

بررسی ۲۵۰ مورد اعمال جراحی غده تیروئید*

دکتر محمد یزدانی کجویی*، دکتر محمود کارگر سرافراز*،

دکتر فیروز اژیة*، دکتر محمود امامی میدی*،

دکتر فریدون عزیزی**

مقدمه

شده در کشورمان را مرور کردیم و در رابطه با اعمال جراحی تیروئید به ۳ مقاله دست یافتیم (۲-۴). بدیهی است در مملکت ما، مانند سایر کشورهایی که دچار کمبود ید هستند، قسمت اعظم گواترهای ندولر به علت تغییراتی، که طی مدت طولانی در گواترهای ساده ناشی از کمبود ید ایجاد می‌گردد، حاصل می‌شوند. با همین استدلال می‌توان فرض کرد که در اکثر بیمارانی که تحت عمل جراحی تیروئید قرار می‌گیرند تشخیص نهایی، گواتر ساده خواهد بود و درصد کمتری از تشخیص‌های آسیب شناسی به بدخیمی‌ها اختصاص دارد. جهت بررسی این فرضیه و نیز پی بردن به نوع و نتایج اعمال جراحی تیروئید در یک مرکز آموزشی و درمانی دانشگاهی رساله تحقیقی زیر، برنامه ریزی و اجراء گردید.

روش بررسی

با استفاده از مدارک موجود چهارساله (۱۳۵۹ تا ۱۳۶۴) در بخش پاتولوژی (آسیب شناسی) بیمارستان آیت الله طالقانی وابسته به دانشکده پزشکی دانشگاه شهید بهشتی و تطبیق آن با فهرست بیمارانی عمل شده تیروئید در بیمارستان، ۲۲۸ پرونده که دارای اطلاعات کافی بودند مورد بررسی قرار گرفتند. ۳۷ عامل مختلف مورد بررسی قرار گرفت ولی متأسفانه پاسخ بسیاری از سئوال‌ات تنظیم شده فقط در

وجود توده‌های منفرد یا متعدد تیروئید یکی از علل نسبتاً شایع مراجعه بیمارانی به پزشکان عمومی، متخصصین غدد و یا جراحان می‌باشد. جهت تصمیم گیری برای عمل جراحی تیروئید بررسیهای گسترده‌ای از نظر رد سایر علل توده‌های گردنی به عمل می‌آید و برای تشخیص نوع گرفتاری تیروئید به کمک آزمونهای هورمونی، اسکن تیروئید و بررسیهای بافت تیروئید توسط بیوپسی (بافت برداری) ضرورت دارد.

اندیکاسیون (موارد جایز) اعمال جراحی بر روی غده تیروئید شامل موارد زیر می‌باشد: ۱) گره‌های سرد تیروئید که دارای علائم خطری (risk factors) هستند؛ ۲) مواردی خاص از گواتر چند گره‌ای که گره سرد مشخصی دارند و به درمان طبی جواب نمی‌دهند؛ ۳) گواترهای ساده خیلی بزرگ با علائم فشاری و آنهایی که از نظر زیبایی و ظاهری ایجاد مشکل می‌کنند؛ ۴) گره‌های داغ و سمی (toxic adenoma) در افراد جوان؛ و ۵) مواردی از پرکاری با گواتر منتشر (Grave's disease) در جوانان که درمان طبی در آنها با اشکالاتی روبرو است، و یا با عود مکرر همراه بوده است. برای دستیابی به مطالعاتی که در زمینه مشابه در ایران انجام گرفته است و بخصوص دستیابی به زحمات دیگر محققان و رفع مشکلات - که راهنمای کارمان گردد - مقاله‌های پزشکی منتشر

* این پژوهش موضوع پایان‌نامه برای دریافت درجه دکترای چهار نفر از کارورزان دانشکده پزشکی دانشگاه شهید بهشتی بوده است.
** استاد دانشکده پزشکی، دانشگاه شهید بهشتی.

جدول ۲. انواع مختلف اعمال جراحی تیروئید

نوع عمل	تعداد عمل	درصد
تیروئیدکتومی کامل و نا کامل*	۱۳۹	۶۱
لوبکتومی	۴۴	۱۹/۳
لوبکتومی ناقص	۲۴	۱۰/۵
لوبکتومی - ایسمکتومی	۱۸	۷/۹
کیست تیروگلوکوسال (درقی - زبانی)	۱	۰/۴
متفرقه	۲	۰/۹
جمع	۲۲۸	۱۰۰

ه از شش موردی که تیروئیدکتومی توتال داشته اند در چهارمورد عمل رادیکال (قاطع) و در دو مورد جراحی گردنی اصلاح شده (modified neck dissection) صورت گرفته، و در پنج مورد عمل جراحی اولیه نا کامل (subtotal) و یا لوبکتومی بوده که پس از دریافت جواب قطعی آسیب شناسی دال بردخیمی، عمل جراحی تیروئیدکتومی کامل انجام شده است.

تشخیص آسیب شناسی (نمودار ۱): نتیجه نهایی آسیب شناسی شامل گواتر ساده (منتشر یا ندولر) ۵۴٪، آدنوم تیروئید ۲۳٪، سرطان تیروئید ۱۵٪، کیست کولوئید ۳/۵٪، ۳ مورد تیروئیدیت مزمن هاشیموتو، ۲ مورد بیماری گریوز، یک مورد هوچکین و یک مورد مشکوک به سل یا سارکوئید بوده است. خصوصیات هریک از گروه های مختلف را می توان به شرح زیر خلاصه نمود (جدول ۳).

جدول ۳. توزیع سن و جنس بیماران

تشخیص	زنان		مردان	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
گواتر ساده	۱۰۰	۸۱	۱۳	۱۹
آدنوم تیروئید	۳۵	۶۷	۱۷	۳۳
سرطان تیروئید	۲۵	۷۳	۹	۲۷
کیست کولوئید	۱۲	۱۰۰	۰	۰
متفرقه	۷	۱۰۰	۰	۰

(۱) گواتر ساده: از ۱۲۳ مورد با تشخیص آسیب شناسی گواتر، ۱۰۰ مورد آنان را زنان، با میانگین سنی ۳۳/۸ سال و ۲۳ مورد را مردان با میانگین سنی ۳۲/۲ سال تشکیل می دادند. میانگین کلی سن بیماران با گواتر ساده ۳۳/۵ بوده است.

معدودی از پرونده ها موجود بود و در بسیاری از موارد برداشت قابل اطمینانی، که از نظر آماری سؤال انگیز نباشد، حاصل نشد. لذا نتیجه گیری در مورد اطلاعاتی انجام شد که در اکثر پرونده ها به طور مشخص یافت می شدند.

پس از بررسی اولیه پرونده ها طی نامه ای از کلیه بیماران درخواست گردید که جهت بررسی مجدد به درمانگاه غدد مراجعه نمایند. از تعداد ۲۲۸ نفر ۱۱۸ نفر پس از عمل جراحی به درمانگاه مراجعه کرده و ۱۱۰ نفر از آنان به درمانگاه بازنگشته بودند. از بیمارانی که مراجعه نموده بودند جهت تکمیل اطلاعات مصاحبه و معاینه بالینی کامل به عمل آمد و در اکثر آنها کلسیم و فسفر و P.T.H اندازه گیری شد.

نتایج

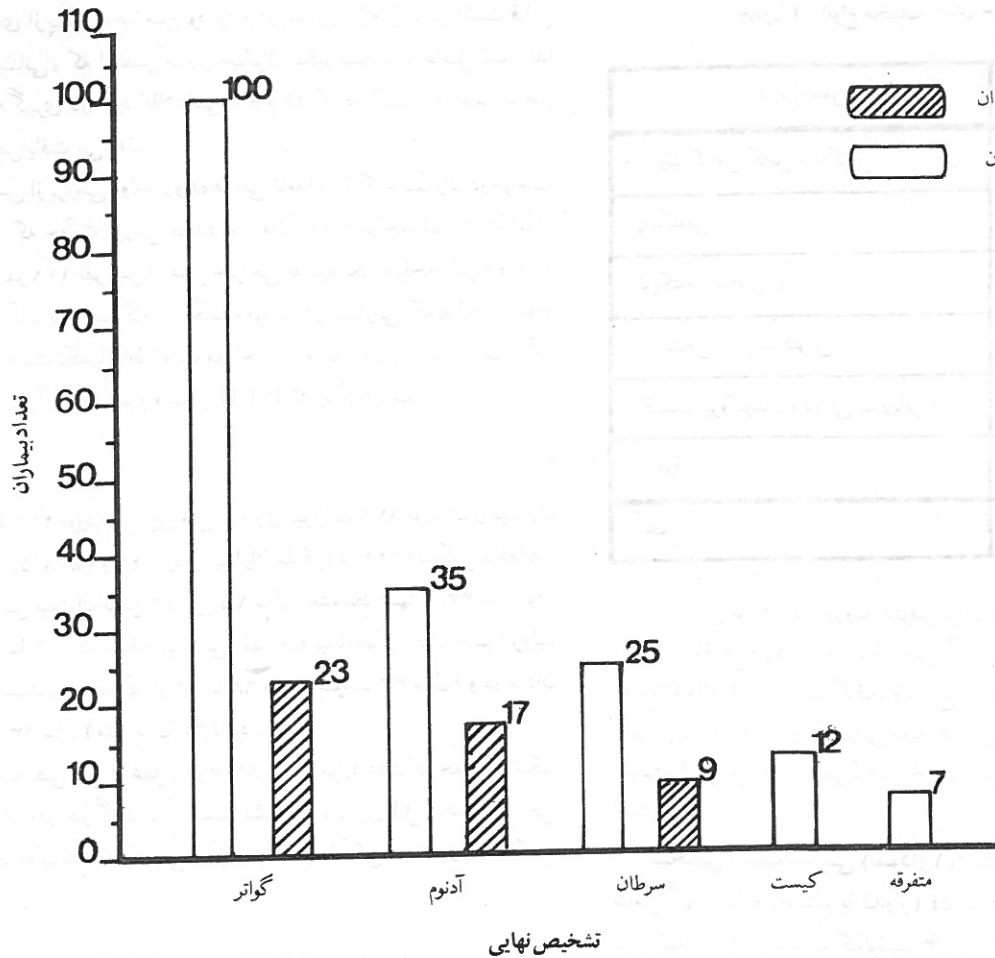
از ۲۲۸ مورد عمل جراحی بر روی تیروئید ۱۷۹ مورد آن را بیماران مؤنث (۷۸/۵٪) و ۴۹ مورد را بیماران مذکر (۲۱/۵٪) تشکیل داده اند. سن بیماران بین ۱۳ الی ۷۵ سال و متوسط آنها ۳۳/۸ سال بود. سن بیمارانی که تشخیص نهایی آنها جزء بیماریهای خوش خیم تیروئید بوده است، در خانها از ۱۶ تا ۶۸ سال (متوسط ۳۳ سال) و در مردان ۱۳ تا ۶۳ سال (متوسط ۳۱/۵) بود. تشخیص قبل از عمل. در ۸۶/۷ درصد موارد علت مراجعه به پزشک وجود توده ای در گردن بوده است. تشخیص بیماری قبل از عمل جراحی با توجه به یافته های بالینی و آزمایشگاهی واسکن در جدول ۱ منعکس می باشد.

جدول ۱. تشخیص بیماران قبل از عمل جراحی

تشخیص	تعداد بیماران	درصد
گره سرد	۱۱۲	۴۹/۱
گواتر چند گره ای	۷۷	۳۳/۸
گره گرم	۱۰	۴/۴
سرطان شناخته شده	۱۰	۴/۴
متفرقه	۱۹	۸/۳
جمع	۲۲۸	۱۰۰

همان گونه که مشاهده می شود علت عمل جراحی تیروئید در این بیمارستان درنیمی از موارد به علت وجود گره سرد تیروئید (cold nodule) انجام شده است. در یک سوم موارد تشخیص قبل از عمل گواتر چند گره ای بوده است ولی در اکثر پرونده ها مشخص نبود که علت تصمیم گیری برای انجام عمل جراحی چه بوده است.

نوع اعمال جراحی. نوع عمل جراحی که براساس تشخیص بالینی و یا مساعدت امتحان آسیب شناسی همزمان با عمل جراحی برش منجمد (frozen section) انجام شده در جدول ۲ آورده شده است.



نمودار ۱. نشانگر پراکنندگی بیماریهای تیروئید مطالعه شده

مردان (۲۰٪) بوده است.
 ج) یک مورد کارسینوم مدولری در خانمی ۲۵ ساله وجود داشته است.
 د) در پرونده ۳ نفر از ۲۳ بیمار مبتلا به سرطان پاپیلری سابقه رادیوتراپی (پرتودرمانی) سر، در زمان کودکی وجود داشت.
 جدول ۴: توزیع سن و جنس در ۲۴ مورد سرطان تیروئید

نوع بدخیمی	تعداد		میانگین سن (سال)	
	مردان	زنان	مردان	زنان
کارسینوم پاپیلری	۷	۱۶	۴۳/۵	۳۴
کارسینوم فولیکولر	۲	۸	۴۳/۵	۳۹/۶
کارسینوم مدولری	—	۱	—	۲۵
تعداد کل	۹	۲۵	—	—

۴) کیست کولوئید: کلیه ۱۲ مورد کیست کولوئید در زنان مشاهده شده و میانگین سنی آنان ۵۱ سال بوده است.
 ۵) بیماری هاشیموتو: در ۳ بیمار مؤث با میانگین سنی ۴۴/۳ سال

۲) آدنوم تیروئید: از ۵۲ مورد با تشخیص آسیب شناسی آدنوم تیروئید، ۲۵ مورد آنان را زنان با میانگین سنی ۳۳/۸ سال و ۱۷ مورد را مردان با میانگین سنی ۳۰/۵ سال تشکیل می دادند. میانگین کلی سنی بیماران با آدنوم تیروئید ۳۲/۷ سال بوده است.
 ۳) بدخیمی تیروئید: از ۳۴ مورد بیمار مبتلا به سرطان تیروئید، ۲۵ مورد (۷۴٪) آنان را زنان بین سنین ۲۰ تا ۷۵ سالگی با میانگین سنی ۳۶/۹ سال و ۹ مورد را مردان (۲۶٪) بین سنین ۲۶ تا ۷۰ سال و میانگین سنی ۴۳/۵ سال تشکیل می دادند.
 میانگین کلی سنی بیماران با سرطان تیروئید ۳۸/۶ سال بوده است.
 آسیب شناسی بافت تیروئید ۶۸٪ سرطان پاپیلری، ۲۹٪ سرطان فولیکولر و ۳٪ سرطان مدولری (جدول ۴) و نکات قابل توجهی را آشکار ساخت که در زیر توضیح داده می شود:
 الف) از ۲۳ مورد سرطان پاپیلری، ۱۶ مورد در زنان (۶۹/۵٪) و ۷ مورد در مردان (۳۰/۵٪) بوده است.
 ب) از موارد سرطان فولیکولر، ۸ مورد در زنان (۸۰٪) و ۲ مورد در

دیده شده است.

(۶) بیماری گریوز: شامل ۲ مورد بیمار مؤنث با سنین ۱۶ ساله و ۲۷ ساله بوده است.

(۷) بیماریهای دیگر: شامل یک مورد هوچکین در خانم ۲۴ ساله و یک مورد سل با سارکوئیدوز تیروئید در خانم ۳۵ ساله بوده است.

تطبیق یافته‌های اسکن و آسیب شناسی: یافته‌های آسیب شناسی ۱۱۲ بیماری که در اسکن قبل از عمر گره سرد داشته‌اند در جدول ۵ منعکس است:

جدول ۵. یافته‌های آسیب شناسی در ۱۱۲ بیمار مبتلا به گره سرد تیروئید

تشخیص پاتولوژی	تعداد	درصد
گواتر ساده	۵۱	۴۵/۵
آدنوم	۳۰	۲۶/۸
کارسینوم پاپیلری	۱۵	۱۳
کارسینوم فولیکولر	۴	۳
کیست کولوئید	۱۱	۹/۸
تیروئیدیت مزمن هاشیموتو	۱	۰/۹
جمع	۱۱۲	۱۰۰

همان طور که از جدول ۵ مشهود است در سه چهارم مبتلایان به گره سرد تشخیص نهایی آسیب شناختی گواتر ساده و یا آدنوم خوش خیم؛ در ۱۰ درصد کیست کولوئید و فقط در ۱۷٪ سرطان تیروئید بوده است.

یافته‌های آسیب شناختی در ۷۷ نفر از بیمارانی که در اسکن قبل از عمل تشخیص گواتر چند گره‌ای در موردشان گزارش شده بود در جدول ۶ آورده شده است.

جدول ۶. یافته‌های آسیب شناختی در ۷۷ بیمار مبتلا به گواتر چند گره‌ای

تشخیص پاتولوژی	تعداد	درصد
گواتر ساده	۵۶	۷۲/۷
آدنوم	۱۶	۲۰/۸
کارسینوم فولیکولر	۲	۳/۹
کارسینوم پاپیلری	۱	۱/۳
کیست کولوئید	۱	۱/۳
هوچکین	۱	۱/۳
جمع	۷۷	۱۰۰

همان گونه که در جدول ۶ دیده می‌شود در ۹۵٪ بیمارانی که نتیجه اسکن آنها گواتر چند گره‌ای بوده نتیجه آسیب شناسی، گواتر ساده، آدنوم و کیست کولوئید بوده است و فقط ۳ مورد سرطان تیروئید و یک مورد هوچکین دیده شده است.

در ۱۰ مورد که تشخیص اسکن قبل از عمل گره گرم بوده، یافته آسیب شناختی در ۵ مورد گواتر ساده و ۵ مورد دیگر آدنوم خوش خیم بود.

عوارض عمل: از آنجایی که تعداد زیادی از بیماران پس از عمل جراحی درمان توقفی با هورمون‌های تیروئید داشته‌اند شروع کمکاری تیروئید پس از عمل جراحی قابل بررسی نبود. در ۱۷ مورد (۵/۷٪) هیپوکلسمی (کاستی کلسیم خون) پس از عمل جراحی عارض شده بود. بجز یک مورد گزارشی مبنی بر فلج اعصاب راجعه و عارضه صوتی در پرونده‌ها منعکس نبود. مرگ و میر اعمال جراحی ۲ مورد (۱٪) بود که هر دو مبتلا به سرطان تیروئید بودند. یک مورد به علت آتلکتازی، نخیز حاد ریه و آنوری (بی شاشی) و مورد دیگر که دچار انسداد راهپای تنفسی شده و با تراکئوستومی دائمی مرخص شده بود، در منزل فوت نمود.

بحث

این بررسی از آن نظر که به صورت پس نگر (retrospective) به عمل آمده است دارای نارساییهایی است و تنها پاسخگوی بخشی از سئوالاتی است که قبل از انجام بررسی طرحریزی شده بود.

نتایج این بررسی را می‌توان به شرح زیر ذکر کرد:

۱. انتخاب بیماران جهت عمل جراحی منطقی و منطبق با روش پیشنهاد شده متخصصین تیروئید بوده است. نیمی از بیماران که مورد عمل جراحی قرار گرفتند مبتلا به گره سرد تیروئید بودند و یک سوم آنها از گواتر چند گره‌ای رنج می‌بردند. مسلماً در مملکت ما به علت فراوانی گواتر ناشی از کمبود ید (۵)، گواتر چند گره‌ای بسیار شایع است و در صورتی که کلیه مبتلایان به گواتر چند گره‌ای تحت عمل جراحی قرار گیرند، مرگ و میر عوارض حاصله از عمل جراحی خطراتی به مراتب بیشتر از خطرات بدخیمی احتمالی در تیروئید خواهد داشت، لذا مسئله انتخاب بیمار برای عمل جراحی بسیار مهم است و بیشتر گواترهای که یک گره سرد مشخص دارند و به درمان صحیح طبی جواب نمی‌دهند، می‌بایست مورد عمل جراحی قرار گیرند. در اینجا بهتر است خاطر نشان شود که درمان طبی در مملکت ما اکثراً صحیح و ناکافی است. میزان داروهای حاوی هورمون‌های تیروئید که بتواند ترشح TSH را متوقف کند و سبب کاهش توده تیروئید شود در افراد مختلف متفاوت است و باید با روشهای مناسب ارزیابی شود (۶) و در غیر این صورت نصف یا یک قرص تیروئید، که بسیاری از اطباء تجویز می‌کنند، ممکن است در متوقف کردن ترشح TSH مؤثر نباشد. تصمیم‌گیری بر مبنای این نوع درمان طبی نادرست است و سبب می‌شود که اکثر این بیماران به عنوان شاهدهی دال بر عدم موفقیت درمان طبی تلقی شوند و در معرض خطرات عمل جراحی تیروئید قرار گیرند.

همچنین، قلت تعداد عمل جراحی - به علت پرکاری تیروئید - نیز مبین این واقعیت است که خوشبختانه حداقل در مراکز دانشگاهی ما، درمان پرکاری تیروئید با روشهای صحیح درمان طبی و یا ید رادیواکتیو انجام می‌گیرد و درمان جراحی پرکاری تیروئید فقط در موارد خاصی - مثلاً گره سمی در افراد جوان و یا بیماری گریوز در

افراد جوانی که درمان طبی آنان با مشکلاتی روبرو است - انجام می‌شود (۱).

۲. به نظر می‌رسد تعداد تیروئید کتومی توتال (کامل) و وسعت عمل جراحی بیش از حد لازم بوده و با تعداد بدخیمی‌ها مناسب نبوده است: زیرا در تشخیص بالینی قبل از عمل فقط ۱۰ مورد سرطان شناخته شده بود و در آزمایش آسیب‌شناختی از ۱۱۲ مورد مبتلا به گره سرد، فقط ۱۹ مورد سرطان تیروئید گزارش شده است. حتی اگر همه این تعداد در امتحان برش منجمد بدخیم گزارش شده باشد و اگر تصور شود که تمام ۷۷ مورد گواتر چند گره‌ای هم عمل جراحی ساب‌توتال (ناکامل) داشته‌اند، ۱۰۶ مورد عمل جراحی تیروئید کتومی کامل یا ناکامل می‌بایست انجام شود، حال آنکه تعداد انجام شده ۱۳۹ مورد بوده است. ممکن است این نوع عمل جراحی به علت تعداد زیاد برش منجمد با جواب مثبت دروغین باشد ولی استخراج این نتایج از پرونده‌ها ممکن نبود. شاید یکی از دلایل زیادی عارضه هیپوکلسمی (کاستی کلسیم خون) کثرت تعداد اعمال جراحی توتال (کامل) یا ساب‌توتال (ناکامل) باشد.

۳. تشخیص آسیب‌شناختی تیروئیدهای عمل شده به وضوح نشان می‌دهد که بیش از چهار پنجم (۸۳٪) بیماران دچار گواتر ساده، کیست و یا آدنوم خوش‌خیم تیروئید بوده‌اند. با اینکه اکثر بیماران به علت احتمال بدخیمی جهت عمل جراحی انتخاب شده بودند ولی فقط ۱۵٪ آنان مبتلا به سرطان تیروئید بودند. این حقیقت که تقریباً ۵/۴ بیماران عمل شده (۷۸/۵٪) زن بوده‌اند بازتابی از شیوع بیماریهای تیروئید، بویژه گواتر ساده در جنس مؤنث می‌باشد (۷). گزارشهای قبلی در مورد اعمال جراحی تیروئید در ایران مربوط به مجتمع پزشکی امام خمینی می‌باشد که در آنها نتایج اعمال جراحی بین سالهای ۱۳۳۵ تا ۱۳۵۱ بررسی شده است (۲). از میان اعمال جراحی انجام شده ۷۱٪ از بیماران مبتلا به گواتر ساده، کیست و آدنوم خوش‌خیم بوده‌اند و ۲۱٪ سرطان تیروئید گزارش شده است. ادامه تحقیق فوق در مقاله دیگری که نتایج اعمال جراحی بین سالهای ۱۳۳۵ تا ۱۳۶۰ در مجتمع پزشکی امام خمینی را بررسی کرده (۳) منعکس شد که در آن، مجموع گواتر ندولر و کیست تیروئید ۸۰٪ و تومورهای بدخیم ۱۳٪ گزارش شده است. این نتایج تقریباً مشابه با نتایج بررسی کنونی است. بررسی حاضر، نتایج اسکن و آسیب‌شناسی بیماریهای مختلف تیروئید را نیز مورد بررسی قرار داده است.

۴. اگر چه تعداد مبتلایان به سرطان تیروئید در این بررسی کم است ولی نشان می‌دهد که درصد سرطانهای آناپلاستیک و مدولری کمتر از آن است که در منابع خارجی ذکر شده است و برعکس سرطانهای خوب افتراق یافته (well differentiated) (پاپیلری، فولیکولر) ۹۷٪ کل سرطانهای تیروئید را تشکیل داده‌اند و فقط یک مورد سرطان مدولری موجود بوده است. بدیهی است عدم تشخیص بالینی سرطان مدولری و نیز عدم اقدام به عمل جراحی در مورد سرطان آناپلاستیک در شیوع آماری انواع بدخیمی دخالت دارند.

نسبت زن به مرد نیز که در سایر کشورها ۲/۱ گزارش شده (۸) در این بررسی حدوداً ۳/۱ بوده است.

در پرونده ۳ نفر از ۲۳ بیماری که مبتلا به سرطان پاپیلری بودند سابقه پرتوتابی به سر، در سنین کودکی موجود بود. احتمالاً شیوع این عارضه بیشتر از اینهاست و ممکن است در مورد سابقه پرتوتابی به سر برای کچلی از این بیماران و یا آنهایی که مبتلا به آدنوم خوش‌خیم بوده‌اند به طور دقیق سؤال نشده باشد. این عارضه احتمالاً یکی از معضلات بهداشتی - درمانی ما است. با توجه به پرتوتابی‌های مکرری که سالها قبل در تهران و شهرستانها برای درمان کچلی انجام می‌شده است، و نیز همان گونه که تجربیات متخصصین تیروئید نشان می‌دهد، در تعداد قابل توجهی از این افراد بعدها تشخیص آدنوم خوش‌خیم یا سرطان تیروئید داده می‌شود (۹). مقایسه آمارهای مربوط به انواع سرطانها در این بررسی و تحقیق قبلی (۲) نشان می‌دهد که درصد سرطان پاپیلری، فولیکولر و مدولری در بررسی فعلی به ترتیب ۶۸٪، ۲۹٪ و ۳٪ در تحقیق قبلی به ترتیب ۵۸٪، ۲۸٪ و ۶٪ بوده است.

۵. در بررسی فعلی ۳ مورد (۱/۳٪) بیماری هاشیموتو دریافتی‌های آسیب‌شناختی گزارش شده است. در مطالعات قبلی در ایران شیوع هاشیموتو ۱/۳ درصد (۲) و ۲/۴ درصد (۳) بوده است. حال آنکه شیوع تیروئیدیت مزمن در گزارشهای ممالک غربی بین ۴ درصد (۱۰) تا ۱۲ درصد (۱۱) گزارش شده است.

۶. سل تیروئید در ۱۸/۰ درصد (۲) و ۲۸/۰ درصد (۳) اعمال جراحی در تهران گزارش شده و جمعاً به ۱۲ مورد سل در یکی از مقالات علمی اشاره شده است (۳). شیوع سل تیروئید در ممالک دیگر بسیار کم (۱/۰ درصد) و بیشتر مربوط به گزارشهای حدود ۵۰ سال پیش است (۱۲-۱۴).

۷. تطبیق یافته‌های اسکن و نتایج آسیب‌شناختی نشان می‌دهد که ۱۷٪ از بیمارانی که اسکن آنها حاکی از گره سرد بوده است و تحت عمل جراحی قرار گرفتند مبتلا به سرطان تیروئید بوده‌اند. این تعداد مشابه نتایجی است که در بعضی از گزارشها دیده می‌شود (۳) ولی بیشتر از درصدی است که در بررسی روتین (معمول) کلیه بیمارانی که با گره سرد مراجعه کرده‌اند گزارش شده است (۴). شاید دلیل این تفاوت در شیوع بدخیمی در گره‌های سرد، مسئله انتخاب بیمار بوده که در این مطالعه صورت گرفته است و احتمالاً بعضی از گره‌های سرد که با علائم خطر همراه نبوده‌اند تحت درمان با هورمون‌های تیروئید قرار گرفته و بیشتر آنها که تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند دارای علائم خطر و یا گره‌های بزرگ بوده و حتی با تشخیص سرطان تیروئید تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند، و لذا درصد بدخیمی در این گره‌ها بیشتر مشاهده شده است. در مطالعه‌ای که درصد بدخیمی ۴/۴ درصد گزارش شده (۴) کلیه بیماران مبتلا به گره سرد تحت بررسی یا بیوپسی تیروئید و سپس عمل جراحی قرار گرفته‌اند و انتخاب بیمار برحسب علائم خطر انجام نشده بود. تطبیق یافته‌های

درمانی آیت... طالبانی کمتر از یک درصد بوده است و نیز بجز یک مورد فلج اعصاب راجعه دائمی که ناشی از وسعت ضایعه بوده و بیمار فوت نموده، مورد دیگری ذکر نشده بود. عارضه هیپوکلسمی در این بررسی به مراتب بیشتر از بررسیهای پیشین یافت شده است (۱۷). عواملی که ممکن است در این امر دخالت داشته باشند عبارتند از:

— برداشتن بیش از معمول بافت تیروئید: در اعمال جراحی انجام شده، ۱۳۹ مورد تیروئید کتومی توتال و ساب توتال صورت گرفته که از نظر بروز هیپوکلسمی خطر بیشتری به همراه داشته است.

— به هر ترتیب، می توان نتیجه گیری کرد که جز در مواردی که تشخیص قطعی بدخیمی موجود بوده است و یا نتیجه برش منجمد هنگام عمل جراحی مشکوک به بدخیمی است، بهتر است جراح از انجام اعمال تیروئید کتومی توتال (کامل) یا ساب توتال (ناکامل) خودداری کند: به این ترتیب که در مورد گره های سرد حداکثر به لوبکتومی قناعت کند و در مورد گواترهای چند گره ای یک لوب بزرگتر و مقدار کمی از لوب طرف دیگر برداشته شود و سپس درمان توقفی دائمی برای جلوگیری از عود بیماری معمول گردد. در صورتی که این روش در گواترهای جراحی شده مورد این بررسی انجام می شد، حداکثر ۵۰ مورد تحت عمل تیروئید کتومی توتال و یا ساب توتال قرار گرفته و بروز هیپوکلسمی به کمتر از ۲/۵٪ کل اعمال جراحی کاهش می یافت.

اسکن و آسیب شناختی در بیمارانی که معاینه بالینی و اسکن آنها گواتر چند گره ای را نشان می داد مبین این واقعیت است که درصد کمی از این بیماران دچار ضایعات بدخیم هستند. گزارشهای قبلی در مورد درصد بدخیمی در گواترهای چند گره ای بسیار متفاوت و از هیچ تا چندین درصد بوده است (۴ و ۱۵).

مسلماً مشاهده چهار درصد بدخیمی در گواترهای چند گره ای که مورد عمل جراحی قرار گرفته اند نشان دهنده این نکته است که بعضی از این بیماران دارای علائم خطر—مثلاً یک گره سرد مشخص در زمینه گواتر چند گره ای— بوده و برای عمل جراحی انتخاب شده اند. با توجه به شیوع گواتر چند گره ای در مناطق کم یُد و منجمله مملکت ما، مجدداً تاکید می شود که اکثر این بیماران نیاز به عمل جراحی ندارند و تعداد کمی از آنان که در اسکن گره های سرد دارند و دارای علائم خطر دیگر نیز هستند باید جهت جراحی انتخاب نمود.

همان گونه که در ۱۰ مورد گره گرم این بررسی مشاهده می شود، وجود بدخیمی در مبتلایان به گره های گرم به مراتب کمتر از گره های سرد است (۱۶). بدیهی است جهت تعیین درصد بدخیمی در گره های گرم، نتایج آسیب شناختی تعداد بیشتری از این گره ها باید بررسی شود.

۸. خوشبختانه مرگ و میر عمل جراحی تیروئید در مرکز آموزشی و

مراجع

1. Thomas C G Jr.: Surgery of the thyroid. Med Clin N Amer 59: 1247, 1975
۲. هوشنگ صادقی نژاد، احمد عسکری افشار، جواد مرحمتی: سل غده تیروئید. مجله نظام پزشکی، سال سوم، شماره ۵، ۱۳۵۲، صفحه ۴۰۷
۳. وهاب فطوره چی، مهرانگیز حاتمی، تقی شریعتمداری: سل تیروئید، گزارش ۱۲ مورد. مجله نظام پزشکی، سال هشتم، شماره ۶، ۱۳۶۱، صفحه ۳۹۵
۴. علی محمد صفا، آذر دانشمند، رضا قاضی سعیدی: بیوپسی تیروئید با سوزن، بررسی ۵۰۰ مورد بیمار مبتلا به ندول سرد تیروئید. مجله نظام پزشکی، سال نهم، شماره ۳، ۱۳۶۴، صفحه ۱۸۵
۵. فریدون عزیزی، مسعود کیمیاگر، جمال الدین باستانی و همکاران: گواتر در شهریار. مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه شهید بهشتی، سال نهم، شماره ۲، ۱۳۶۴، صفحه ۱۵
۶. فریدون عزیزی: درمان با داروهای تیروئیدی. دارو و درمان، سال اول، شماره ۲، ۱۳۶۲، صفحه ۴
7. Ingbar S H, Woeber K A: The thyroid gland, in Textbook of Endocrinology. Williams R H (ed), W B Saunders, Philadelphia, 1981
۸. فریدون عزیزی و همکاران: فیزیوپاتولوژی، علائم بالینی، تشخیص و درمان بیماری های غدد مترشح داخلی. مرکز نشر دانشگاهی، ۱۳۶۵
9. Ron E, Modam B: Benign and malignant thyroid neoplasms after childhood irradiation for tinea capitis, J Natl Cancer Inst 65: 7, 1980
10. Rodigas P, Sufian S, Kaibara N et al: Surgery of the thyroid gland. Int Surg 62: 587, 1977

11. Perzik S L: The place of total thyroidectomy in the management of 909 patients with thyroid disease, *Am J Surg* 132: 480, 1976
12. Rankin F W, Graham A S: Tuberculosis of the thyroid gland. *Ann Surg* 96: 625, 1932
13. Levitt T: The status of lymphadenoid goiter, Hashimoto's & Reidel's diseases. *Ann R Coll Surg* 10: 369, 1952
14. Bolis G B: Tuberculosis fibrosa della ghiandola tiroide. *Lav Ist Anat Istol Patol Univ Perugia* 30: 129, 1970
15. De Groot L J: Thyroid carcinoma. *Med Clin N Amer* 59: 1233, 1975
16. Pinsky S M, Ryo U Y: Technique and utility of thyroid scans, in Radiation associated thyroid carcinoma, De Groot L J et al (eds) Grune & Stratton, New York, 1977, p 297
17. Hershman J M: The treatment of hyperthyroidism. *Am Int Med* 64: 1306, 1966