مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره سیزدهم، شمارهٔ ۵، شهریور ۱۳۹۰، صفحه ۷۲-۶۹

نتایج درمانی ۲۲ بیمار مبتلا به گواتر ساب استرنال

سیدرضا مدرس(MD)[۱]، ذلیخا معززی(MD)[۲*]، حامد سلامت فر(MD)[۳]

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 ساب‌استرنال 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٪ (۱۷مورد) 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٪ (۱۶مورد) 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 می شود.

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

مقدمه

بزرگی تیروئید یافته بسیار شایع در مناطق اندمیک کمبود ید می باشد. گواتر ساب استرنال ۱۳/۷٪ اعمال جراحی توده های مدیاستن و ۲۰-۱۵۰٪ اعمال جراحی تیروئید را شامل می شود (۲و۱). مهمترین اندیکاسیون‌ها برای عمل جراحی در بیماری‌های تیروئید احتمال بدخیمی، تحت فشار قرار گرفتن تراکئو ازوفاژیال و مسایل زیبایی می‌باشد (۴و۳). تحت فشار قرار گرفتن تراکئو ازوفاژیال موجب علائم گواترهای مدیاستینال است که شامل تنگی نفس، سرفه، استریدور، گرفتگی صدا و دیس فاژی می باشد. گواتر ساب‌استرنال حالتی است که در آن بیش از ۵۰٪ غده تیروئید در فضای مدیاستینال باشد (۵و۲). اگرچه امروزه از میزان شیوع آن کاسته شده، ولی همچنان به عنوان بیماری شایع باقی مانده است (۴). گواتر ساب‌استرنال با شرح‌حال 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 (۶و۲). بروز علائم زمانی دیده می شود که بافت تیروئید عناصر مجاور را تحت فشار قرار دهد که معمولا تراشه است و منجر به تنگی نفس، سرفه و یا استریدورمی شود و با احتمال کمتری نیز به دلیل تحت فشار قرار دادن مری ایجاد دیس فاژی می کند. تیروئید ساب استرنال پاسخ ضعیفی به درمان‌های مدیکال دارد. علاوه بر این، با توجه به احتمال بروز علائم حاد تنفسی،که بعضا منجر به ایست تنفسی می شود، 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 دانشجو پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل می باشد.

* مسئول مقاله:
آدرس: بابل، بیمارستان آیت اله روحانی، تلفن: ۲۲۳۸۳۰۱-۰۱۱۱
e-mail: zmoazezi@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1390.13.5.10.7]

بررسی شیوع تظاهرات بالینی و نقش روشهای تشخیصی و نتایج اعمال جراحی و عوارض عمل در بیمارستانهای آموزشی و درمانی بابل می‌باشد 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 یحیی‌نژاد 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 بعضا بر اساس سی تی اسکن قفسه سینه و گردن میسر شد. سپس با استفاده از پرونده آنها سن، جنس، پاتولوژی، علائم (دیس‌پنه، دیسفاژی، 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 توراکوتومی) در فرم ثبت و بررسی شد.

یافته‌ها

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 پرونده‌ها، 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 ۱۵/۷۹±۵۳/۸۲ سال بود. اکثر بیماران را زنان تشکیل می‌دادند 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 سی‌تی‌اسکن داده شد. در یک بیمار فلج عصب ریکارنت دیده شد. در ۲۱ بیمار دیگر هیچ عارضه‌ای 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

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 گردیدکه در ۲ مورد بدلیل کانسر و۲ 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 کلوئید و ۲ مورد (۹/۱٪) به آدنوم فولیکولر مبتلا بودند. ۲ بیمار (۹٪) بدخیم و ۲۰ بیمار (۹۱٪) خوش‌خیم بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه شایعترین علامت تنگی نفس و بعد احساس توده گردنی و دیس فاژی بود که با مطالعات دیگر همخوانی دارد (۶و۳). تنها درمان قابل قبول در گواتر ساب استرنال تیروئیدکتومی است که غالبا با انسیزیون 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 توراکوتومی بوده است (۷و۶و۳). اقدام جراحی به عمل آمده شامل لوبکتومی ایسمکتومی بود البته در صورت وجود گزارش کانسر یا فولیکولر و یا بزرگی همزمان لوب مقابل، بخشی یا 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 (۱۰-۸). 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 کلوئید و ۲ مورد (۹/۱٪) آدنوم فولیکولر بود. ۹ درصد (۲ بیمار) بدخیم و ۹۱ درصد (۲۰ بیمار) خوش‌خیم بودند. در مطالعات مشابه نیز موارد خوش‌خیم فراوانی بیشتری نسبت به موارد بدخیم داشتند (۱۰و۸و۷و۳). 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 (۷و۶). از نظر روشهای تشخیصی در اکثر بیماران (بجز یک مورد) تشخیص با گرافی قفسه سینه داده شد، وجود شیفت 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.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1390.13.5.10.7]

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

[DOR: 20.1001.1.15614107.1390.13.5.10.7]

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, Hajiioannou 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.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1390.13.5.10.7]