

شیوع و نوع بدخیمی در ندولهای تیروئید در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی(ره) اهواز طی سالهای ۱۳۷۹-۱۳۷۰

چکیده :

مقدمه و هدف: یکی از عوامل خطرزا در ایجاد کانسر تیروئید ندولهای تیروئید هستند، لذا آشنایی، بررسی و برخورد مناسب و به موقع با این ندولها می تواند موجب تشخیص زودرس و درمان به موقع سرطان تیروئید و در نتیجه بهبود پیش آگهی این بیماران شود. در همین راستا این پژوهش با هدف تعیین شیوع و نوع بدخیمی در ندولهای تیروئید انجام پذیرفت .

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی به طور تصادفی از میان پرونده‌ها، تعداد ۱۰۰ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز در طول ۱۰ سال از سال ۱۳۷۰-۱۳۷۹ که به علت ندول تیروئید بستری و عمل شده اند بررسی شدند. ابزار گردآوری داده ها فرم اطلاعاتی بود. داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS و شاخصهای توصیفی، تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: از این میان ۱۸ درصد پس از عمل کانسر تیروئید تشخیص داده شدند و ۸۹ درصد این بیماران آنهایی بودند که ندول منفرد و سرد از نظر جذب ید رادیواکتیو داشتند.

نتیجه گیری: بعضی معتقدند که درمان طبی به طور طولانی یکی از راههای درمانی این بیماران است. اما با توجه به این که با این گونه درمان، تشخیص قطعی و درمان به موقع بیماران به تأخیر می‌افتد و از آنجا که پاسخ منفی آسپیراسیون با نیدل ظریف نمی تواند قابل اعتماد باشد، بنابراین توصیه می شود کلیه بیماران مبتلا به ندولهای تیروئید منفرد سرد، به خصوص آنهایی که به همراه لنفادنوپاتی گردنی هستند، در مراحل اولیه - در صورت عدم پاسخ کوتاه مدت به دارو درمانی - تحت عمل جراحی لوپکتومی و ایسمکتومی قرار گیرند.

واژه های کلیدی: ندول تیروئید ، کانسرتیروئید، لوپکتومی تیروئید

دکتر عبدالحسن طلائی زاده*

دکتر محمدحسین سرمست شوشتری*

* متخصص جراحی عمومی ، استادیار و

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اهواز،

بیمارستان امام خمینی(ره) ،

دانشکده پزشکی، گروه جراحی

تاریخ وصول : ۱۳۸۳/۱۰/۱۲

تاریخ پذیرش : ۱۳۸۴/۱/۳۰

مؤلف مسئول : دکتر عبد الحسین طلائی زاده

پست الکترونیکی: Ahtalaiezadeh@AUMS.AC.IR

مقدمه

گردید. این اطلاعات عبارت بودند از: سن، جنس، محل سکونت، علایم بالینی (وجود توده در گردن، تنگی نفس، دیسفاژی، گرفتگی صدا، کاهش وزن و درگیری لوب راست یا چپ)، سابقه تابیدن اشعه به گردن در گذشته، وجود سابقه فامیلی مثبت، نتایج اسکن رادیویزوتوب، وجود علایم پرکاری و کم کاری تیروئید، لنفادنوپاتی گردنی و نوع عمل جراحی انجام شده. سپس این اطلاعات در فرم اطلاعاتی ثبت گردید و داده های جمع آوری شده با نرم افزار SPSS^(۱) و شاخص های توصیفی تحلیل شدند.

یافته ها

این بیماران بین سنین ۳۵-۱۵ سال بودند که در شهرستان اهواز زندگی می کردند (جدول ۱ و ۲). ۹۲ مورد (۹۲ درصد) این بیماران را زنان و ۸ مورد (۸ درصد) آنها را مردان تشکیل می دادند.

جدول ۱: شیوع ندولهای تیروئید بر حسب سن

سن	فراوانی	درصد
زیر ۱۵ سال	۲	۲
۱۵ تا ۳۵ سال	۴۹	۴۹
۳۵ تا ۵۰ سال	۳۴	۳۴
بالای ۵۰ سال	۱۵	۱۵
جمع	۱۰۰	۱۰۰

1- Statistical Package for Social Science

در کشور آمریکا هر ساله ۱۲۰۰۰ نفر به علت کانسر تیروئید می میرند. یکی از عوامل خطرزا در ایجاد کانسر تیروئید علاوه بر سابقه فامیلی در نوع مدولاری و دریافت اشعه در کودکی، بروز ندولهای تیروئید هستند. البته خطر بروز سرطان در مبتلایان به ندولهای تیروئید که سابقه فامیلی یا دریافت اشعه در گذشته نداشته اند متفاوت است و تحت تأثیر فاکتورهای مختلفی است و در جوامع مختلف فرق می کند. از آنجا که شیوع ندولهای تیروئید در جامعه ما زیاد است و ابتلا به گواترهای ندولر و ندولهای منفرد تیروئید ممکن است شانس ابتلا به کانسر را افزایش دهد [۱-۳]. در همین راستا هدف از این مطالعه تعیین شیوع ابتلاء به بدخیمی در انواع ندولهای تیروئید است تا شاید بتوان الگوی منطقی و صحیح در رابطه با درمان طبی یا جراحی بیماران مبتلا به ندولهای تیروئید ارائه داد.

مواد و روش ها

این مطالعه توصیفی به صورت تصادفی بر روی بیمارانی که به علت ندول تیروئید در طی سالهای ۷۹-۱۳۷۰ در بخشهای جراحی بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز بستری شده و تحت عمل جراحی قرار گرفته اند انجام شده است. از میان پرونده بیماران مذکور تعداد ۱۰۰ پرونده به تصادف انتخاب شده و اطلاعات مورد نیاز از آنها جمع آوری

چپ و مابقی ۲۲ درصد در هر دو طرف ندول تیروئید داشته‌اند.

از نظر سابقه تابش اشعه به سر و گردن که یکی از عوامل خطرزا در ابتلا به سرطان تیروئید است ۸ درصد بیماران چنین سابقه‌ای را ذکر می‌کردند. از نظر عملکرد هورمونی تیروئید در این بیماران ۵۷ درصد یوتیروئید، ۴۰ درصد هیپرتیروئید و ۳ درصد دیگر هیپوتیروئید بودند. در معاینات بالینی این بیماران ۵ مورد لنفادنوپاتی گردنی داشته‌اند که همگی آنها نهایتاً کانسر تیروئید در آنها به اثبات رسیده است.

در اسکن رادیویوتوپ انجام شده در این بیماران از نظر جذب ید عمدتاً (۸۹ درصد) ندول سرد بوده و ۱۰ درصد دیگر ندول داغ تیروئید داشته به طوری که سایر قسمت‌های تیروئید را از نظر جذب ید مهار نموده و ۱ درصد باقیمانده ندول گرم تیروئید داشته و جذب ید رادیواکتیو در ندول معادل سایر قسمت‌های تیروئید بوده‌است.

در نهایت کلیه این بیماران تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند و برحسب تعداد ندولها و یافته‌های قبل از عمل انواع اعمال جراحی روی آنها انجام شده‌است که عمدتاً لوپکتومی و ایسمکتومی لوب مبتلا (۷۶ درصد)، ساب توتال تیروئیدکتومی (۱۶ درصد)، توتال تیروئیدکتومی (۶ درصد) و اکسزیون ندول (۲ درصد) بوده است.

از نظر پاسخ آسیب‌شناسی به نمونه‌های برداشته‌شده عمدتاً گواتر مولتی ندولر (۶۲ درصد) گزارش شده است و ۱۸ درصد بیماران بدخیمی گزارش شده که ۱۲ درصد آنها را کارسینوم پاپیلری تیروئید و ۶ درصد بقیه کارسینوم فولیکولر گزارش

جدول ۲- شیوع ندولهای تیروئید بر حسب محل سکونت

شهر	فراوانی	درصد
اهواز	۴۰	۴۰
ایذه و باغملک	۱۵	۱۵
رامهرمز	۱۰	۱۰
مسجد سلیمان	۶	۶
شوشتر	۶	۶
آبادان	۶	۶
شادگان	۴	۴
دزفول و اندیمشک	۴	۴
آغاچاری	۳	۳
هفتگل	۲	۲
ماهشهر	۱	۱
شوش	۱	۱
دشت آزادگان	۱	۱
بهبهان	۱	۱
جمع	۱۰۰	۱۰۰

از نظر سابقه فامیلی و وراثت ۸۶ درصد بیماران هیچ گونه سابقه‌ای را ذکر نکرده‌اند و فقط ۱۴ درصد آنها سابقه فامیلی مثبتی را متذکر شده‌اند که رابطه وراثتی خاصی را نشان نمی‌داد.

از نظر نشانه‌های بالینی عمدتاً بیماران با شکایت یک توده در گردن (۷۲ درصد) مراجعه نموده‌اند و سایر بیماران علاوه بر آن با نشانه دیگری از جمله احساس تنگی نفس (۳۱ درصد)، دیسفاژی (۱۹ درصد)، گرفتگی صدا (۸ درصد) و ۶ درصد از بیماران نشانه‌های غیر اختصاصی را بیان نموده که به طور اتفاقی در معاینات کلی ندول تیروئید کشف شده است. تعداد ۲۸ مورد از این بیماران درجاتی از لاغری و کاهش وزن را در شرح حال خود ذکر کرده‌اند.

در ۵۲ درصد این بیماران ندول تیروئید در سمت راست بوده است و ۲۵ درصد دیگر در سمت

از آنجا که توپر و کیستیک بودن این ندولها در شانس بدخیمی آنها نیز تا حدودی دخیل است [۱-۳]، برخی معتقدند انجام سونوگرافی تیروئید در این بیماران در تصمیم گیری نوع درمان جراحی یا طبی می تواند کمک کننده باشد [۱۱ و ۱۰]. مع هذا از آنجا که با استفاده از آسپیراسیون با نیدل ظریف^(۲) می توان از سیتولوژی این ندولها اطلاع حاصل کرد، شاید استفاده از این روش در تفکیک انواع کیستیک از توپر در همان مراحل اولیه بررسی کفایت نماید. با این وجود در جاهایی که دسترسی به سونوگرافی فراگیرتر است بعضی معتقدند که آسپیراسیون با نیدل ظریف با هدایت سونوگرافی انجام شود [۱۰]. با همه این اوصاف و نگاهی اجمالی به نتایج حاصله از مطالعه حاضر تصمیم گیری راجع به این بیماران بایستی با دیدی وسیع تر صورت گیرد [۱۲]. از آنجا که اغلب ندولهای این بیماران (۸۹ درصد) از نوع سرد بوده است و شانس بدخیمی در اینها بیشتر است و جواب منفی آسپیراسیون با نیدل ظریف از نظر سیتولوژی چیزی را رد نمی کند [۳ و ۴]، به نظر می رسد که انجام درمان طبی به طریق هورمون تراپی ممکن است تشخیص قطعی بیمار را به تأخیر بیاندازد. البته در عمل کردن این بیماران هم بایستی دقت شود چون در مواردی که به خصوص همراه پرکاری تیروئید باشد کلافه های عروقی اطراف غده تیروئید گاهی مزاحمتهایی حین عمل ایجاد

شده است. همچنین دژنراسانس کیستیک (۸ درصد)، کولوئید ندول (۸ درصد) و گواتر آدنوماتوز (۴ درصد) گزارش شده است.

بحث و نتیجه گیری

۶ تا ۲۰ درصد ندولهای تیروئید ممکن است بدخیم باشند [۳]. در مطالعه حاضر در حدود ۱۸ درصد از بیماران گذشته از نوع فعالیت ندولها، بدخیمی وجود داشته است. برخی معتقدند درمان ندولهای تیروئید را می شود به صورت طولانی مدت به طریقه مهار غده تیروئید^(۱) با استفاده از لوتیروکسین درمان کرد [۴]. برخی دیگر معتقدند چنانچه این ندولهای تیروئید در مناطق آندمیک کمبود ید باشند می توان با استفاده از ید درمانی در رژیم غذایی بخش عمده ای از این بیماران را درمان کرد [۴ و ۵]. البته از آنجا که شانس بدخیمی بسته به نوع فعالیت ندولها فرق می کند، مثلاً در ندولهای سرد این شانس بیشتر است [۳-۱]. بررسی عملکرد این ندولها با استفاده از اسکن رادیوایزوتوپ شاید در قضاوت نوع درمان مؤثر باشد، لذا بعضی ها معتقدند که کلیه ندولهای تیروئید با استفاده از اسکن رادیوایزوتوپ از نظر جذب ید بررسی شوند [۶ و ۷].

گاهی ممکن است این ندولها در زمینه بیماری گریوز بوده [۸] و یا آن که به همراه علایم پرکاری تیروئید باشند [۹]، لذا منطقی به نظر می رسد که بررسی فعالیت هورمونی تیروئید در بیماران مبتلا به ندول تیروئید انجام شود و نوع ندولها و تعداد آنها که اغلب ممکن است به همراه مولتی ندولار گواتر یا گاهی توکسیک مولتی ندولار گواتر باشند تعیین گردد.

1- Suppression therapy

2- Fine Needle Aspiration (FNA)

می کند [۱۳] که بایستی هم حین عمل دقت بیشتری کرد و هم این که بعضی معتقدند یوتیروئید کردن این بیماران قبل از عمل و دادن لوگول در یک هفته قبل از عمل شاید این کلافه‌های عروقی اطراف تیروئید را کاهش دهد. با توجه به نتایج حاصله لنفادنوپاتی گردنی یک یافته بسیار با اهمیت است، به طوری که هر گاه همراه ندول تیروئید لنفادنوپاتی تیروئید وجود داشته باشد بایستی قویاً به کانسر شک کرد و درمان جراحی را برای اینها به صورت لوبکتومی و بررسی نمونه از طریق فروزن سکشن^(۱) حین عمل در نظر گرفت و در صورت تأیید بدخیمی در همان مرحله اول تیروئیدکتومی توتال برای بیمار انجام داد.

در نهایت پیشنهاد می شود که حداقل در مردان (چون شانس بدخیمی بیشتر است) مبتلا به ندولهای منفرد سرد زودتر تصمیم عمل گرفته شود تا شاید در صورت بدخیمی در مراحل پایین تری درمان شده و پیش آگهی بهتری پیدا کنند.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کلیه کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند سپاسگزاری می نماییم.

1- Frozen Section

Prevalence of Malignancy in Thyroid Nodules in Referral Patients to Imam Khomeini Hospital during 1370-1379

Talaiezhadeh AH*,
Sarmast shoostari MH*.

*Assistant Professor of General Surgery, Ahvaz University of Medical Sciences

KEY WORDS:
Thyroid nodule ,
Thyroid cancer ,
Thyroid lobectomy

Received: 13/10/1383
Accepted: 30/1/1384

Corresponding Author: Talaiezhadeh AH
E-mail: Ahtalaiezhadeh@AUMS.AC.IR

ABSTRACT:

Introduction & Objective: Thyroid nodule is a risk factor in thyroid carcinoma. So proper awareness, evaluation and appropriate management of these nodules can result in early diagnosis and treatment of thyroid cancer which can lead to better prognosis.

Materials & Methods: In this study we evaluated 100 patients with thyroid nodules who referred to Imam khomeini hospital of Ahvaz during 1370-79.

Results: Findings showed that 18% of the subjects were diagnosed as thyroid cancer after operation and 89% were those who had solitary and cold nodule.

Conclusion: It is believed that medical suppression therapy is a treatment of choice in these patients but we believe this can induce delay in diagnosis and appropriate treatment. So, lobectomy and isthmectomy appear to be the management of choice in thyroid nodules especially in solitary and cold nodule in males.

.....
REFERENCES:

- [1] Schwartz SI, Shires GT, Spencer FD .Principles of surgery. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 1999;1678-1681.
- [2]Lawrence W .Current surgical diagnosis & treatment. 9th ed. St.Louis: Appleton & lange; 1994; 267-270.
- [3]Townsend CM .Sabiston text book of surgery. 16th ed. Philadelphia: Saunders; 2001; 613-615.
- [4]Braunwald E, Fauci A, Kasper DL, etal .Harrison's principles of internal medicine. 15th ed. New York: McGraw-Hill; 2001; 2078- 2079.
- [5]Takahashi T, Fujimori k, Simon SL , etal. Thyroid nodules,thyroid function and dietary iodine in the Marshallislande. Int J Epidemiol 1999 ; 28: 742-749.
- [6]Mezosi E, Banjnok L, Gyory F, etal .The role of technetium99m methoxyisobutylisotrile scintigraphy to the differential diagnosis of cold thyroid nodules. Eur J Nucl Med 1999; 26: 798-803.
- [7]Lind P. Multi-tracer imaging of thyroid nodules: is there a role in the preoperative assessment of nodular goiter?. Eur J Nucl Med 1999 ;26: 795-797.
- [8] Cantalamessa L, Baldini M, Orsatti A .Thyroid nodules in graves disease and the risk of thyroid carcinoma. Arch Intern Med 1999 ; 159: 1705-1708.
- [9]Klemm T, Lamesch P, Paschke R .Coincidence of hot thyroid nodules and primary hyperthyroidism. Exp Clin Endocrinol Diabetes 1999 ; 107:295-298.
- [10]Tomimori EK, Comargo RY, Bisi H, etal.Combined ultrasonography and cytological studies in the diagnosis of thyroid nodules. Biochimi 1999 ; 81: 447-452.
- [11]Solymosi T, Erdei A, Nagy D, etal .Percutaneous ultrasound-guided ethanol sclerotherapy of autonomous thyroid nodules. Orv Hetil 1999 ;140: 2161-2165.
- [12]Carpi A, Nicolini A, Sagirpanti A . Protocols for the preoperative selection of palpable thyroid nodules review and progress. Am J Clin Oncol 1999; 22: 499-504.
- [13]Sapino A, Cassoni P, Papotti M, etal. Mascular cushion of the vessel wall at the periphery of thyroid nodules. Mod Pathol 1999;12: 879-884.