

گزارش یک مورد نادر گواتر مولتی ندولار در مדיاستن خلفی

دکتر پروین شاپوری*

چکیده:

گواترهای مדיاستن خلفی خیلی نادرند و اغلب ناشی از نزول پل تحتانی لوب بزرگ شونده تیروئید به سمت پایین و خارج می‌باشد. اغلب بیماران با توده گردن و شکایات ناشی از فشار یا انحراف تراشه، مری یا ورید اجوف فوقانی مراجعه می‌کنند. تشخیص با گرافی قفسه سینه، سی تی اسکن قفسه سینه و گردن و ازوفاگوگرام با باریم می‌باشد. بزرگی پیشرونده، خطر خونریزی ناگهانی در داخل غده تیروئید که باعث مختل شدن تنفس می‌شود و احتمال بدخیمی همراه، عمل جراحی را الزامی می‌سازد. معمولاً عمل جراحی گواتر داخل توراکس از طریق گردن یا سرویکوتوراسیک انجام می‌شود. بیمار ما آقای ۵۶ ساله بود که با تنگی نفس، سختی بلع و سر و گردن قرمز و برافروخته مراجعه کرد که پس از انجام سی تی گردن و قفسه سینه، توده در مדיاستن خلفی با منشأ لوب راست تیروئید ملاحظه شد و پس از بررسی‌های لازم عمل از طریق برش گردنی به صورت تیروئیدکتومی ساب توتال همراه با خارج کردن جزء مדיاستن خلفی انجام شد.

واژه‌های کلیدی: گواتر، مדיاستن خلفی، برش گردنی

زمینه و هدف

نوع بدخیم، تیروئید نابجا و موارد جراحی مجدد نیاز به استرنوتومی دارند.^{۳،۲}

در مورد گواترهای مדיاستن خلفی خارج کردن جزء مדיاستن از طریق گردن مشکل‌تر است^{۵،۴} و در بعضی بیماران نیاز به انجام توراکتومی نیز می‌باشد، زیرا دسترسی از این طریق آسان‌تر است و عروق بهتر کنترل می‌شوند.^{۷،۶}

معرفی بیمار

بیمار آقای ۵۶ ساله با شکایات مشکل بلع و احساس خفگی و تنگی نفس که تدریجاً از ۵ تا ۶ ماه قبل از مراجعه شروع شده بود، مراجعه کرد. در معاینات اولیه، سر و گردن قرمز و

گواترهای مדיاستن، گواترهای هستند که از ورودی توراکس به سمت مדיاستن می‌روند. اغلب در خلف استرنوم و به عبارتی در مدياستن قدامی قرار دارند. گواترهای مدياستن خلفی، در خلف مری یا تراشه قرار می‌گیرند و خیلی نادرند و ۴٪ همه گواترهای مدياستن را تشکیل می‌دهند.^۱ همیشه جراحی گواترهای مدياستن را باید در نظر داشت. حتی در بیماران مسن چون خطر فشار روی تراشه زیاد است و از طرفی عمل جراحی خطری ندارد.

بیشتر گواترهای مدياستن قدامی خوش‌خیم هستند و از طریق برش گردنی می‌توان آنها را جراحی کرد و برداشت. در تعداد کمی از بیماران گواترهای خیلی بزرگ داخل توراکس از

نویسنده پاسخگو: دکتر پروین شاپوری

تلفن: ۰۲۵۱-۲۹۲۴۸۴۵

Email: parvinshapoori@yahoo.com

* استادیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی قم، بیمارستان ولیعصر (عج) قم

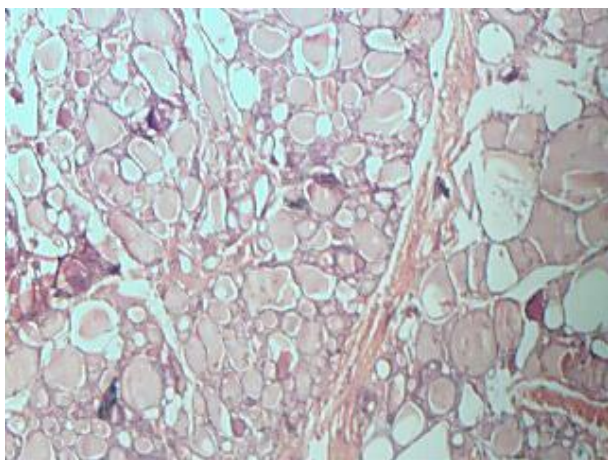
تاریخ وصول: ۱۳۸۷/۰۵/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۷/۱۰/۰۱



تصویر ۲- نمونه توده برداشته شده

لازم به ذکر است عصب راجعه هر دو طرف حین عمل اکسیلور شد و پاراتیروئیدها نیز حفظ شدند. ارزیابی پاتولوژیک توده مدیاستن خلفی و بافت تیروئید، مطرح کننده گواتر مولتی ندولار بدون بافت پاراتیروئید بود (تصویر ۳).



تصویر ۳- پاتولوژی

بعد از عمل علائم برطرف شد و بیمار با یک قرص لووتیروکسین ۱۰۰ μg روزانه مرخص شد. در بررسی ۶ ماه بعد بیمار بدون علامت بود و آندوسکوپی مجدد مری نیز نرمال بود.

برافروخته و تیروئید کمی بزرگ و مولتی ندولار بود و در سمت راست گردن توده‌ای که بیشتر بالای ترقوه را پر کرده بود، لمس می‌شد.

بیمار سی تی اسکن گردن و قفسه سینه شد که توده‌ای در مدیاستن خلفی با منشاء لوب راست مشاهده شد (تصویر ۱) که از پشت اثر فشاری روی تراشه و مری داشت و آنها را منحرف کرده بود.



تصویر ۱- سی تی اسکن

جهت بررسی دیسفاژی، بیمار قبل از مراجعه آندوسکوپی و بیوپسی مری شده بود و گزارش پاتولوژی التهاب شدید همراه با سلول‌های اپی‌لیال آتیپیک بود. تست‌های عملکرد تیروئید و الکترولیت‌ها و کلسیم قبل از عمل نرمال بودند.

بیمار با تشخیص گواتر مولتی ندولار با گسترش به مدیاستن خلفی کاندید عمل جراحی شد.

برنامه‌ریزی عمل جراحی بر پایه آماده بودن جهت لوله‌گذاری مشکل و احتمال توراکوتومی بود. بیمار در وضعیت خوابیده به پشت لوله‌گذاری شد. با برش گردنی، لوب چپ به صورت ساب‌توتال و لوب راست کاملاً همراه با جزء مدیاستن خلفی خارج شد (تصویر ۲).

بحث و نتیجه گیری

براساس مرور منابع علمی، گواتر در مدیاستن خلفی نادر است. در مطالعه‌ای که توسط Mariano و همکارانش در فاصله سال‌های ۱۹۷۵-۱۹۳۵ انجام شده بود، از ۱۳۰۰ بیمار با گواتر مدیاستن، ۱۲۸ بیمار گواتر در مدیاستن خلفی داشتند که همگی از غده تیروئید در گردن منشأ گرفته بودند و شکایت اصلی بیماران ناشی از فشار روی تراشه، مری و عروق بزرگ بود. در ۱۲۲ از ۱۲۸ بیمار با برش گردن، گواتر همراه جزء مدیاستن آن به طور کامل برداشته شده بود و ۶ بیمار نیاز به برش گردن و توراکس همزمان داشته‌اند.^۸

در بعضی منابع، توراکوسکوپی با کمک ویدئو را پیشنهاد داده‌اند که البته همراه با مشکلات تکنیکی زیادی است.^۹

به دلیل تمایل به بزرگ شدن پیشرونده همراه فشار به ساختمان‌های مجاور بعلاوه شانس کم بدخیمی و با توجه به اینکه بیشتر گواترها گسترش یک طرفه به مدیاستن خلفی دارند، می‌توان آنها را با برش گردنی خارج کرد.

اما در گواترهای مدیاستن خلفی که بزرگ یا دو طرفه و یا ایزوله باشند و ارتباطی به گردن نداشته باشند، بهتر است از طریق برش گردن و توراکس جراحی انجام شود.^{۱۰}

نتیجه اینکه در بیمارانی که جزء مدیاستن خلفی گواتر خیلی بزرگ نباشد و یک طرفه باشد، با آمادگی جهت توراکوتومی، می‌توان جراحی را با برش گردنی شروع کرد و اگر محدودیتی جهت رزکسیون کامل و هموستاز نداشته باشیم، بیمار از مورییدیتی و عوارض توراکوتومی در امان خواهد بود.

Abstract:

The Report of a Rare Case of Posterior Mediastinal Multinodular Goiter

*Shapouri P. MD**

(Received: 5 July 2008 Accepted: 22 Dec 2008)

Posterior mediastinal goiters are very rare and occur mostly due to the descent of a posterior laterally enlarging inferior pole of the thyroid gland. Most patients refer with a cervical mass and symptoms due to compression or distortion of the trachea, esophagus, or superior vena cava. The diagnosis is done by Chest. X. Ray, cervical and thoracic computed tomography scan, and Barium esophagogram. Progressive enlargement, risk of sudden hemorrhage within the thyroid gland causing respiratory impairment and the possibility of associated malignancy, make excision of the goiter mandatory. The routine approach to intrathoracic goiters is through cervical or cervicothoracic approach. Our patient was a 56 years old man who referred with dysphagia, dyspnea and pleatoric head and neck. Cervical and thoracic CT scan revealed a mass in the posterior mediastinum with the origin in right thyroid lobe. After routine investigation the patient was operated upon through cervical incision in which subtotal thyroidectomy with unblock resection of posterior mediastinal extension of thyroid was done.

Key Words: Goiter, Posterior Mediastinum, Cervical Incision

* Assistant Professor of General Surgery, Ghom University of Medical Sciences and Health Services, Valiasr Hospital, Ghom, Iran

References:

1. Huins CT, Georgalas C, Mehrzadh, Tolley NS. *Int J Surg* 2008; 6: 76-77.
2. Monckik, JM Marerazzig. *Arch Surg* 2000; 135: 467-471.
3. DM Shahian, RL Rossi. *Chest*, vol 94; 599-602.
4. Chee Fuichong, Wei Keat cheah, FRACS etal. *Asian Cardiothorac Ann* 2004; 12: 263-265.
5. Mack E etal. Management of patients with substernal goiters. *Surge Clin of North AM* 1995; 75: 377-94.
6. Vadasz P, Kotsis L. Surgical aspects of 175 mediastinal goiters. *Eur J Cardiothorac* 1998; 14: 393-7.
7. Chin SC, Rice H, Som PM. spread of goiters outside the thyroid bed; a review of 190 cases and an analysis of the incidence of the various extension. *Arch Otolaryngal Head Neck Surg* 2003; 129: 1198-202.
8. Mariano A, De Andrade. A review of 128 cases of posterior mediastinal goiter. *World J of Surg* 1977; 1: 789-97.
9. Fasial Al-Mufarrej, Marc Margolis, Barbara Tempesta, Eric Strother, Farid Gharagozloo. *J Cardiothoracic Surg* 2008; 3: 55.
10. Rajinder Singh Dhaliwal, Mch, Deepak Puri, Sandeep Singh Rana, Gurpreet stingh, MS. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 1999; 7(3), 228-232.