

نتایج درمانی ۲۲ بیمار مبتلا به گواتر ساب استرنال

سیدرضا مدرس^۱ (MD)، ذلیخا معززی^۲ (MD)، حامد سلامت فر^۳ (MD)

۱- گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی بابل

۲- گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی بابل

۳- دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: ۸۹/۷/۲۵، اصلاح: ۸۹/۹/۱۷، پذیرش: ۸۹/۱۱/۲۰

خلاصه

سابقه و هدف: گواتر ساب استرنال حالتی است که در آن بیش از ۵۰٪ غده تیروئید به فضای مدیاستینال گسترش یافته است. در این مطالعه چگونگی علائم تشخیص درمان و عوارض آن در ۲۱ بیمار بررسی شده است.

مواد و روشها: در این مطالعه مقطعی، پرونده تمامی بیمارانی که طی ۱۵ سال اخیر (از سال ۷۳ لغایت ۸۸) در بیمارستان‌های شهید بهشتی و یحیی‌نژاد بابل تحت عمل تیروئیدکتومی قرار گرفتند بررسی شد. طی این مدت ۲۶ مورد تیروئید ساب استرنال بود که سن، جنس، پاتولوژی، علائم، نوع تیروئیدکتومی، عوارض پس از عمل، مورتالیتی و نوع برش مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: از ۲۶ مورد تیروئید ساب استرنال، ۴ مورد به علت ناقص بودن پرونده‌ها و حذف ۲۲ بیمار وارد مطالعه شدند. از این تعداد ۷۷/۳٪ (۱۷ مورد) زن بودند. در یک بیمار فلج عصب ریکارنت دیده شد. شایعترین علامتی که بیماران به علت آن به پزشک مراجعه نمودند، تنگی نفس در ۷۲/۷٪ (۱۶ مورد) بود. در گزارش پاتولوژی، ۹٪ (۲ بیمار) بدخیم و ۹۱٪ (۲۰ بیمار) خوش‌خیم بودند. در همه موارد، جراحی با برش گردنی میسر شد.

نتیجه گیری: براساس نتایج این مطالعه گواتر ساب استرنال با جراحی آنهم اغلب با برش گردنی قابل درمان بوده و عوارض پس از جراحی نیز بندرت دیده می‌شود.

واژه های کلیدی: گواتر ساب استرنال، برش، عوارض، تیروئیدکتومی.

مقدمه

بزرگی تیروئید یافته بسیار شایع در مناطق اندمیک کمبود ید می‌باشد. گواتر ساب استرنال ۱۳/۷٪ اعمال جراحی توده‌های مدیاستن و ۲۰-۱۵۰٪ اعمال جراحی تیروئید را شامل می‌شود (۱ و ۲). مهمترین اندیکاسیون‌ها برای عمل جراحی در بیماری‌های تیروئید احتمال بدخیمی، تحت فشار قرار گرفتن تراکتو ازوفازئال و مسایل زیبایی می‌باشد (۳ و ۴). تحت فشار قرار گرفتن تراکتو ازوفازئال موجب علائم گواترهای مدیاستینال است که شامل تنگی نفس، سرفه، استریدور، گرفتگی صدا و دیس‌فاژی می‌باشد. گواتر ساب استرنال حالتی است که در آن بیش از ۵۰٪ غده تیروئید در فضای مدیاستینال باشد (۵ و ۶). اگرچه امروزه از میزان شیوع آن کاسته شده، ولی همچنان به عنوان بیماری شایع باقی مانده است (۴). گواتر ساب استرنال با شرح حال و معاینات بالینی و به کمک

گرافی ساده قفسه سینه و گاهی سی‌تی اسکن تشخیص داده می‌شود (۶). گواتر ساب استرنال گسترش پل تحتانی تیروئید به فضای مدیاستن قدامی یا خلفی است که پیامد بزرگی تیروئید به دلایل اکتسابی است (۲ و ۶). بروز علائم زمانی دیده می‌شود که بافت تیروئید عناصر مجاور را تحت فشار قرار دهد که معمولاً تراشه است و منجر به تنگی نفس، سرفه و یا استریدور می‌شود و با احتمال کمتری نیز به دلیل تحت فشار قرار دادن مری ایجاد دیس‌فاژی می‌کند. تیروئید ساب استرنال پاسخ ضعیفی به درمان‌های مدیکال دارد. علاوه بر این، با توجه به احتمال بروز علائم حاد تنفسی، که بعضاً منجر به ایست تنفسی می‌شود، درمان جراحی باید همواره مد نظر قرار گیرد (۷). با توجه به اینکه تاکنون در ایران مطالعه‌ای به بررسی گواتر ساب استرنال نپرداخته است، هدف از انجام این مطالعه

این مقاله حاصل پایان نامه حامد سلامت فر دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل می‌باشد.

* مسئول مقاله:

آدرس: بابل، بیمارستان آیت اله روحانی، تلفن: ۰۱۱۱-۲۲۳۳۸۳۰۱

e-mail: zmoazezi@yahoo.com

برش در تمامی موارد گردنی بود. در ۱۷ مورد (۷۷/۳٪) لوبکتومی و ایسمکتومی و در ۵ مورد (۲۲/۷٪) توتال یا ساب توتال تیروئیدکتومی انجام گردید که در ۲ مورد بدلیل کانسر و ۲ مورد بدلیل آدنوم فولیکولر و یک مورد بدلیل بزرگی همزمان در لوب مقابل بود. در گزارش پاتولوژی، ۱۲ مورد (۵۴/۵٪) به گواتر مولتی ندولر، یک مورد (۴/۵٪) تیروئیدیت هاشیموتو، یک مورد (۴/۵٪) کارسینوم فولیکولار، یک مورد (۴/۵٪) کارسینوم پاپیلاری، ۵ مورد (۲۲/۷٪) گواتر کلویید و ۲ مورد (۹/۱٪) به آدنوم فولیکولر مبتلا بودند. ۲ بیمار (۹٪) بدخیم و ۲۰ بیمار (۹۱٪) خوش خیم بودند.

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه شایعترین علامت تنگی نفس و بعد احساس توده گردنی و دیس فازی بود که با مطالعات دیگر همخوانی دارد (۳و۶). تنها درمان قابل قبول در گواتر ساب استرنال تیروئیدکتومی است که غالباً با انسیزویون گردنی عملی است که در این مطالعه در همه موارد عملی بوده است ولی در مطالعات دیگر در ۱۰-۵٪ جهت تیروئیدکتومی نیازمند استرنوتومی یا توراکتومی بوده است (۳و۷و۶). اقدام جراحی به عمل آمده شامل لوبکتومی ایسمکتومی بود البته در صورت وجود گزارش کانسر یا فولیکولر و یا بزرگی همزمان لوب مقابل، بخشی با تمامی لوب مقابل برداشته شد که در مطالعه ما شامل ۲۳٪ بیماران بود که از این حیث با مطالعات دیگر که تا بیش از ۵۰٪ تحت توتال تیروئیدکتومی قرار گرفته اند متفاوت است (۸-۱۰). همچنین اگرچه بیماران در گستره سنی ۲۷ تا ۹۲ سال تحت عمل جراحی قرار گرفتند ولی بجز یک مورد فلج عصب ریکارنت در بیمار مبتلا به کانسر فولیکولر تیروئید، هیچ عارضه ای دیده نشد.

در مطالعه ما در گزارش پاتولوژی، ۱۲ مورد (۵۴/۵٪) گواتر مولتی ندولر، یک مورد (۴/۵٪) تیروئیدیت هاشیموتو، یک مورد (۴/۵٪) کارسینوم فولیکولار، یک مورد (۴/۵٪) کارسینوم پاپیلاری، ۵ مورد (۲۲/۷٪) گواتر کلویید و ۲ مورد (۹/۱٪) آدنوم فولیکولر بود. ۹ درصد (۲ بیمار) بدخیم و ۹۱ درصد (۲۰ بیمار) خوش خیم بودند. در مطالعات مشابه نیز موارد خوش خیم فراوانی بیشتری نسبت به موارد بدخیم داشتند (۳و۷و۱۰). که با دیگر مطالعات اختلاف معنی داری ندارد.

در این مطالعه ۷۷٪ بیماران را زنان تشکیل دادند که با توجه به شیوع بیشتر بیماریهای تیروئید در خانم ها قابل انتظار است که منطبق با دیگر مطالعات به عمل آمده می باشد (۶و۷). از نظر روشهای تشخیصی در اکثر بیماران (بجز یک مورد) تشخیص با گرافی قفسه سینه داده شد، وجود شیفتر تراشه در حد کلاویکولا برای تشخیص گواتر ساب استرنال پاتوگنومونیک است و چنانچه روش فوق کمک کننده نباشد با انجام سی تی اسکن گردن و قفسه سینه و وجود توده در قدام گردن که به سمت مدیاستن قدامی گسترش یافته است تشخیص را محرز می کند. بدین ترتیب تشخیص این بیماری آسان بوده و درمان آن نیز کم خطر است و ظن بالینی منجر به نتایج درمان خوب خواهد شد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از پرسنل بخش جراحی بیمارستان شهید یحیی نژاد و شهید بهشتی بخصوص خانم شریعت قدردانی می گردد.

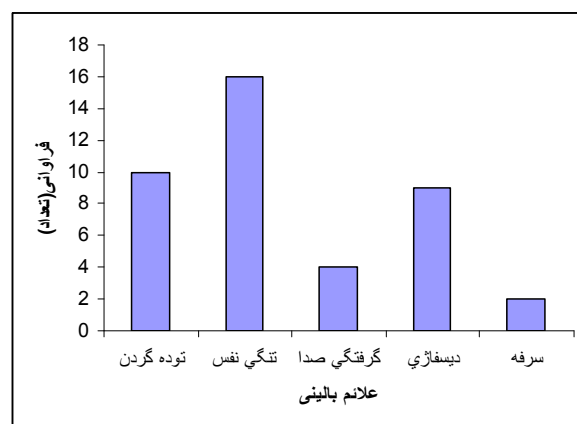
بررسی شیوع تظاهرات بالینی و نقش روشهای تشخیصی و نتایج اعمال جراحی و عوارض عمل در بیمارستانهای آموزشی و درمانی بابل می باشد تا از بروز عوارض منتسب به بیماری جلوگیری شود.

مواد و روشها

این مطالعه مقطعی بر روی پرونده تمامی بیمارانی که طی ۱۵ سال اخیر (از سال ۸۸-۱۳۷۳) در بیمارستانهای آموزشی و درمانی شهید بهشتی و شهید یحیی نژاد بابل تحت عمل تیروئیدکتومی قرار گرفتند، انجام شد. بیماران مبتلا به تیروئید ساب استرنال وارد مطالعه شدند. تشخیص بیماری براساس یافته های گرافی ساده قفسه سینه و بعضاً بر اساس سی تی اسکن قفسه سینه و گردن میسر شد. سپس با استفاده از پرونده آنها سن، جنس، پاتولوژی، علائم (دیس پنه، دیس فازی، سندرم ورید اجوف فوقانی، گرفتگی صدا، احساس خفگی و...)، نوع تیروئیدکتومی (توتال، پارشیال)، عوارض پس از عمل (پلورال افیوژن، فلج گذرای عصب راجعه لارنژیال، فلج دائم عصب راجعه لارنژیال، هماتوم سرویکو مدیاستینال، هیپوپاراتیروئیدیسم گذرا یا دائم و...)، مورتالیتی، نوع برش (سرویکال به تنهایی، سرویکال همراه با استرنوتومی، سرویکال همراه با توراکتومی) در فرم ثبت و بررسی شد.

یافته ها

از مجموع ۴۴۱ مورد تیروئیدکتومی انجام شده ۲۶ مورد تیروئید ساب استرنال بود که از این تعداد ۴ مورد به علت ناقص بودن و یا عدم وجود پرونده ها، از مطالعه حذف و ۲۲ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند. کمترین سن افراد مورد مطالعه ۲۷ سال و بیشترین سن ۹۲ سال بود. میانگین سن $53/82 \pm 15/79$ سال بود. اکثر بیماران را زنان تشکیل می دادند به طوریکه ۷۷/۳ درصد بیماران زن بودند. در ۱۲ مورد (۵۴/۵٪) در سمت چپ و در ۱۰ مورد (۴۵/۵٪) در سمت راست بود. در ۲۱ بیمار (۹۵/۵٪) تشخیص با استفاده از عکس قفسه سینه و در یک مورد (۴/۵٪) تشخیص با استفاده از سی تی اسکن داده شد. در یک بیمار فلج عصب ریکارنت دیده شد. در ۲۱ بیمار دیگر هیچ عارضه ای رخ نداد. شایعترین علامتی که بیماران به علت آن به پزشک مراجعه نمودند، تنگی نفس در ۷۲/۷٪ موارد بود (نمودار ۱).



نمودار ۱: توزیع فراوانی علائم بالینی و علت مراجعه بیماران مبتلا به گواتر

Treatment Outcomes of 22 Patients with Substernal Goiter

S. R. Modarres (MD)¹, Z. Moazzezi (MD)^{2*}, H. Salamatfar (MD)³

1. Department of Surgery, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

2. Department of Internal Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

3. Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

J Babol Univ Med Sci; 13(5); Sept 2011

Received: Oct 16th 2010, Revised: Dec 8th 2010, Accepted: Feb 9th 2011.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: The substernal goiter is a condition in which more than 50% of thyroid gland extended to the mediastinum. In this study the clinical symptoms, diagnosis, treatment and the surgical complications in 22 patients were assessed.

METHODS: In this cross-sectional study the recorded files of all patients who went under thyroidectomy operation in Shahid Beheshti and Yahyanejad hospitals in recent 15 years (from 1994 to 2009) were assessed. Twenty six patients had substernal thyroid and their age, sex, pathology, symptoms, method of thyroidectomy, the postoperation complications, mortality and type of incision were evaluated.

FINDINGS: Four files from 26 files were excluded from study because of information deficits. Twenty two patients were included in the study. 77.3 of them (17 cases) were female. Recurrent laryngeal nerve palsy was seen in one patient. The most common symptom in 72.7% of patients (16 cases) was dyspnea. Pathology reports in 9 % of patients (2 cases) showed malignancy and in 91% (20 cases) were benign. All operations were done with cervical incision.

CONCLUSION: According to the results of this study, the substernal goiter is often curable and the operation complications rarely happen.

KEY WORDS: *Substernal goiter, Incision, Complications, Thyroidectomy.*

*Corresponding Author;

Address: Ayatollah Roohani Hospital, Babol, Iran

Tel: 0111 2238301

E-mail: zmoazezi@yahoo.com

References

1. Wassner UJ, Alai H, Helmstaedt ER. Mediastinal neoplasms. *Chirurg* 1970;41(1):12-6.
2. Newman E, Shaha AR. Substernal goiter. *J Surg Oncol* 1995;60(3):207-12.
3. Ben Nun A, Soudack M, Best LA. Retrosternal thyroid goiter: 15 years experience. *Isr Med Assoc J* 2006;8(2):106-9.
4. Singh B, Lucente FE, Shaha AR. Substernal goiter: a clinical review. *Am J Otolaryngol* 1994;15(6):409-16.
5. Oak MB. Treaty of thyroid and parathyroid. In: Junior CF, editor. *Diagnosis and treatment of Bocios Subesternais*. Rio de Janeiro: Editora Rubio 2007; pp: 329-48.
6. Maruotti RA, Zannini P, Viani MP, Voci C, Pezzuoli G. Surgical treatment of substernal goiters. *Int Surg* 1991;76(1):12-7.
7. Bizakis J, Karatzanis A, Hajjioannou J, et al. Diagnosis and management of substernal goiter at the University of Crete. *Surg Today* 2008;38(2):99-103.
8. Netterville JL, Coleman SC, Smith JC, Smith MM, Day TA, Burkey BB. Management of substernal goiter. *Laryngoscope* 1998;108(11 Pt 1):1611-7.
9. Moron JC, Singer JA, Sardi A. Retrosternal goiter: a six-year institutional review. *Am Surg* 1998;64(9):889-93.
10. Dahan M, Gaillard J, Eschapasse H. Surgical treatment of goiters with intrathoracic development. In: Delarue NC, Eschapasse H, eds. *Thoracic surgery: Frontiers and uncommon neoplasms*. International Trends in General Thoracic Surgery. 6th ed. St. Louis: Mosby 1989; p:185.