ismertetett legfiatalabb gyermek 2 hónapos volt.

Szövettanilag a thymolipoma érett zsírszövet és thymus szövet változatos arányából tevődik össze. Pontos keletkezése nem ismert, lehetséges, hogy „valódi” thymus tumorról van szó, de lehetséges, hogy a medi-astinalis zsírszövet hyperplasiája vagy daganatos elfajulása növi körül a thymus szövetet.

Bár a thymolipoma növekedése lassú, a diagnózis időpontjára már tekintélyes méreteket ölthet. A betegek 30–50 százaléka tünetmentes, 50–70 százalékban a lehetséges tünetek nem specifikusak: nehézlégzés, köhögés, mellkasi fájdalom, rekedtség fordulhat elő. A panaszmentes esetek többnyire egyéb ok miatt végzett mellkasröntgen során derülnek ki. A felvételen látott nagy, éles határokkal bíró, alacsony denzitású képlet a betegek 40 százalékában megnagyobbodott szívárnyék benyomását is keltheti. A diagnózist CT vagy MR vizsgálat során lehet megállapítani, így válik felismerhetővé a zsírt tartalmazó lágyszövet. Bár az elváltozás benignus természetű, tekintve, hogy hosszú távú viselkedését nem ismerjük, sebészi eltávolítás – főleg gyermekkorban – a

tünetmentes esetekben is javasolt. Recidiváról nem számoltak be a szakirodalomban. A felfedezéskor már jelentős méretű thymolipoma eltávolítása nem könnyű feladat, de található közlés thoracoscopos minimálisan invazív műtéttel sikeresen gyógyított esetekről is.

## ÖSSZEFOGLALÁS

Az eset több szempontból tanulságos:

- régóta gondozott gyermeknél is „becsúszhat” újabb betegség;
- a mellkasfelvételen leírt elváltozást a klinikai tünetekkel, laboreredményekkel együtt kell értékelni (nem minden nagy árnyék pleuropneumonia);
- a CT felvétel alapos elemzése tette lehetővé, hogy a tumor eltávolítása kevésbé invazív módon, a lehető legkisebb thoracotomián keresztül történjen. ■

## IRODALOM

1. Miranda A, Marques J, Ferreira J, et al. Persistent radiologic thoracic hypotransparency: A case report and review of the literature. *Arch Pediatr* 2018; 25(8): 489-492.
2. Suster S. Diagnosis of thymoma. *J Clin Pathol* 2006; 59: 1238-1244.
3. Müller-Hermelink HK, Marx A. Thymoma. *Curr Opin Oncol* 2000; 12(5): 426-433.
4. Furukawa T, Sakai K, Higashi M, et al. Thoracoscopic resection for mediastinal thymolipoma in a child. *Asian J Endosc Surg* 2019; 12(2): 218-221.
5. Sharma R, Izhar M. Thymolipoma. <https://radiopaedia.org/articles/thymolipoma>
6. Liang X, Lovell MA, Capocelli KE, et al. Thymoma in children: report of 2 cases and review of the literature. *Pediatr Dev Pathol* 2010; 13(3): 202-208.