



## همی تیروئید کتومی الکتیو به همراه لارنژکتومی توتال

\*دکتر سهیلا نیک اخلاق<sup>۱</sup>، دکتر نادر صاکی<sup>۲</sup>، دکتر نسترن رنجبری<sup>۳</sup>

دکتر امیر فصیحی<sup>۴</sup>، پویا نظامی<sup>۵</sup>

<sup>۱،۲</sup>دانشیار گروه گوش، گلو و بینی، <sup>۳</sup>استادیار گروه پاتولوژی، <sup>۴</sup>دستیار گروه گوش، گلو و بینی، <sup>۵</sup>کارورز پزشکی -

دانشگاه علوم پزشکی اهواز

### خلاصه

**مقدمه:** یکی از مباحث مورد اختلاف بین جراحان لزوم انجام تیروئیدکتومی همراه با لارنژکتومی کامل در سرطان های پیشرفته ی حنجره بدون درگیری واضح غده تیروئید است. این مطالعه جهت ارزیابی میزان تهاجم سرطان حنجره به غده ی تیروئید در غیاب درگیری واضح بالینی در موارد انجام لارنژکتومی کامل صورت پذیرفته است.

**روش کار:** در این مطالعه توصیفی مقطعی ۱۸۶ بیمار مبتلا به سرطان حنجره که در بیمارستان امام خمینی اهواز بین سال های ۸۶-۱۳۷۴ تحت عمل جراحی لارنژکتومی کامل همراه با تیروئیدکتومی در سمت گرفتار قرار گرفته اند، از نظر تهاجم تومور حنجره به غده ی تیروئید مورد بررسی قرار گرفتند.

**نتایج:** از ۱۸۶ بیمار ۱۶۹ نفر مرد و ۱۷ نفر زن بودند. با میانگین سنی مبتلایان ۶۳ سال بود. در بررسی هیستوپاتولوژیک نمونه های غدد تیروئید، در ۷ مورد تهاجم تومور مشاهده گردید. سرطان حنجره در تمامی ۷ بیمار در مرحله ی پیشرفته بود که شامل ۵ مورد کانسر ترانس گلو تیک و ۲ مورد کانسر ساب گلوت بود. به علاوه در ۴ بیمار درگیری غضروف تیروئید و در یک بیمار درگیری سینوس پیرفرم یافت گردید.

**نتیجه گیری:** در تمام بیمارانی که جهت درمان کانسر حنجره، تحت عمل جراحی لارنژکتومی کامل قرار می گیرند، نیاز به انجام تیروئیدکتومی الکتیو نیست. همی تیروئیدکتومی و ایسمکتومی در مواردی مانند گسترش ساب گلو تیک تومور، تهاجم به غضروف تیروئید، و یا سینوس پیرفرم توصیه می شود.

**واژه های کلیدی:** تیروئیدکتومی، درگیری بافت تیروئید، سرطان حنجره، لارنژکتومی

### مقدمه

الکل، تحریک مزمن مخاطی، تابش دوز پایین اشعه، فاکتورهای شغلی و فاکتورهای ویروسی بالاخص ویروس ابشتین بار (EBV) و ویروس پاییلوما ی انسانی (HPV) دخیل می باشد (۱). اقدامات تشخیصی و درمانی در سرطان های حنجره خود از مباحث چالش برانگیز است، چون این اقدامات باید ضمن تاثیرگذاری در سلامت بیمار با حداقل برداشت نسجی همراه باشد تا از بروز عوارض بعد از عمل هم چون فیستول گردنی،

سرطان سلول سنگفرشی (SCC) مخاط دستگاه تنفسی فوقانی شایع ترین نوع سرطان در ناحیه ی سر و گردن بوده و در ایجاد آن فاکتورهای متعدد ژنتیکی و محیطی از جمله سیگار،

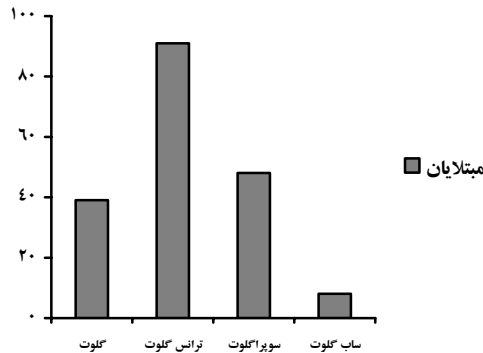
\*آدرس مولف مسئول: اهواز، بیمارستان امام خمینی، گروه گوش،

گلو و بینی

تلفن تماس: ۰۶۱۱-۲۲۲۸۱۷۶ Email: nsaki\_Ir@yahoo.com

تاریخ وصول: ۸۷/۸/۲ تاریخ تایید: ۸۷/۱۰/۲۰

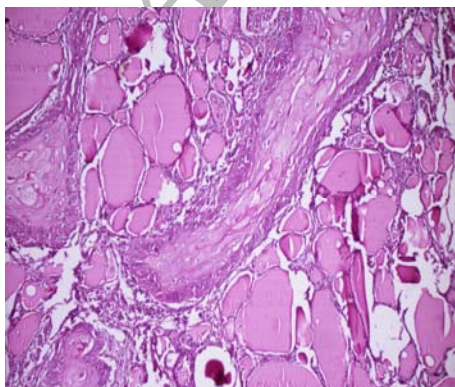
۹۱ مورد (۴۸/۹٪) کانسر ترانس گلوت، ۴۸ مورد (۲۵/۸٪) کانسر سوپراگلوت، ۳۹ مورد (۲۰/۹٪) درگیری گلوت و ۸ بیمار (۴/۴٪) نیز کانسر ساب گلوت داشتند.



**نمودار ۱-** توزیع فراوانی بر اساس محل آناتومیکی سرطان حنجره در بیماران مورد مطالعه

۸۱٪ بیماران در stage III و ۱۹٪ بیماران در stage IV قرار داشتند. از نظر مطالعات بافتی در کلیه بیماران نوع تومور سرطان بافت سنگفرشی بوده است. درجه ی تمایز تومور در ۲۲٪ موارد grade I (well differentiated) ۱۹٪ موارد grade II (well to moderate. diff) ۵۰٪ موارد grade III (moderate diff) ۴٪ موارد grade IV (moderate to poorly diff) و در ۵٪ موارد grade V (poorly diff) بود.

در بررسی هیستوپاتولوژیک تیروئید خارج شده تنها در ۷ مورد (۳/۷۶٪) تومور به غده تیروئید تهاجم یافته بود (تصویر شماره ۱).



**تصویر ۱-** نمایش هیستوپاتولوژیک گرفتاری غده تیروئید در سرطان حنجره

تنگی مجرای تنفسی یا تنگی راه غذایی پیشگیری نماید (۲). از نکات قابل ذکر جراحی در سرطان حنجره، برداشتن غده ی تیروئید به همراه حنجره است. SCC حنجره می تواند به طور مستقیم به غده ی تیروئید تهاجم یافته و یا با احتمال کمتری از راه لنفاتیک یا عروق این غده را درگیر نماید. بسیاری از جراحان معتقد هستند که جهت حذف متاستازهای مخفی کانسر حنجره به غده ی تیروئید باید همراه با لارنژکتومی کامل، همی تیروئیدکتومی الکتیو و ایسمکتومی به طور معمول انجام گردد (۴،۳). انجام همی تیروئیدکتومی الکتیو در مواردی که شواهد روشنی از درگیری غده تیروئید وجود ندارد، مورد بحث و مناقشه جراحان بوده است. ریسک هیپوتیروئیدی بعد از لارنژکتومی توتال همراه با همی تیروئیدکتومی حدوداً ۵۰٪ برآورده شده است و اگر رادیوتراپی بعد از جراحی نیز انجام گردد، این ریسک بیش از ۶۵٪ خواهد بود (۱). هیپوتیروئیدی بعد از لارنژکتومی توتال اثرات سیستمیک مختلفی از جمله اثرات قلبی عروقی و روانی دارد و روی بهبودی زخم تاثیر قابل توجهی دارد (۵) هدف از این مطالعه بررسی موارد لزوم انجام همی تیروئیدکتومی به همراه لارنژکتومی توتال می باشد.

## روش کار

در این مطالعه توصیفی ۱۸۶ بیمار که مابین سال های ۸۶-۱۳۷۴ در بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز با تشخیص کانسر حنجره تحت عمل جراحی توتال لارنژکتومی و همی تیروئیدکتومی قرار گرفته بودند مورد بررسی قرار گرفتند. بررسی هیستوپاتولوژیک غده ی تیروئید خارج شده در تمام بیماران انجام گردید. هم چنین در تمام بیماران سن، جنس، محل آناتومیکی تومور، پیشرفت بافتی تومور، درجه ی تمایز تومور و درگیری غدد لنفاوی گردن ثبت گردید.

## نتایج

از ۱۸۶ بیمار ۱۶۹ نفر مرد (۹۰/۸۶٪) و ۱۷ نفر زن (۹/۱۴٪) بودند. محدوده سنی این بیماران بین ۲۸ تا ۹۰ سال و میانگین سنی ۶۳ سال بود. از نظر مکان درگیری حنجره،

در ۱۵ مورد (۸/۰۶٪) از بیماران غضروف تیروئید درگیری تومورال را نشان می دهد اما فقط در ۴ مورد از ۱۵ مورد مذکور تومور به غده ی تیروئید تهاجم یافته بود. در ۴۸ مورد (۲۵/۸٪) موارد درگیری غدد لنفاوی گردن دیده شده است. از ۷ بیماری که غده ی تیروئید در آن ها درگیر بوده، ۵ نفر مرد و ۲ نفر زن بودند. میانگین سنی در این بیماران ۶۴/۷ سال داشتند. در ۴ مورد لب راست تیروئید و در ۳ مورد لب چپ تیروئید درگیر بوده است.

۵ نفر از این ۷ بیمار مبتلا به تومور ترانس گلوتیک و ۲ نفر دیگر مبتلا به تومور ساب گلوت بودند. ۴ نفر از بیماران در Stage IV و ۳ نفر دیگر در Stage III بیماری قرار داشتند. در تمام این ۷ نفر درجه ی تمایز بافتی تومور Grade III بود. در ۳ نفر از این بیماران تومور به کمیشتر قدامی حنجره تهاجم یافته بود و در یک بیمار نیز سینوس پیریفرم درگیر بوده است. در ۵ نفر از این بیماران بی حرکتی کامل طناب صوتی به صورت یک طرفه وجود داشت.

جدول ۱- گرفتاری غده ی تیروئید در بیماران توتال لارنژکتومی شده

بیمار	سن	جنس	محل تومور	TNM	Stage	Grade	لب تیروئید گرفتار	روش گرفتاری
۱	۶۵	مرد	ترانس گلوتیک	T3NoM0	III	III	راست	تهاجم مستقیم
۲	۶۳	مرد	ترانس گلوتیک	T4N1M0	IV	III	راست	تهاجم مستقیم
۳	۶۹	مرد	ترانس گلوتیک	T3N1M0	IV	III	چپ	تهاجم مستقیم
۴	۶۱	زن	ساب گلوتیک	T4N2M0	IV	III	راست	تهاجم مستقیم
۵	۵۸	مرد	ترانس گلوتیک	T3NoM0	III	III	چپ	تهاجم مستقیم
۶	۷۳	مرد	ساب گلوتیک	T3NoM0	III	III	چپ	تهاجم مستقیم
۷	۶۴	زن	ترانس گلوتیک	T4N1M0	IV	III	راست	تهاجم مستقیم

جراحی تیروئیدکتومی به همراه توتال لارنژکتومی قرار گرفته اند افزایش می یابد و به خصوص اگر این بیماران تحت درمان با رادیوتراپی بعد از عمل جراحی قرار گیرند شانس ابتلا به هیپوتیروئیدی تا ۶۵٪ الی ۷۰٪ بالا خواهد رفت (۶،۹).

در میان بیماران مورد مطالعه ی ما فقط در ۷ مورد تهاجم تومور به غده ی تیروئید دیده شد که ۴ نفر از این بیماران در stage IV و ۳ نفر دیگر در stage III بودند. در مطالعات انجام شده آمارهای متفاوتی از میزان درگیری غده ی تیروئید گزارش شده است: در مطالعه dadas و همکاران بر روی ۱۸۲ بیمار که تحت عمل جراحی لارنژکتومی توتال و همی تیروئیدکتومی قرار گرفته بودند، درگیری غده ی تیروئید در ۱٪ بیماران یافت گردید (۷). در مطالعه ی دیگری که توسط دکتر رزم پا و همکارانشان بر روی ۲۸۰ بیمار در بیمارستان امیر اعلم و امام خمینی (ره) تهران که تحت عمل جراحی توتال لارنژکتومی و همی تیروئیدکتومی قرار گرفته بودند انجام شد، میزان درگیری غده ی تیروئید ۴/۶۴٪ گزارش شده است (۸). در مطالعه ی دیگری که در مکزیک بر روی ۹۲ بیمار انجام شد،

## بحث

انجام همی تیروئیدکتومی به طور معمول به همراه عمل جراحی توتال لارنژکتومی در بیمارانی که دچار سرطان حنجره هستند، هنوز هم به عنوان یکی از مباحث چالش برانگیز باقی مانده است و اختلاف نظر زیادی بین جراحان در خصوص انجام روتین همی تیروئیدکتومی در شرایطی که شواهد واضحی دال بر درگیری غده ی تیروئید دیده نمی شود، وجود دارد (۷،۶).

سرطان حنجره می تواند مستقیماً یا به طور غیر مستقیم (از راه لنفاتیک یا عروق) به غده ی تیروئید متاستاز بدهد. در بیمارانی که زنجیره ی لنفاوی ژوگولار به دلیل کانسر گلوت و یا ساب گلوت درگیر باشد، ریسک تهاجم تومور به غده ی تیروئید بالا می باشد. در بیمارانی که تومور حنجره به غضروف تیروئید و کریکوتید تهاجم یافته باشد، احتمال درگیری غده ی تیروئید به طور مستقیم بیشتر است (۸). از طرف دیگر مطالعات نشان داده اند که احتمال هیپوتیروئیدی در بیمارانی که تحت عمل

عروقی، روانی و اختلال در روند بهبودی زخم دارد (۹،۶) و نادر بودن متاستاز تومور حنجره به غده تیروئید، در پاره ای مطالعات انجام همی تیروئیدکتومی الکتیو در شرایطی که شواهد واضحی از درگیری غده تیروئید وجود ندارد، توصیه نمی گردد (۱۳،۸،۵).

### نتیجه گیری

در تمام بیمارانی که جهت درمان کانسر حنجره، تحت عمل جراحی لارنژکتومی کامل قرار می گیرند، نیاز به انجام تیروئیدکتومی الکتیو نیست. خارج کردن یک یا دو لب تیروئید در مواردی مانند گسترش ساب گلو تیک تومور حنجره بیشتر از یک سانتی متر، درگیری کمیسور قدامی و یا سینوس پیریفرم توصیه می شود.

### تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشکده ی پزشکی جندی شاپور اهواز و کارکنان گروه پاتولوژی و مدارک پزشکی که در انجام این طرح ما را یاری دادند، کمال تشکر را داریم.

در ۱۲٪ بیماران تومور به غده تیروئید تهاجم یافته بود (۱۰). در مطالعه ی ما از میان ۷ بیماری که غده ی تیروئید آن ها توسط تومور حنجره درگیر شده بود، ۵ نفر تومور ترانس گلو ت و ۲ نفر تومور ساب گلو ت داشتند. در ۳ نفر از بیمارانی که تومور ترانس گلو ت داشتند تومور به طور قابل توجهی (بیش از یک سانتیمتر) به ناحیه ساب گلو ت گسترش یافته بود. در ۳ بیمار کمیسور قدامی و در یک بیمار نیز سینوس پیریفرم درگیر بود. غضروف تیروئید در ۴ نفر از بیماران مذکور درگیر بود. به نظر می رسد که شانس تهاجم تومور به غده تیروئید در میان بیماران با گسترش تومور به ناحیه ساب گلو ت، کمیسور قدامی، بی حرکتی طناب صوتی درگیری غضروف تیروئید و یا سینوس پیریفرم، بیشتر می باشد. در اکثر مطالعات انجام شده درگیری غده ی تیروئید در میان بیمارانی که گسترش ساب گلو تیک تومور و درگیری غضروف تیروئید و کمیسور قدامی داشتند با میزان بیشتری گزارش شده است (۱۲-۱۰).

از آن جا که هیپوتیروئیدیسیم بعد از جراحی یکی از عوارض شایع در این بیماران می باشد که اثرات قابل توجه قلبی

### References

- 1- Nikakhlagh S, Saki N, Makvandi M, Jahanshahi J, Emad Mostophi N, Nezami P. [Detection and typing of human papilloma virus DNA by PCR in head and neck squamous cell carcinoma]. Medical journal of Hamadan university 2008; 15(2): 19-22. (Persian)
- 2- Saki N, Nikakhlagh S, Kazemi M. [Pharyngocutaneous fistula after laryngectomy: Incidence, predisposing factors, and outcome]. Arch Iran Med 2008; 11(3): 314-7. (Persian)
- 3- Spatano A, Chetnock R. Thyroid gland invasion in glottis squamous cell carcinoma. Laryngoscope 2005; 115(7): 1249-50.
- 4- Tell R, Lundell G, Nilsson B. Long term incidence of hypothyroidism after radiotherapy in patients with head and neck cancer. J Radioncol Bio Phys 2004; 60: 395-400.
- 5- Donnelly MJ, Mearam O, Dwer TP. Thyroid dysfunction following combined therapy for laryngeal carcinoma. Clin Otolaryngol 1995; 20: 254-7.
- 6- Smolarz K, Malke G, Voth E, Scheidlauer K. Hypothyroidism after therapy for larynx and pharynx carcinoma. Thyroid 2000; 10(5): 425-9.
- 7- Dadas B, Uslu B, Cakir B. Intraoperative management of the thyroid gland in laryngeal cancer surgery. J Otolaryngol 2001; 30(3): 179-83.
- 8- Razmpa E, Naghibzadeh B, Mehdizadeh J. Thyroid gland involvement in cancer of the larynx: A five year multicenter study. Acta Medica 2004; 142(3): 181-4.
- 9- Gallego S, Hernandez JF. [Thyroidectomy associated with laryngectomy in laryngeal cancer treatment. Is it routinely necessary]. Circir 2005; 73(1): 3-6. (Spanish)
- 10- Ceylan A, Koybasioglu A, Yilmaz M. [Thyroid gland invasion in advanced laryngeal and hypopharyngeal carcinoma]. Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg 2004; 13(1-2): 9-14. (Turkish)
- 11- Yuen AP, Wei WI, Lam KH, Ho CM. Thyroidectomy during laryngectomy for advanced laryngeal carcinoma. Whole organ section study with long term functional evaluation. Clin Otolaryngol Allied Sci 2005; 20(2): 145-9.
- 12- Biel MA, Maisel RH. Indications for performing hemithyroidectomy for tumors requiring total laryngectomy. Am J Surg 1999; 150(4): 435-9.
13. Brennan JA, Meyers AD, Jafek BW. The intraoperative management of the thyroid gland during laryngectomy. Laryngoscope 1991; 101(9): 929-34.