

بررسی رتروسپکتیو ۱۲۰ مورد تیروئیدکتومی از بیمارستان

قائم و امید مشهد

دکتر مسعود نقیب‌زاده - دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان خراسان

دکتر سیما کدخدایان - استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان خراسان

مقدمه :

تومورهای تیروئید یکی از تومورهای شایع انسان بخصوص خانمها است . ۷-۲ درصد افراد جامعه ندول تیروئید دارند که از این تعداد ۴-۳/۵ درصد بدخیم هستند (۱۰). انسیدانس ندول تیروئید در خانمها ۴-۳ برابر مردان ولی انسیدانس بدخیمی ندول تیروئید در مردان ۲ برابر خانمها است (۷). نظر به اهمیت تشخیص بموقع و درمان صحیح برای طول عمر بیشتر بیماران، پرونده ۱۲۰ بیمار تیروئیدکتومی شده از نظر علائم کلینیکی ، سن ، جنس ، نوع هیستولوژی ، نتیجه FNA و اسکن رادیوایزوتوپ ، نوع جراحی تیروئید و تشریح لنفاوی گردن و عوارض حاصل از جراحی بررسی شده‌اند.

انتخاب بیماران برای جراحی تیروئید در بخش‌های گوش و گلو و بینی بیمارستان قائم و جراحی سر و گردن در بیمارستان امید مشهد (مرکز سرطان خراسان) بیشتر از مواردی بوده‌است که یا علائم واضحی از بدخیمی تیروئید مانند چسبندگی تومور بدعمق، رشد سریع، چسبندگی به پوست، ابتلاء تومورال پوست، کلسیفیکاسیون داخل تومور (پسامومابادی)، تومور تیروئید همراه با آدنوپاتی گردن و یا سابقه رادیوتراپی قبلی داشتند و یا بیماران با گواتر مولتی ندولری که افزایش حجم زیاد و فشار آن روی تراشه ایجاد مشکل تنفسی نموده بودند و جراحی برای ندولهای تیروئید که فرم‌های شایعتر و اولیه تومورهای آن هستند در این بخش‌ها کمتر بوده‌است. در این گروه، این بیماری در جنس مؤنث بیشتر بوده علائم شایع، توده گردن و اختلال تنفسی و شایعترین تومور بدخیم، پاپیلری کارسینومای تیروئید بوده‌است .

روشن کار و گزارش موارد :

پرونده ۱۲۰ بیمار تیروئیدکتومی شده در بخش گوش و گلو و بینی بیمارستان قائم از سال ۱۳۵۸ لغایت ۱۳۷۲ و بیمارستان امید از سال ۱۳۶۸ لغایت ۱۳۷۲ مورد مطالعه قرار گرفته است.

توده گردن شایعترین علت مراجعه بیماران بوده است. از تعداد ۱۲۰ بیمار، ۸۰ نفر (۶۸/۳٪) با توده گردنی مراجعه نموده‌اند، و اختلال تنفسی و علائم حنجره‌ای در ۲۱ بیمار (۱۷/۵٪) دومین علت مراجعه بیماران بوده است. دیسفاژی، هموپتیزی، توده گردن با زخم پوستی و اوتالژی از علائم نادرتر بوده‌اند. نمودار شماره ۱ نوع و انسیدانس علت مراجعه بیماران را نشان می‌دهد.

از ۱۲۰ بیمار ۹۰ نفر مؤنث (۷۵٪) و ۳۰ نفر مذکر بوده‌اند که این بیانگر شیوع بیشتر ضایعات تومورال تیروئید در خانمها است.

نمودار شماره ۲ شیوع جنس را مشخص می‌کند.

کم‌سن‌ترین بیمار پسر بچه‌ای ۹ ساله با پاپیلری کارسینومای تیروئید، سن‌ترین آنها خانمی ۷۱ ساله با آناپلاستیک کارسینومای تیروئید بوده‌اند، و بیماری در دهه چهارم و پنجم شیوع بیشتری داشته است که در نمودار شماره ۳ مشخص شده است.

قبل از جراحی برای ۸۲ بیمار اسکن رادیوایزوتوپ با تکنیسیم ۹۹ انجام شد، که از این تعداد ۵۸ بیمار (۷۰/۷٪) ندول سرد تیروئید داشته‌اند.

نمودار شماره ۴ بقیه موارد و نسبت درصد را مشخص کرده است.

از ۵۸ بیماری که اسکن رادیوایزوتوپ با جواب ندول سرد داشته پاسخ آسیب‌شناسی ۳۴ مورد (۵۸/۶٪) بعد از عمل بدخیم بوده است.

در نمودار شماره ۵ مقایسه نتیجه اسکن با پاسخ آسیب‌شناسی آمده است.

از تعداد ۱۱ مورد بزرگی یکتواخت تیروئید، نتیجه آسیب‌شناسی بعد از عمل در ۸ مورد خوش خیم و در ۳ مورد بدخیم بود و ۶ مورد ندول گرم جراحی شده، همگی خوش خیم گزارش شده‌اند.

هرچند در حال حاضر توجه زیادی به نتیجه FNA قبل از جراحی تیروئید صورت می‌گیرد، پاسخ ۲۳ مورد FNA در پرونده بیماران سالهای گذشته موجود بود که نتیجه آن در نمودار شماره ۶ مشخص شده است.

در گروه مورد مطالعه، FNA فقط برای بیماران با ندول تیروئید مشکوک به بدخیمی انجام شد و در تعداد زیادی از موارد که در زمان بستری علائم واضحی از بدخیمی را داشتند، مانند عکس شماره ۱، که با سابقه پاپیلر کارسینومای تیروئید با عود موضعی و متاستاز لنفاوی گردن بعد از جراحی در استان سیستان و بلوچستان به ما مراجعه کرد. عکس شماره ۲ که بعد از عمل را نشان می‌دهد بیمار مشابه دیگری است که با



بعد از نونال تیروئیدکتومی و حذف پوست گردن ناشی از ابتلاء
متاستاتیک به غده تیغوی و ترمیم با قلم پوستی

عکس شماره ۲



بیماری با گواتر موثری ندولر حجیم و تنگ نفس

عکس شماره ۳

ابتلاء وسیع پوست گردن مراجعه کرده بود. عکس
شماره ۳، که بعثت حجیم زیاد گواتر موثری ندولر و
اختلال تنفسی حاصل از فشار تو موثر بر تراشه برای
جراحی پذیرفته شد و موارد منعده مشابه FNA
صورت نگرفته و نوع جراحی بر مبنای پاسخ بیوپسی
از زخم قبلی و یا فروزن سکشن حین جراحی تعیین
شده است. لازم به یادآوری است که اگر FNA توسط
انجام دهنده ماهر و آسیب شناس با حوصسه انجام و
مطالعه شود راهنمای بسیار خوبی برای تعیین روش
درمانی و پی گیری ندولهای تیروئید است و بایستی
بیشتر مورد استفاده قرار گیرد.



عوده با پیلور کازیموهای تیروئید در موضع و غده تیغوی گردن

عکس شماره ۱



تومور بدخیم تیروئید با ابتلا پوست کلاویکول

عکس شماره ۴



توتال تیروئیدکتومی، حذف پوست و قسمت متلا از کلاویکول و شرح لغای گردن

عکس شماره ۵

مقایسه نتیجه آسیب شناسی بعد از عمل با FNA. حاکی از این است که از ۱۰ بیماری که نتیجه FNA منفی داشتند، ۶ مورد جواب آسیب شناسی بعد از عمل بدخیم و ۴ مورد خوش خیم بوده اند. از ۸ مورد FNA مشکوک در ۴ مورد جواب منفی و در ۴ مورد پاسخ بدخیم بوده است و در ۵ مورد FNA مثبت، جواب بعد از جراحی همگی بدخیم گزارش شده است. از ۱۲۰ پرونده مطالعه شده جواب آسیب شناسی در ۱۰۲ پاسخ، ۶۰ مورد بدخیم (۵۸/۵٪) و ۴۲ مورد (۴۱/۵٪) خوش خیم بوده است.

شیوع ۵۸٪ بدخیمی در موارد تیروئیدکتومی بخش ما بعثت توجه بیشتر به ضایعات بدخیم این عضو و معرفی بیماران با علائم حنجره ای بدخیمی توسط همکاران جراح بوده است. مانند عکس شماره ۴ بیماری با تومور تیروئید و ابتلا پوست و کلاویکول و عکس شماره ۵ که بعد از حذف تومور و تشریح لغای گردن است.

پاپیلری کارسینوما شایعترین تومور بدخیم تیروئید و ۷۰٪ موارد بدخیمی را شامل شده است. شیوع و انسیدانس بقیه انواع تومورهای بدخیم در نمودار شماره ۷ مشخص شده است.

بعثت ارجاعی بودن بخش مذکور و مراجعه بیماران پیشرفته از واحدهای دیگر آمار بدخیمی بیش از حد مورد انتظار آمارهای کلاسیک می باشد که دور از انتظار نیست.

مورد آرتنویذکتومی و ۲ مورد تراکتوستومی انجام گرفته است.

در تمام موارد عوارض بعد از جراحی بررسی شده است. در این گروه ۱۵ مورد (۱۲/۵٪) هیپوکلسمی بعد از عمل داشتند که همگی در موارد توتال تیروئیدکتومی بوده است و با جایگزینی کلسیم کنترل شدند، و در ۱۲ بیمار فلج یکطرفه و کال کورد (۱۰٪) گزارش شده است. دو عارضه ایجاد شده در بیماران همراه با بدخیمی تیروئید بوده است و در تیروئیدکتومی های خوش خیم عارضه وجود نداشته است.

از ۴۲ بیمار با تومور خوش خیم تیروئید، انواع ضایعات و انسیدانس آنها در نمودار شماره ۸ آمده است.

مجموع انواع جراحی های انجام شده Subtotal تیروئیدکتومی ۲۴ مورد (۲۰/۳٪) و Total تیروئیدکتومی همراه N.D (تشریح لنفاوی گردن) ۲۰ بیمار (۱۷/۶٪) و بقیه اعمال جراحی برابر نمودار شماره ۹، می باشد.

از ۱۲۰ مورد جراحی تیروئید علاوه بر انواع ذکر شده در نمودار شماره ۹، در حین جراحی بعلت ضرورت و ابتلاء تومورال، برای یک بیمار پیوند شریان براکیال به کاروتید اصلی، یک مورد دیسکسیون مدیاستن، ۳۰

جدول شماره ۱ عوارض جراحی را نشان می دهد.

عوارض حاصل از ۱۲۰ مورد تیروئیدکتومی	تعداد	نسبت درصد
هیپوکلسمی	۱۵	۱۲/۵
پارالیزی و کال کورد یکطرف	۱۲	۱۰

بحث:

عضو هستند. هرچند توده گردن، شایعترین یافته کلینیکی تومورهای تیروئید است ولی گاهی تومورها با علائم نادر تظاهر می کنند. واتوپسی های جدید نشان داده است که بدخیمی در ندول سرد تیروئید در جوانها افزایش یافته است (۸). انسیدانس بدخیمی در ندول سرد و منفرد تیروئید حدود ۲۰٪ است (۱۰).

غده تیروئید به رنگ قرمز متمایل به قهوه ای بدون مجاری ترشحی و یا واسکولاریتی زیاد در محدوده مهره ۵-۷ سرویکال و اولین مهره توراسیک قرار دارد و وزن تقریبی آن ۲۵-۲۰ گرم که در خانمها و در موقع بلوغ و حاملگی با افزایش حجم بیشتری همراه است (۱). تومورهای تیروئید از بیماریهای شایع این

بیولوژیک، از بقیه تومورهای تیروئید متمایز است (۳). نوع Multiple Endocrine Neoplasm بدخیم‌تر از نوع تومور Well Differentiated تیروئید است، در این نوع، ابتلاء غالباً دو طرفه و درمان بایستی توتال تیروئیدکتومی باشد (۲). پرونوستیک مدولاری کارسینومای تیروئید بسته به اندازه تومور، انوازیون عروقی Grade , Stage وجود یا عدم وجود متاستاز و نوع جراحی متفاوت است (۳).

مهمترین عارضه تیروئیدکتومی فلج عصب رکوران است (۹). انسداد این عارضه بسته به آمارهای مختلف بین ۱۷-۳٪ و آسیب به عصب لارنژه سوپریور در ۵٪ موارد گزارش شده است (۴).

خلاصه و نتیجه‌گیری:

تومورهای تیروئید از تومورهای شایع در جنس مؤنث و در دهه ۵-۴ شیوع بیشتری دارد.

پاپیلری کارسینومای تیروئید شایع‌ترین تومور بدخیم و توده گردنی شایع‌ترین علت مراجعه بیماران و اختلال تنفسی و علائم حنجره‌ای دومین علت مراجعه بیماران ما را شامل بوده است.

در توده‌های قاعده گردن اسکن رادیوایزوتوپ و FNA به تشخیص محل و نوع ضایعه کمک خواهد کرد. توجه به علائم کلینیکی، تشخیص به موقع و درمان صحیح، طول عمر بیمار را افزایش خواهد داد. شناخت آناتومی جراحی، بخصوص مسیر عصب حنجره‌ای تحتانی امکان بدترین عارضه جراحی

شایع‌ترین علامت در تومورهای بدخیم پاپیلری و فولیکولر تیروئید، توده گردن بوده است (۵). در یک مطالعه ۲۰٪ بیماران سابقه رادیوتراپی قبلی داشته و ۶۰٪ بیماران، موقع مراجعه به غدد لنفاوی گردن مبتلا بوده‌اند و ۲۶٪ موارد با وجود لمس طبیعی گردن در حین عمل جراحی، غدد لنفاوی گردن مبتلا بوده‌اند. (۵).

کارسینومای خوب دیفرانسیه شده تیروئید که شامل پاپیلری کارسینوما، فولیکولار کارسینوما و هر تلس کارسینوما است شایع‌ترین تومورهای بدخیم تیروئید هستند. حدود ۸۰-۷۰٪ تومورهای بدخیم تیروئید پاپیلری کارسینوما است (۱۰-۷)؛ و ۹۰٪ تومورهای بدخیم تیروئید که بیماران رادیوتراپی شده قبلی داشته‌اند از نوع پاپیلری کارسینوما گزارش شده است (۷).

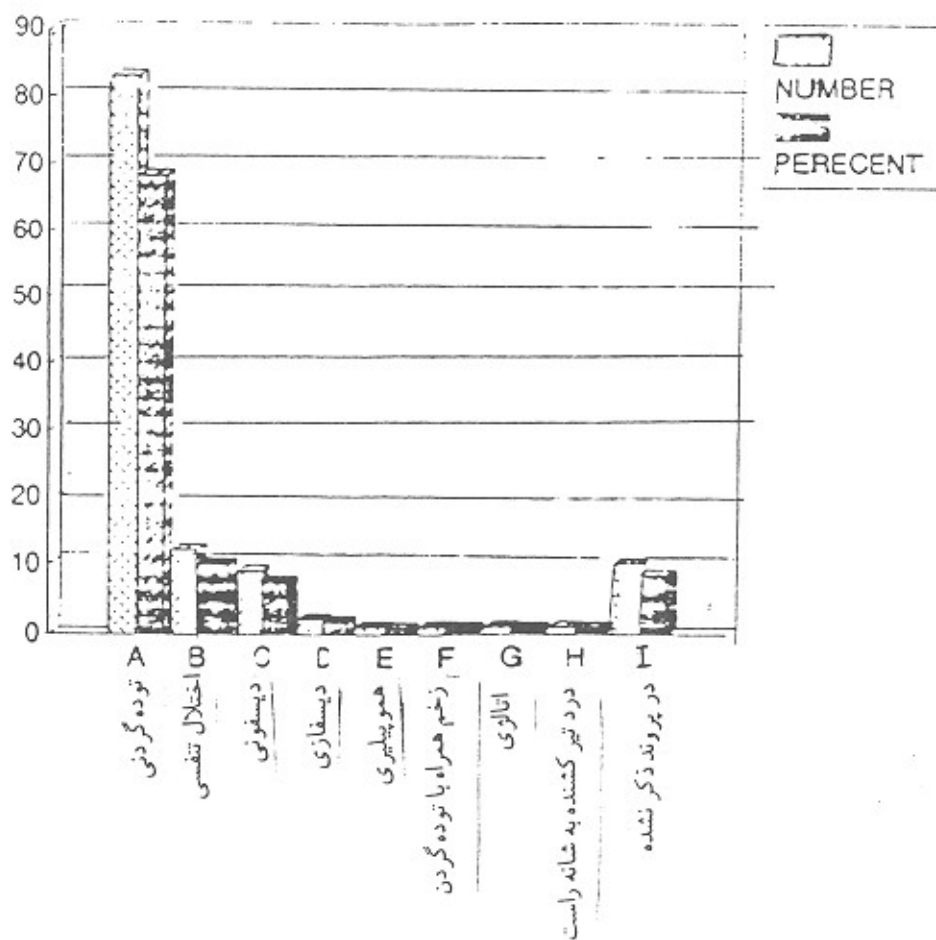
انسداد کارسینومای آنابلاستیک در نواحی که گواتراند میک است بیشتر گزارش شده است (۷)، این نوع تومور هر چند نادر است ولی یکی از تومورهای انسانی است که پیشرفت سریعی دارد (۱۱).

در آنابلاستیک کارسینومای تیروئید، جراحی فقط برای تشخیص و یا تراکتوتومی برای رفع اختلال تنفسی انجام می‌شود و اثر درمانی دیگری ندارد و حتی کاستن از حجم تومور توصیه نمی‌شود (۱۰).

مدولاری کارسینوما حدود ۷٪ بدخیمی‌های تیروئید را شامل می‌شود که از نظر مورفولوژی - آندوکراین و

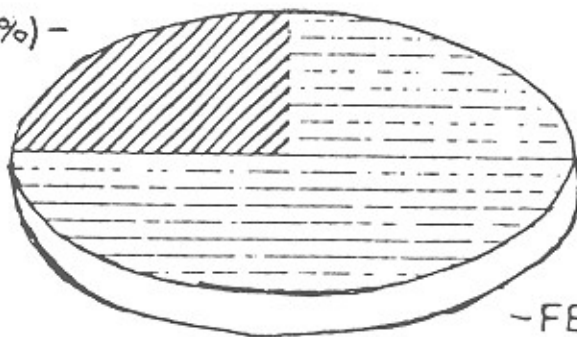
تیروئید را که فلج عصب رکوران است کاهش خواهد داد.
 هیپوکلسمی و تشنج شایعترین عارضه بعد از جراحی تیروئید در بیماران ما بوده است؛ که در موارد توتال تیروئیدکتومی برای تومورهای بدخیم و معمولاً در هفته دوم جراحی بروز نموده است.
 یونوگرام و تعیین میزان کلسیم خون در موارد توتال تیروئیدکتومی و جایگزینی کلسیم در صورت کاهش باعث کنترل این عارضه خواهد شد.

نمودار شماره ۱: علت مراجعه در ۱۲۰ بیمار با تومور تیروئید



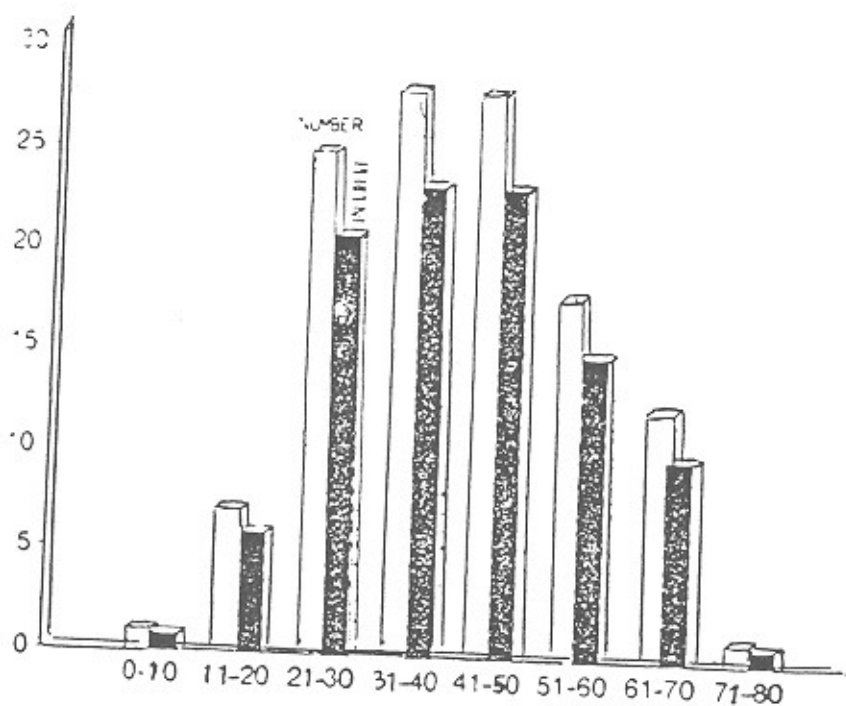
نمودار شماره ۲: شیوع جنسی در ۱۲۰ بیمار تومور تیروئید

MALE (25 0%) -

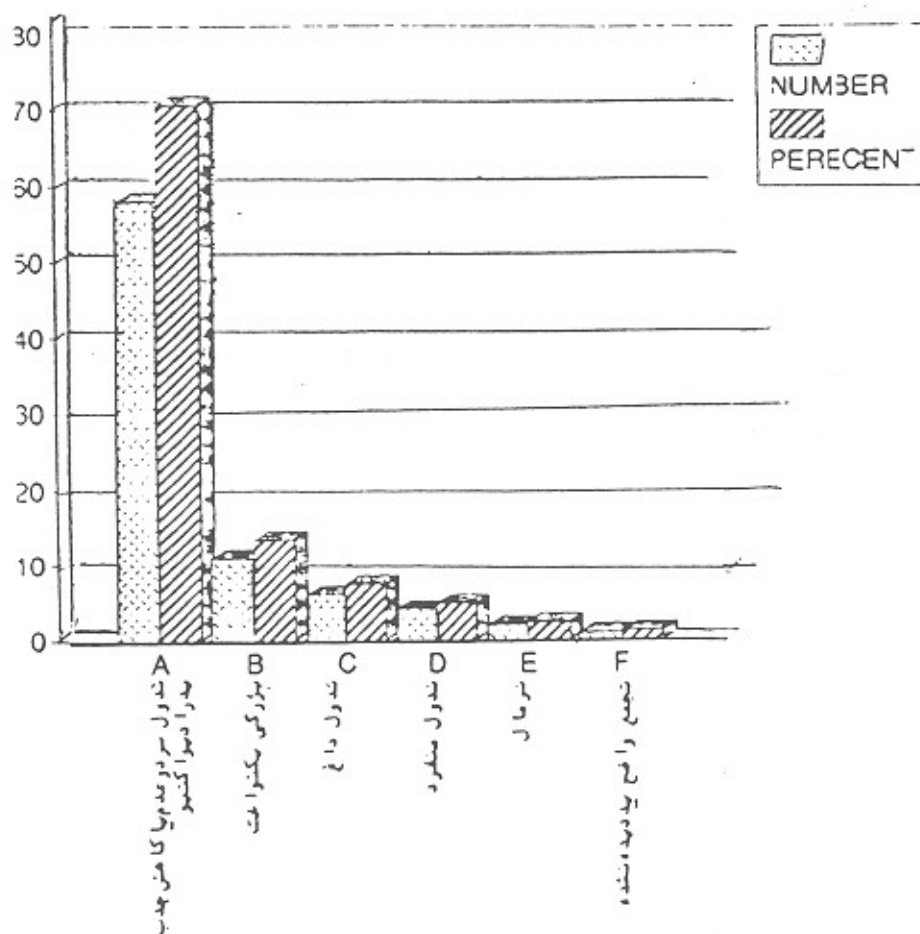


- FEMALE (75 0%)

نمودار شماره ۳: شیوع سنی در ۱۲۰ مورد تومور تیروئید

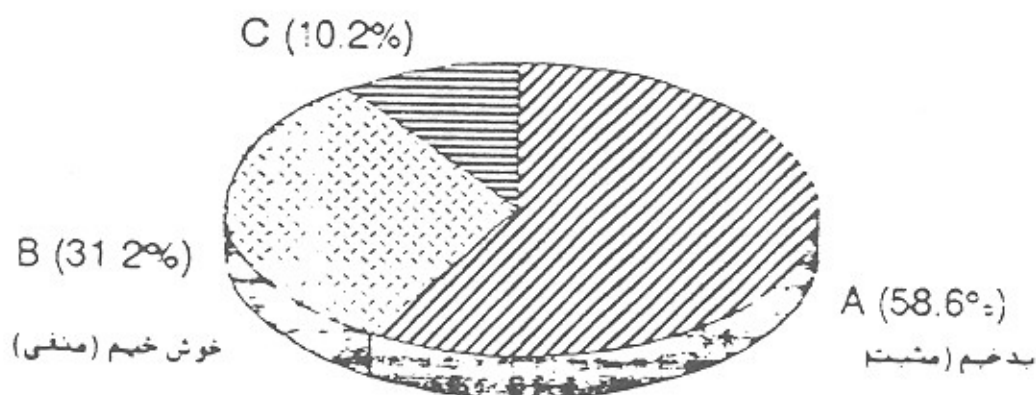


نمودار شماره ۴: نتیجه اسکن ۸۲ بیمار تومور تیروئید

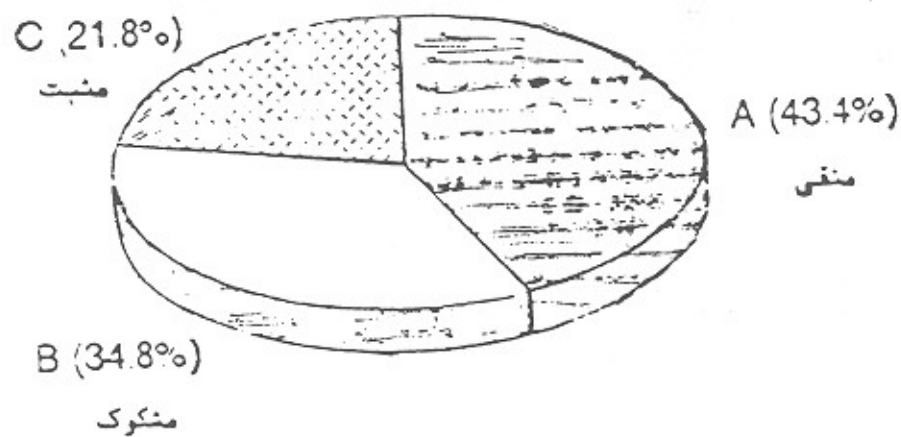


نمودار شماره ۵: نتیجه اسکن با پاسخ آسیب شناسی بعد از عمل در ۵۸ مورد ندول سرد

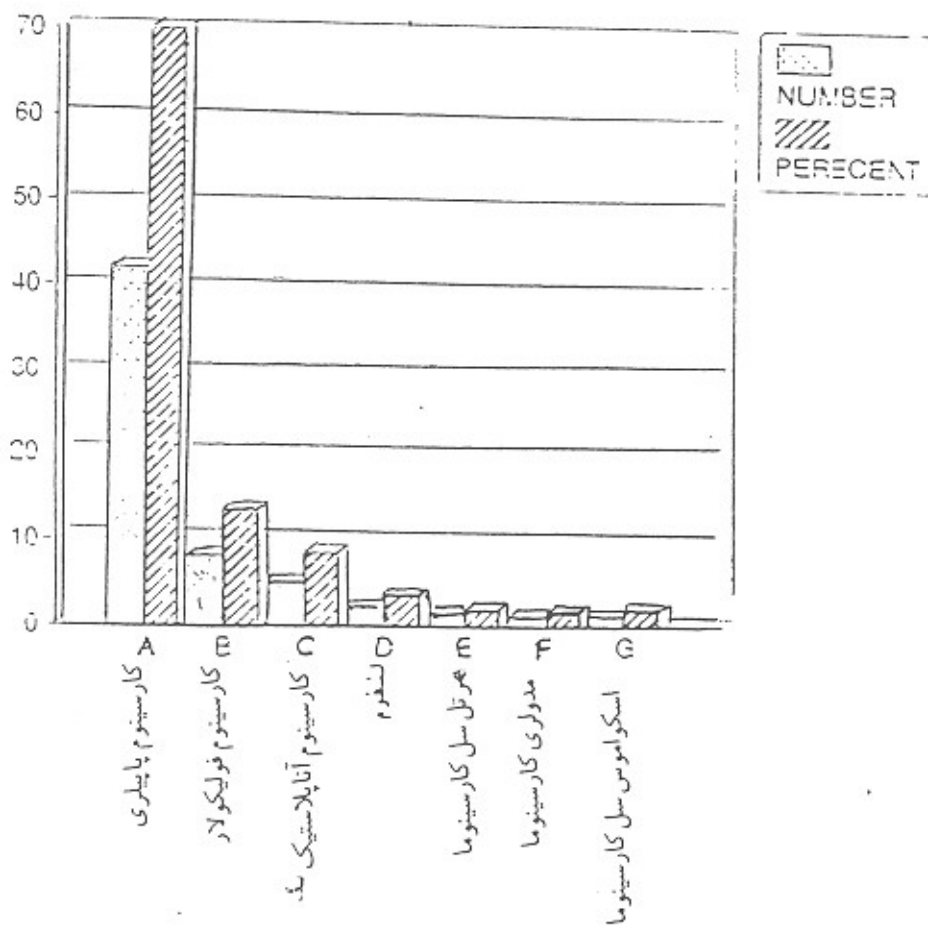
پاسخ با تلوژی موجود نبود



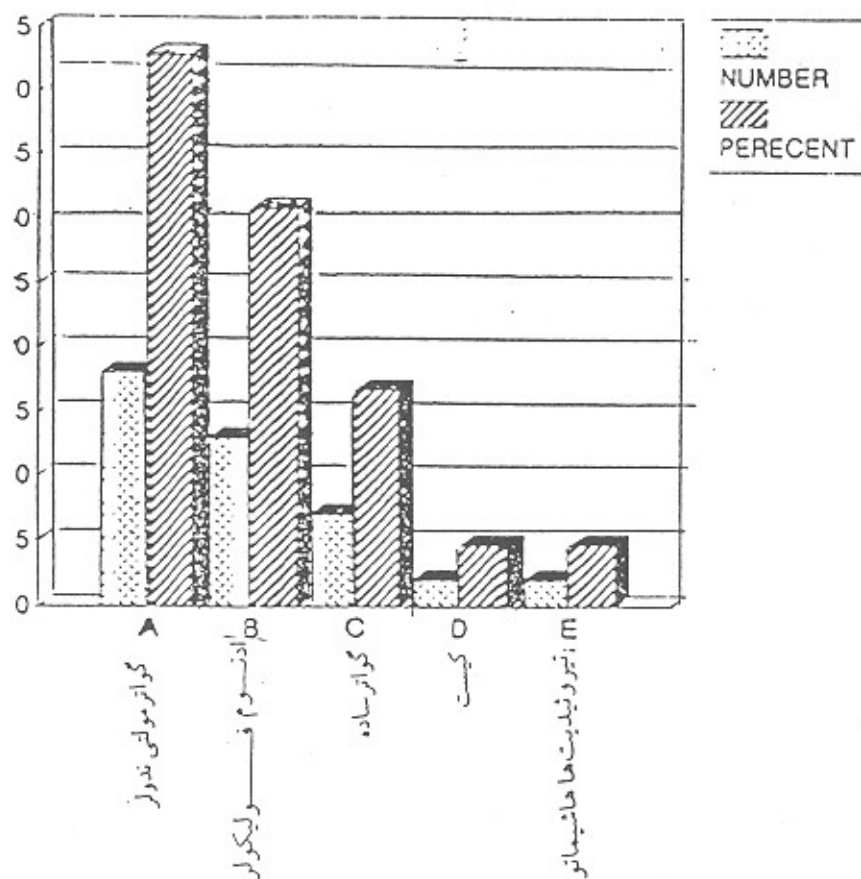
نمودار شماره ۶: نتایج ۲۳ مورد F.N.O.A تومور تیروئید



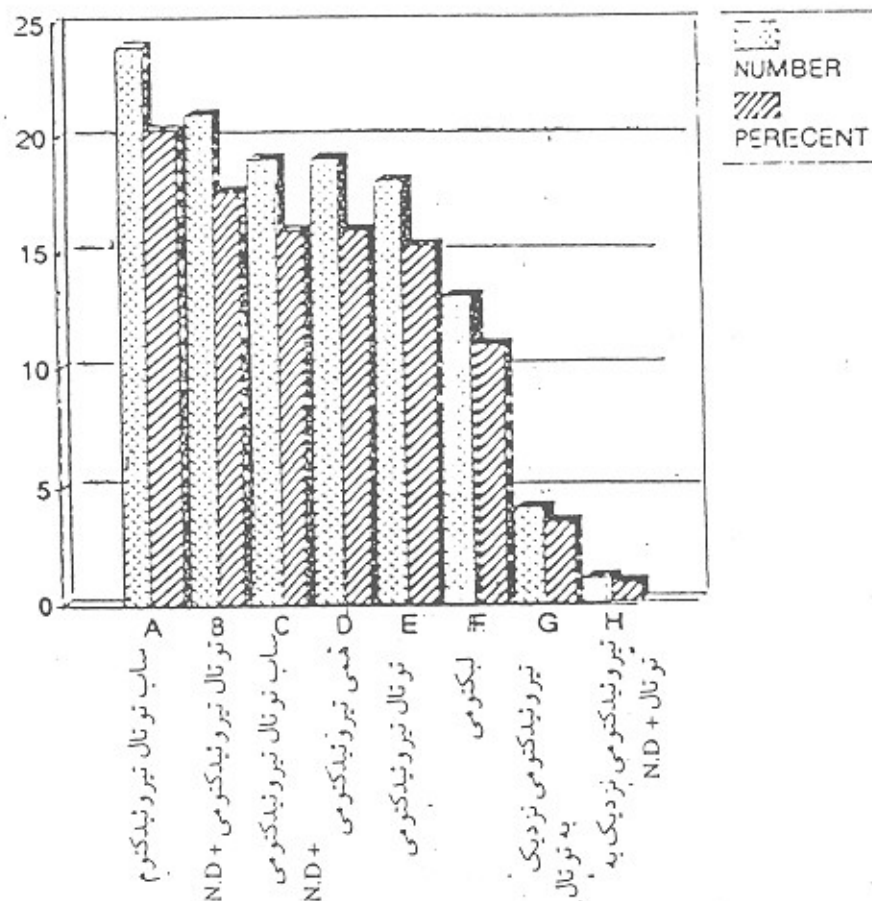
نمودار شماره ۷: انواع تومورهای بدخیم تیروئید از ۶۰ مورد



نمودار شماره ۸: انواع تومورهای خوش خیم در ۴۲ مورد



نمودار شماره ۹: انواع جراحیها در ۲۰ بیمار با تومور تیروئید



REFERENCES

1. Ballenger J J Diseases of the nose throat ear & head and neck. fourteenth edition 1991. lea & febigrr.
2. Block - M A. surgical treatment of medullary carcinoma of the thyroid. otolaryngology - clin - north - A M 1990. jun 23(3) : 453-73.
3. Bottger T.Klupp J. sorger K. Junginger T:
klinik und poliklinik pur allgemein und abdominal chirurgie jopannes - gutenberg - universitat mains. therapy and prognosis of medullary thyroid cancer. MED - clin - 86(1) - 8-14. 1991.
4. David C.Green md . Paul H ward md.the management of the divided recurrent laryngeal nerve laryngoscop july 1990 vol 100 no 7pp 778.
5. Frankenthaler - RA. Sellin - RV . Cangir A . Goephert - H. Lymph node metastasis from papillary - follicular carcinoma in young patients. Am - j surg - 1990 oct 160(4) - 341-3.
6. George D. chonkich md . George H. Petti jr md. treatment of thyroid carcinoma the laryngoscope may 1992 vol 102 no 5 pp 486.
7. kaplan edwin L md. surgery of the thyroid and parathyroid glands. churchill lingstone 1983.
8. Kenady DE. et al treatment of thyroid malignancies. curr - opin - oncol: 3(1). 128-38.1991.
- 9.Ohmura m. yamaoto E . haji T mori K. transection of posticus and nerve suture for the recurrent nerve injured. dept of otolaryngology kobe city general Hosp Japan sixth world congress of broncooesophagology october 15-18 1989 Tokyo Japan.
10. Paparella Michael M.md shumrick donald A md. otolaryngology volume 3. head and neck third edition 1991 W.B. Saunders Company.
11. Nakamura T et al . anaplastic transformation of human thyroid carcinoma 1992 dec 83 (12) 1293-8 JPN .J cancer - Res 1992 Dec 83(12) 1293-8.
12. Thomas V mccapheey md . phd. Richard J. lipton.md thyroid carcinoma invading the upper aerodigestive system laryngoscope august 1990 volume 100 no 5 pp 824.