نشانه‌های بالینی، روش تشخیصی و درمان گویتر زیرجناغی

دکتر منوچهر آقابژائزاده، دکتر فیض الله صفرپور، دکتر محمد‌رضا کو‌ره‌ساری، دکتر حسین امامی، دکتر سید

علی‌علی، دکتر سعید کلانتری

داشتگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی
دوره هشتم، شماره ۴، صفحه‌های ۳۴۳ - ۳۲۹ (رمستان ۱۳۸۵)

چکیده
گویتر (ITG) یا گویتر زیرجناغی (Substernal (SSG) به‌مواردی اطلاق می‌شود که بیش از ۵۰٪ حجم تروید پایین‌تر از دهانی و درون‌تر از طرف نزدیک‌ترین در هیراکسپارسیون گردید قابل لمس نباشد. مواد و روش‌ها: از ۱۲۳۱ تا ۱۲۳۳ بهمین گرفتنده که ۲۷ زن بالا با بیماران بیماران آموز و بیماران دیگر از باید با ادامه سنی (۵۰ تا ۷۵ سال). این بیمار با طرح افتراقی با رادیوگرافی، ۷ ماه با طرح تغییر در طرح گرفتنگی صدا و بیمار با دیسکی و بیشک مراجعت کرده و کنارمی بیمار جراحی شود بیمار. نسبت ترین و سهولی تشخیص عکس رادیوگرافی از قفسه سینه، و به‌خوبی و سهولی

C T Scan

(Grave (Median Sternotomy) یا گویتر زیرجناغی (Collar) ۷ بیمار با شکافی گرد و پارشی استرتومنی، و ۵ بیمار با استرتومنی میانی (Grave (Median Sternotomy) شدن. از نظر آناتومیک در ۱۷ مورد گوتار در مادی تست قدمی راست، ۱۲ مورد در مادی تست قدمی چپ و یک مورد در ناحیه راست بود. در ۲۲ مورد گوتار مولتی دنیلر، ۷ مورد با پایلی سل کارسیستم، یک مورد مولتی دنیلر سل کارسیستم، ورود آبی‌های سل کارسیستم و یک مورد تقویت نیروی گوتار. عوارض جراحی در ۷ بیمار دیده شد. نتیجه گیری: بیماران دچار گویتر اینتراتراپیک غایب مبتنی بر شرایط مناسب تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند. اگر قرار باشد، دچار خوزیزی دخالت گوتار و تغییرات

به‌خوبی می‌باشد که یک خطر جدی است.

واژگان کلیدی: گوتار، گوتار زیرجناغی (ساب اسکار)، گوتار درون قفسه سینه (آنتراپسیک)

دریافت مقاله: ۸۰/۵/۲۷ - دریافت اصلاحیه: ۸۰/۷/۲۷ - پذیرش مقاله: ۸۰/۸/۲۷

مقدمه
توسعه و کسترش به طرف مادیان در گوتارهای زیرگر

همچنین ممکن است ITG همراه با یک باند حرفه‌ای، تی‌فیزیولوژی به صورت دیجیتال داخلی - Intra thoracic goiter (ITG)
در بروز خاصی، نحوه درمان و عوارض زودرس
و دیررس جراحی بروز شد.
همه بیماران در وضعیت جراحی تیروئید بر روی تخت عمل کرده. امکان استروئومودیتیا وجود داشته است. در بیماران ایدا انسنزیوم گردید. یک داده و سعی شد پس از لیگاست و قطع شریان تیروئید فوقانی و تحتانی با یک دو انگشت کسب و در مقایسه وارد ساخته شده و تیروئید را به داخل جردن هایی می‌تواند آن را راکسوین کنیم در شرایط، قطعه شد تیروئید به صورت قطعه قطعه
و در شرایط اسکل. سعی شد تیروئید به صورت قطعه
استروئومودیتیا تیروئید خارج شد.
در مواردی که قبل از عمل مشکوک به چسبندگی شد، کانسنتر سندروم کسترک مانند CT-Scan سرطان کراتون را به داخل توراکس نشان دهد. بودیم با برای استروئومودیتیا میانی تیروئید دش. در یک مورد که در دسته‌ای در ناف ریزی انسنیم وجود داشته، یک کریک که لغزش ما است. در مداری ادنی، تیروئید اکتوبرپا را تأیید کرد.

یافته‌ها
در بررسی حاضر، 37 (26/5 درصد) مؤلفه و 13 (26/5 درصد) مذکر بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 37/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگی

مواد و روش‌ها
میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگین سن بیماران 40 سال و 31/5 درصد بودند. میانگی

i- Suppression therapy
ii- Median Sternotomy
جدول 2 - عوارض زودرس پس از جراحی بیماران مبتلا به گواتر زیرچیناغی

به کاتر سپتوم

<table>
<thead>
<tr>
<th>عوارض</th>
<th>تعداد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سنگین نسیمی</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>نگگ نسیمی</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>دیسفونی</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>خونریزی</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>آبسی عصب راجع</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>هیپوکسی</td>
<td>6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 3 - عوارض در دیروستی پس از جراحی بیماران مبتلا به گواتر زیرچیناغی

به کاتر سپتوم

<table>
<thead>
<tr>
<th>عوارض</th>
<th>تعداد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سنگین نسیمی</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>نگگ نسیمی</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>دیسفونی</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>خونریزی</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>آبسی عصب راجع</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>هیپوکسی</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>کمکاری تیرورت</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

بحث

در مورد ITG و ایپیدمیولوژی آن بحثی ندارد. میزان شیوع، جنس و سن ابتلا در مطالعه‌های حاضر احتیاطی با مطالعه‌های دیگر ندارند. از بررسی مطالعه‌های پژشکی، ITG و SSG در مقایسه با گواتر کرنی، در سنین بالاتری خود را نشان می‌دهند و این اختلاف سن بروز مربوط به طولانی بودن گواتر است که تا حال سبب شناختی گزارش شده می‌باشد.

تغییرات بدنی ناشی از است و مهمترین عامل خطرای خاکستری ناشی از است، مدت ابتلا و گواتر ITG سن و مدت ابتلا کاتر است. برای تغییرات بدنی در ITG است ۱۱۱ در بررسی حاضر علایم واضح در مراحل اولیه گواتر موتلی ندارند. گزارش شد. در تمام بیماران عكس قسمتی سینه انجام شد که نمایان آن غیرطبیعی بود. در تمام بیماران CT-Scan انجام شد که محل دقیق توخ از عناصر داده و در ۴۶ مورد ارتباط بین تیروئید گردنب پویا و توراسیک به خوبی شکست. اسک از تیروئید تیروئید با یاد ۱۲۱ در ۲۶ بیمار انجام شد. فقط در ۵ بیمار جدب ی بدو قسمت داخل توراکس شکست داده شد.

جدول 1 - علائم بالینی بیماران مبتلا به گواتر زیرچیناغی

<table>
<thead>
<tr>
<th>علائم بالینی</th>
<th>تعداد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سنگین نسیمی</td>
<td>۲۷</td>
</tr>
<tr>
<td>نگگ نسیمی</td>
<td>۱۲</td>
</tr>
<tr>
<td>دیسفونی</td>
<td>۲</td>
</tr>
<tr>
<td>خونریزی</td>
<td>۶</td>
</tr>
<tr>
<td>کمکاری تیرورت</td>
<td>۶</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(انفاقی) بدون علامت

۱۵

یک پتی کردن.

گزارش پاتولوژی بیماران در جدول ۲ آمده است.

در ۲۱ بیمار با انسیون گردنب در ۷ بیمار با انسیون کوارز با پاراسیل استرودونی و در ۳ بیمار با استرودونی میانی تیروئیدکومی انجام شد. لیکوکومی و ایسکومیک در ۱۶ بیمار انجام گرفت. ساب تودال تیروئیدکومی در ۱۲ بیمار در ۴ بیمار انجام گرفت. ۱۲ بیمار به تراکوستومی debunking و تیروئید کردن توسط تراکوستومی در ۱۲ بیمار انجام شد. ۴ بیمار به تراکوستومی SSG (SSG) در جدول ۳ نشان داده شده است.

صدعت و نیاز به تراکوستومی وجود داشت.

مدت پیکری بیماران ۲ تا ۵ سال بود. بیمار مبتلا به کارسینوم آنالازناغی پس از ۶ ماه و بیمار مبتلا به انسیون تیروئید پس از یک سال نمودید. بیمار مبتلا به سل کارسینوم پس از ۳ سال نمودید. بیمار مبتلا به سل کارسینوم پس از ۳ سال نمودید. بیمار مبتلا به پاتولوژی ناشی از مدت پیکری ۵ ساله وجود داشت. عوارض در دیروستی پس از جراحی بیماران مبتلا به گواتر زیرچیناغی در جدول ۴ آمده است.

ی- Substernal goiter
تشخیص بدنی‌های ITG با FNA و رادیوگرافی قبل از عمل

مشکل است.\textsuperscript{10} اما بروز پیشینی در ITG باید حتماً در نظر گرفته شود.\textsuperscript{12} در مورد نحوه تشخیص اختلال ITG وجود دارد، اما از حساسیت‌های رادیوگرافی CT-Scan (CXR) در بیماران ITG غیرطبیعی است.\textsuperscript{10} است. رادیوگرافی نفس سینه در بیماران ITG این مدل ساختگی ITG است. توصیه می‌شود مکر آن که نوع

نها و ITG وجود پیشینی و سایر تشخیص‌های هنوز ITG از آن تا می‌توانیم در میزان آجای و MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا می‌توانیم در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا می‌توانیم در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا می‌توانیم در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا می‌توانیم در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا می‌توانیم در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا می‌توانیم در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا می‌توانیم در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا می‌توانیم در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا می‌توانیم در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا می‌توانیم در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا می‌توانیم در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا می‌توانیم در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا می‌توانیم در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا می‌توانیم در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا می‌توانیم در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا می‌توانیم در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا می‌توانیم در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا می‌توانیم در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا می‌توانیم در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا می‌توانیم در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا می‌توانیم در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا می‌توانیم در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا می‌توانیم در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن تا MGI می‌باشد.\textsuperscript{8}

در MGI می‌باشد.\textsuperscript{8} ITG و ITG از آن T
References


Substernal Goiters: Clinical Presentation, Diagnosis, and Surgical Management

Aghajanzadeh M, Safarpoor F, Kohsary MR, Alavi SA, Amani H, Klantary S.
Razi Teaching Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, I. R. Iran
e-mail: maghjanzadeh2003@yahoo.com

Abstract

Introduction: Intrathoracic goiter (ITG) or substernal goiter (SSG) includes any thyroid enlargement in which over 50% portion of the thyroid permanently located under the thoracic inlet and lower pole of thyroid is not palpable with the neck in hyperextended position. Materials and Method: Between Jan 1993 and July 2002, 334 patients underwent thyroidectomy for goiters in Rasht (North of Iran). In this investigation, initial presentations, surgical managements and complications of 32 patients with substernal goiter have been evaluated retrospectively. Results: There were 20 women and 12 men, with a mean age of 40 years (range 45-67 yrs). Twenty-two patients presented with respiratory symptoms, two had dysphagia, four complained of hoarseness, and five patients were detected incidentally by CXR. Chest X-ray was the first step in diagnosis, and C. T Scan was the best imaging examination for diagnosis. Isotope scanning was helpful only in five patients. Twenty-one patients were operated with the collar incision, seven with collar incision, and in some along with partially sternotomy four and four patients were operated by median sternotomy. Localization: In 17 patients the goiters were in the right anterior mediastinum and in 14, in the left anterior mediastinum, in one patient goiter was seen in the hilum of the right lung. Pathologic reports were as follows: multinodular goiter in 22 patients; papillary cell carcinoma in seven patients; anaplastic carcinoma in one patient; and lymphoma in one patient. Medullary cell carcinoma in one patient. There was no hospital mortality. Postoperative complications occured in five patients. Conclusion: This study recommends that intrathoracic goiter should be operated early under suitable conditions because of malignant transformation and other hemorrhagic or serious complications.

Key words: Goiter, Substernal goiter, Intrathoracic goiter