

مقاله اصلی

مقایسه میزان عود و عوارض بعد از عمل تیروئیدکتومی توتال و ساب توتال در درمان جراحی گواتر مولتی ندولار

تاریخ دریافت: ۹۳/۳/۲ تاریخ پذیرش: ۹۳/۵/۱۸

خلاصه

مقدمه

جراحی یکی از درمان های گواتر مولتی ندولار می باشد ولی انتخاب وسعت عمل جراحی با توجه به احتمال عود بیماری و بروز عوارض بعد از عمل، مورد بحث است. هدف از این مطالعه، بروز عوارض و عود بیماری در دو روش تیروئیدکتومی توتال (TT) و ساب توتال (ST) در بیماران مذکور است.

روش کار

در این مطالعه گذشته نگر مقطعی که بین سالهای ۱۳۹۱-۱۳۹۲ انجام شد، ۱۰۴ بیمار مبتلابه گواتر مولتی ندولار (MNG) خوش خیم که همگی قبل از سال ۱۳۸۵ در بیمارستان آموزشی امام رضا (ع) تحت عمل جراحی تیروئیدکتومی قرار گرفته بودند، وارد مطالعه شدند. ۵۲ بیمار در گروه توتال و ۵۲ بیمار در گروه ساب توتال تیروئیدکتومی از لحاظ عوارض جراحی و عود بیماری با یکدیگر مقایسه شدند. تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS انجام و P کمتر از ۰/۰۵ سطح معنی دار در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین سنی بیماران ۴۵/۳ سال و میانگین زمان پیگیری بیماران تا ۷۴ ماه بود. عود بیماری در ۸ بیمار (۱۵/۴٪) گروه ساب توتال دیده شد ولی هیچ موردی از عود در گروه توتال تیروئیدکتومی یافت نشد ($p < 0.05$). تفاوت معنی داری در آسیب گذرا و دائمی عصب رکورنت حنجره و هیپو پاراتیروئیدسم گذرا و دائمی بین دو گروه مشاهده نشد. مرگ و میر، بروز هماتوم، عفونت زخم و مدت بستری در بیمارستان نیز در دو گروه تفاوت معنی داری نداشت.

نتیجه گیری

توتال تیروئیدکتومی به عنوان روش انتخابی برای گواتر مولتی ندولار در بیمارستان های دانشگاهی دارای جراحان با تجربه کافی در این عمل توصیه می شود.

کلمات کلیدی: گواتر مولتی ندولار، تیروئیدکتومی، عود، عوارض

پی نوشت: این کار تحقیقاتی با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام گردیده است و نتیجه پایان نامه دکترای عمومی خانم دکتر فرونش یاری با کد ۹۱۰۰۹۳ می باشد.

^۱ امین جهانی

^۲ پروین لایق

^۳ فرونش یاری

^۴ مهدی اسدی*

۱- دستیار تخصصی جراحی عمومی، مرکز تحقیقات جراحی سرطان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۲- استادیار بیماری های غدد درون ریز و متابولیسم، مرکز تحقیقات غدد درون ریز، بیمارستان امام رضا (ع)، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۳- دانشجوی دکترا، مرکز تحقیقات جراحی سرطان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۴- استادیار گروه جراحی عمومی، مرکز تحقیقات جراحی سرطان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

* مرکز تحقیقات جراحی سرطان، بیمارستان امام رضا (ع)، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تلفن: ۰۵۱-۳۸۰۲۲۶۷۷

نمبر: ۰۵۱-۳۸۵۲۵۲۵۵

E-mail: asadimh@mums.ac.ir

Original Article

Evaluation of the Quality of life in patients with chronic urticaria

Received: May 23 2014- Accepted: August 9 2014

- 1- Amin Jahani
- 2- Parvin Layegh
- 3- Farnoosh Yari
- 4- Mehdi Asadi*

1- Assistant of General Surgery, Surgical Oncology Research Center, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2- Assistant Professor of Endocrinology and Metabolism, Endocrine Research Center, Imam Reza Hospital, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3- Student of Medicine, Surgical Oncology Research Center, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

4- Assistant Professor of General Surgery, Surgical Oncology Research Center, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

* Surgical Oncology Research Center, Imam Reza Hospital, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Tel: 051-38026677

Cell phone: 051-38525255

Email: asadimh@mums.ac.ir

Abstract

Introduction: Surgery is an option for multinodular goiter (MNG), but extension of surgery is controversial due to risk of recurrence and post operative complications. So, we decided to compare these problems between subtotal (ST) and total (TT) thyroidectomy as surgical treatment of MNG.

Methods: This cross-sectional retrospective study was done between 2011-2012. 104 patients with benign MNG (52 in TT and 52 in ST groups) that operated before year 2006 in Imam Reza Educational Hospital, were enrolled. Rate of recurrence and surgical complications compared between two groups. $P < 0.05$ considered significant.

Result: Mean age of patients was 45.3 years. Mean duration of Follow up was 74 months. 8 patients in ST group (15.4 %) and no patient in TT group had recurrence of goiter ($p < 0.05$). There was no significant differences in transient and permanent hypoparathyroidism, transient and permanent recurrent laryngeal nerve palsy, mortality, hematoma, wound infection and hospital stay duration between two groups.

Conclusion: Total thyroidectomy as procedure of choice for multinodular goiter is recommended in Educational Hospitals with experienced surgeons.

Key words: Multinodular Goiter, Thyroidectomy, Recurrence, Complications

Acknowledgement: This research financially supported by Research Council of Mashhad University of Medical Sciences and this manuscript is based on the results of thesis by Dr. Yari with approval number 910093.

مقدمه

گواتر مولتی ندولار (MNG) غیر توکسیک پاتولوژی تیروئیدی شایعی است که با افزایش سن، میزان بروز آن افزایش می‌یابد. فاکتورهای محیطی مثل گواتروژنها، سوء تغذیه، داروها، تیروئیدیت، فاکتورهای ژنتیکی و جنسیت مونث در ایجاد آن دخیل است (۱، ۲). گواتر در حال رشد بر ساختمانهای گردن آثار فشاری دارد و سبب دیسفاژی، سرفه، تنگی نفس، فشار بر عروق بزرگ سرگردن و به طور نامعمول انسداد راه هوایی می‌گردد (۳). بروز علایم انسدادی، مسائل مربوط به زیبایی (Cosmetic) و وجود بدخیمی، جزو اندیکاسیون های جراحی گواتر مولتی ندولار هستند (۴). جراحی به صورت توتال یا ساب توتال بسته به وسعت درگیری و قضاوت بالینی جراحی قابل انجام است. انتخاب روش عمل در بیماران MNG، همچنان مورد بحث و اختلاف است. روش ساب توتال با عود بیشتر و لذا نیاز به عمل مجدد و افزایش عوارض ناشی از آن ولی با عوارض بعد از عمل کمتری همراه است و در عوض تیروئیدکتومی توتال با عود کمتر اما عوارض بیشتر همراه است (۵ و ۶). تمایل به توتال تیروئیدکتومی در حال حاضر رو به افزایش است و با پیشرفت تکنیکهای جراحی می‌تواند به صورت مطمئن و بی‌خطر و با عوارض کم انجام شود (۷، ۸). عوارض شایع جراحی تیروئید هماتوم، آسیب به عصب رکورنت حنجره، هیپوپاراتیروئیدی و هیپوکلسمی گذرا می‌باشند (۹).

احتمال آسیب عصب رکورنت حنجره در دستان جراح با تجربه، کمتر از ۱٪ است (۱۰). هیپوکلسمی گذرا تا ۵۰٪ موارد و هیپوپاراتیروئیدی دائمی در کمتر از ۲٪ موارد رخ می‌دهد، هماتوم بعد از عمل با خونریزی ممکن است رخ دهد ولی به ندرت نیاز به جراحی مجدد اورژانس جهت تخلیه هماتوم می‌باشد. سلولیت، عفونت و آسیب به شریان کاروتید، ورید ژوگولار و مری ناشایع است (۱۱، ۱۲). از آنجا که در مطالعات مختلف راجع به عوارض و میزان عود ناشی از روش های مختلف جراحی در بیماران MNG نتایج متفاوتی به دست آمده است و با توجه به شیوع نسبی بیماری در جامعه ما و عدم وجود قطعیت در انتخاب روش های مختلف جراحی، مطالعه حاضر در این

راستا طراحی شد.

روش کار

در این مطالعه گذشته نگر مقطعی که بین سالهای ۱۳۹۱-۱۳۹۲ انجام شد، ۱۰۴ بیمار مبتلا به MNG که همگی در سالهای قبل از ۱۳۸۵ در بیمارستان آموزشی امام رضا (ع) تحت عمل جراحی تیروئیدکتومی قرار گرفته بودند و تمام اطلاعات دموگرافیک، بالینی، آزمایشگاهی و تصویر برداری بعد از عمل جراحی و آسیب شناسی آنها در بایگانی بخش جراحی موجود بوده و پیگیری بعد از عمل کمتر از ۵ سال نداشتند، وارد مطالعه شدند.

وجود عفونت به صورت نیاز به درناژ زخم و نه تجویز آنتی بیوتیک، تعریف شد. وجود هماتوم در صورت نیاز به مداخله طبی یا جراحی لحاظ گردید. بیماران بعد از خاتمه عمل به طور روتین توسط متخصص بیهوشی از نظر وضعیت طناب های صوتی مورد بررسی قرار گرفته بودند. کسانی که خشونت یا گرفتگی صدا بعد از عمل داشتند، به متخصص گوش و حلق و بینی جهت مشاوره ارجاع داده شده بودند و نتایج در پرونده بیماران ثبت شده بود. آسیب عصب رکورنت حنجره بر اساس گزارش متخصص بیهوشی و گوش و حلق و بینی و نیز دائمی یا گذرا بودن آن با ملاک قرار دادن بازه زمانی شش ماهه مشخص شد. طی بستری بعد از عمل در بخش جراحی، کلسیم سرم مرتباً چک شده و شواهد بالینی هیپوکلسمی کنترل شده بود. بروز هیپوپاراتیروئیدیسم بر اساس کلسیم سرم کمتر از ۸ میلی گرم در دسی لیتر و یا بروز شواهد بالینی هیپوکلسمی به صورت بی‌حسی و پarestزی اطراف دهان و انگشتان، مثبت شدن علایم شوستوک و تروسو، گذرا یا دائمی بودن آن نیز با ملاک قراردادن بازه زمانی شش ماهه تعریف شد. مشکل ترین قسمت مطالعه، بررسی عود بود. در مطالعات مختلف لمس غده با قوام ندولار، بازگشت شکایت های بیمار یا معیارهای سونوگرافیک طبق مطالعه Miccoli (نمای ندولار هیپر یا هیپواکو با ضخامت بیش از ۵ میلی متر در سونوگرافی به عنوان مهمترین مورد) استفاده شده است.

وجود هر یک از سه معیار فوق در پرونده سرپائی بیمار به عنوان عود بیماری تلقی شد و زمان عود برحسب زمان ثبت یافته های

جدول ۳- نتیجه بررسی آسیب شناسی تیروئید پس از جراحی

ساب توتال تیروئیدکتومی	توتال تیروئیدکتومی	کل	
۳	۲	۵	گواتر و بدخیمی
۵	۸	۱۳	گواتر و تیروئیدیت
۱۲	۷	۱۹	گواتر و آدنوم خوش خیم
۳۲	۳۵	۶۷	گواتر خالص

جدول ۴- روش تشخیص موارد عود پس از جراحی

سوناگرافی	سمپتوم ها	لمس	تعداد
۶	۱	۱	

توتال تیروئیدکتومی) بود. طول مدت پیگیری به صورت میانگین ۷۴ (۶۲-۸۸) ماه بود که به صورت تفکیک شده در بیماران با توتال تیروئیدکتومی ۷۲ (۶۴-۸۰) ماه و در بیماران با ساب توتال تیروئیدکتومی ۷۸ (۶۲-۸۸) ماه بوده است.

آسیب عصب گذرا در یک بیمار با توتال تیروئیدکتومی و یک بیمار با ساب توتال تیروئیدکتومی مشاهده شد، که تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نگردید. ($p > 0.05$) آسیب عصبی دائمی در هیچ گروهی از بیماران یافت نشد.

هایپوپاراتیروئیدیسم گذرا در دو بیمار توتال تیروئیدکتومی و یک بیمار ساب توتال تیروئیدکتومی یافت شد که تفاوت معناداری در بین دو گروه وجود نداشت. ($p > 0.05$) هایپوپاراتیروئیدیسم دائمی در هیچ گروه از بیماران یافت نگردید.

میانگین طول مدت بستری بیماران در بیمارستان ۲/۷ (۲-۷) روز بود که در گروه بیماران با توتال تیروئیدکتومی ۲/۹ (۲-۶) روز و

جدول ۱- اطلاعات دموگرافیک بیماران

P Value	ساب توتال تیروئیدکتومی	توتال تیروئیدکتومی	کل	
	۵۲	۵۲	۱۰۴	تعداد بیماران
> 0.05	۴۶/۸۵	۴۲/۴۵	۴۵/۳۲	میانگین سن (سال)

فوق تعریف شد. لازم به ذکر است که در زمینه عود، میزان عود، نه زمان عود، مدنظر بوده است. برای بررسی اهداف و سوالات تحقیق از آزمون های کی دو، استیودنت یا معادل های نان پارامتریک آن و نیز از روش تحلیل رگرسیون لجستیک استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS انجام و P کمتر از ۰/۰۵ سطح معنی دار در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه پرونده ۱۰۴ بیمار مبتلا به گواتر مولتی ندولار خوش خیم شامل ۷۵ زن و ۲۹ مرد واجد معیارهای ورود و فاقد معیارهای خروج مطالعه، که به بخش جراحی بیمارستان امام رضا مراجعه نمودند، مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات دموگرافیک بیماران در جدول یک نمایش داده شده است.

روش جراحی، انسیزیون کولار، اکسپلور روتین عصب، درن دوطرفه در همه بیماران بوده است. بیماران به دو گروه شامل ۵۲ بیمار که تحت توتال تیروئیدکتومی (۳۴ زن و ۱۸ مرد) و ۵۲ بیمار که تحت ساب توتال تیروئیدکتومی (۴۱ زن و ۱۱ مرد) قرار گرفتند، تقسیم شدند. میانگین سنی بیماران ۴۵/۳۲ سال (۴۲/۴۵) سال در گروه توتال تیروئیدکتومی و ۴۶/۸۵ سال در گروه ساب

جدول ۲- میزان عوارض انواع عمل جراحی و میزان عود در هر روش

P Value	ساب توتال تیروئیدکتومی	توتال تیروئیدکتومی	کل	
NS*	۱	۱	۲	آسیب عصب گذرا
NS	۰	۰	۰	آسیب عصب دائمی
NS	۱	۲	۳	هایپوپاراتیروئیدیسم گذرا
NS	۰	۰	۰	هایپوپاراتیروئیدیسم دائمی
< 0.05	۸	۰	۸	عود
NS	۰	۰	۰	مورتالیتی
NS	۱	۰	۱	هماتوم
NS	۰	۰	۰	عفونت زخم
NS	۷۸ (۶۲-۸۸) ماه	۷۲ (۶۴-۸۰) ماه	۷۴ (۶۲-۸۸)	مدت پیگیری
NS	۲/۵ (۲-۷) روز	۲/۹ (۲-۶)	۲/۷ (۲-۷)	بستری بیمارستان

*NS: Non Statistically significant

در بیماران با ساب توتال تیروئیدکتومی ۲/۵ (۷-۲) روز ثبت گردیده بود که در بین بیماران با توتال تیروئیدکتومی بالاتر از بیماران با ساب توتال تیروئیدکتومی بوده است اما تفاوت معناداری نداشته است. ($p > 0.05$) کلیه اطلاعات فوق در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

نتایج پاتولوژی نهایی پس از عمل بیماران در جدول ۳ ارائه شده است و در مجموع ۵ مورد دارای کانونهای بدخیمی در پاتولوژی نهایی بوده اند.

میزان عود در بین بیماران با ساب توتال تیروئیدکتومی هشت مورد گزارش شد. کشف موارد عود در بین این گروه از بیماران به این صورت بوده است: یک مورد از طریق لمس، یک مورد براساس سمپتوم ها و شش مورد دیگر از طریق سونوگرافی. هیچ موردی از عود در بین بیماران گروه توتال تیروئیدکتومی وجود نداشت. میزان عود در بیمارانی که تحت ساب توتال تیروئیدکتومی قرار گرفتند به صورت معناداری از بیماران در گروه توتال تیروئیدکتومی بالاتر بوده است. ($p < 0.05$) اطلاعات مرتبط با عود بیماری در جدول شماره ۴ بیان شده است.

بحث

در مطالعه حاضر در بیماران گواتر مولتی ندولار خوش خیم که تحت عمل جراحی توتال یا ساب توتال تیروئیدکتومی قرار گرفته بودند، میزان عود بیماری در تیروئیدکتومی ساب توتال به طور معنی داری بالا بود در حالی که تفاوت معنی داری در بروز هیپوپاراتیروئیدسم گذرا و دائمی و آسیب عصب رکورنت حنجره به صورت گذرا و دائمی بین دو روش جراحی ملاحظه نشد. از آنجا که جراحی در یک بیمارستان دانشگاهی با مراجعین زیاد و توسط جراحان دارای تجربه و مهارت جراحی کافی انجام شده است یک دلیل نبودن تفاوت معنی دار در عوارض در دو روش، می تواند ناشی از این مسئله باشد و ممکن است نتایج حاصله در مراکز غیر دانشگاهی و در سطح شهرستانهای کوچکتر با تعداد محدود بیماران و احتمالاً تجربه محدودتر جراحان در جراحی تیروئید، متفاوت باشد که این مسئله نیاز به انجام مطالعات

مناسب با این شرایط دارد. در یک مطالعه مروری توسط رایس^۱ و همکاران در سال ۲۰۱۴ در طی پیگیری طولانی در کسانی که رزکسیون ساب توتال تیروئید شده بودند، عود ندول در ۱۴٪-۴/۷٪ (۸٪ بیماران دیده شد (۱۳). در مطالعه حاضر این رقم ۱۵/۴٪ (۸٪) مورد از ۵۲ بیمار ساب توتال تیروئیدکتومی) می باشد. میزان هیپوپاراتیروئیدسم دائمی به دنبال توتال تیروئیدکتومی از ۰/۵٪ در مراکز تخصصی تا ۱۰٪ در یک مطالعه مقطعی متفاوت بوده است. این عارضه در روش جراحی همی تیروئیدکتومی یک طرفه با رزکسیون ساب توتال طرف مقابل (روش Dunhill) در حدود ۱-۲٪ گزارش شده بود. نویسندگان در پایان به این نتیجه رسیدند که توتال تیروئیدکتومی خطرات قابل ملاحظه ای دارد و باید فقط در صورتی که اندیکاسیون انجام آن به طور دقیق ارزیابی شده باشد، انجام شود.

کائو^۲ و همکاران در یک متا آنالیز در سال ۲۰۱۴ که به مقایسه کارآیی و بی خطر بودن توتال تیروئیدکتومی (شامل تیروئیدکتومی Near-total) با تیروئیدکتومی ساب توتال جهت درمان گواتر مولتی ندولر پرداخته است، نشان می دهد که تیروئیدکتومی توتال با میزان عود کمتر ندول و میزان بالاتر هیپوپاراتیروئیدی گذرا همراه است ولی بین تیروئیدکتومی ساب توتال و توتال تفاوت معنی داری در میزان فلج دائمی عصب رکورنت حنجره و میزان هیپوپاراتیروئیدسم دائمی دیده نمی شود که تا حدود زیادی با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد (۱۴).

آگاروال^۳ در سال ۲۰۰۸، در مروری سیستماتیک، نشان داد که عود ندول بعد از ساب توتال تیروئیدکتومی تا ۵۰٪ بیماران دیده شده است ولی میزان عوارض دائمی همراه با تیروئیدکتومی توتال و ساب توتال تفاوتی نداشته است. در عوض هیپوکلسمی گذرا بعد از تیروئیدکتومی توتال بیشتر بوده است. وی در توصیه ای با گرید C، توتال تیروئیدکتومی را یک روش بی خطر و موثر در گواترهای مولتی ندولار در دستان جراحان ورزیده و باتجربه می داند و تیروئیدکتومی توتال را روش انتخابی برای درمان جراحی

¹ Rayes

² Cao

³ Agarwal

گواتر مولتی ندولار خوش خیم معرفی می کند (۱۵).

تزلزل^۱ در مطالعه ای مقایسه ای بین تیروئیدکتومی توتال یا Near-total و تیروئیدکتومی ساب توتال در بیماران با گواتر مولتی ندولار، تفاوت معنی داری در میزان هیپوپاراتیروئیدیسم دائمی و فلج یک طرفه عصب رکورنت حنجره به صورت گذرا یا دائمی، گزارش نمی کند ولی نشان می دهد که هیپوپاراتیروئیدیسم گذرا به میزان معنی داری در گروه تیروئیدکتومی توتال یا نزدیک کامل (Near-total)، بیشتر دیده می شود. انسیدانس کارسینوم تیروئید در مطالعه وی در گروه تیروئیدکتومی توتال و Total-Near بالاتر بود و نیاز به تکمیل تیروئیدکتومی در گروه ساب توتال در ۲۴٪ موارد دیده شد (۱۶). در مطالعه حاضر در گروه توتال تیروئیدکتومی ۲ مورد و در گروه ساب توتال ۳ مورد از بدخیمی تیروئید بعد از عمل جراحی دیده شد. وسعت جراحی اثر قابل توجهی در میزان عوارض دائمی نداشت و نهایتاً وی نیز تیروئیدکتومی توتال یا نزدیک به کامل را در بیماران با گواتر مولتی ندولار خوش خیم توصیه می نماید.

پاپالاردو^۲ از ایتالیا نیز تیروئیدکتومی توتال را روش انتخابی برای درمان گواتر مولتی ندولار خوش خیم ذکر می کند ولی توماس^۳ نشان می دهد که با افزایش وسعت رزکسیون به میزان قابل توجهی خطر فلج عصب رکورنت حنجره و هیپوپاراتیروئیدیسم، افزایش می یابد و بیان می کند که تجربه و مهارت جراح و تشخیص صحیح عصب رکورنت حنجره سبب کاهش خطر فلج دائمی عصب می شود (۱۷، ۱۸). خطر هیپوپاراتیروئیدیسم دائمی نیز اگر حداقل دو غده پارا تیروئید شناسایی شوند، کاهش خواهد یافت وی نتیجه می گیرد که به دلیل افزایش موربیدیته بعد از جراحی بعد از انجام جراحی تیروئیدکتومی توتال، جراحی ساب توتال

همچنان بعنوان یک رژیم درمان استاندارد جهت گواتر مولتی ندولار قابل توصیه است. اوسمولسکی^۴ نیز شایعترین عوارض بعد از جراحی تیروئید را آسیب عصب رکورنت حنجره و هیپوپاراتیروئیدیسم معرفی می کند و تیروئیدکتومی توتال و عمل مجدد (Reoperation) را فاکتورهای خطر برای بروز آسیب عصب رکورنت حنجره و هیپوپاراتیروئیدیسم می داند (۱۹). در مجموع علی رغم تفاوت های موجود در نتایج مطالعات، تمایل روز افزونی به انجام توتال تیروئیدکتومی جهت گواتر مولتی ندولار خوش خیم در سطح دنیا وجود دارد.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد گرچه به لحاظ عوارض گذرا و دائمی بعد از عمل تفاوتی بین دو گروه وجود ندارد ولی میزان عود بیماری در تیروئیدکتومی ساب توتال به طور معنی داری بیشتر است. با توجه به نقش تجربه و مهارت جراح در بروز عوارض و نیز عود بیماری و از آنجا که مطالعه اخیر در یک مرکز دانشگاهی با تعداد بیمار بالا و تجربه بیشتر جراحان انجام شده است، می توان در بیماران گواتر مولتی ندولار خوش خیم که کاندید عمل جراحی هستند توتال تیروئیدکتومی را به عنوان روش درمانی انتخابی در مراکز دانشگاهی با تجربه کافی در این زمینه، توصیه نمود ولی تعمیم این توصیه به مراکز غیر دانشگاهی با تجارب بالینی کمتر، نیاز به انجام مطالعات مناسب دارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از همکاری مرکز تحقیقات جراحی سرطان وابسته به معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، بویژه سرکار خانم عقیق ضیایی مهر سپاسگزاری می کنند.

¹ Telzelman

² Pappalardo

³ Thomusch

⁴ Osmolski

References

1. Plaza CP. Thyroid, Parathyroid and Adrenal. In: Brunicaardi FC, Anderson DK, Billiar TR, *et al.* Schwartz's Principles of Surgery. 9th ed. The McGraw-Hill Companies, USA: 2010.2613-2615.
2. Martinez JH, Palermo C, González FF, Laboy I. Overview of thyroid physiology: an essential for understanding familial euthyroid multinodular goiter. *Bol Asoc Med P R* 2013;105(2):68-71.
3. Mitsuma T. Endocrinological approach to symptoms and diagnosis of goiter. *Nihon Naika Gakkai Zasshi* 1991 Mar 10;80(3):332-336.
4. Knudsen N, Laurberg P, Perrild H, Bülow I, Ovesen L, Jørgensen T. Risk factors for goiter and thyroid nodules. *Thyroid* 2002; (12):879-888.
5. Mamchych VI, Pogorielov OV, Voskoboïnik OIu. Modern aspects of nodular goiter surgical treatment. *Klin Khir* 2012 Oct;(10):49-52.
6. Rayes N, Seehofere D, Neuhaus P. The surgical treatment of bilateral benign nodular goiter: balancing invasiveness with complications. *Dtsch Arztebl Int* 2014 Mar;(10):171-178.
7. Wilson C. Surgery: benign thyroid disease-total or subtotal thyroidectomy? *Nat Rev Endocrinol.* 2011;(1):4.
8. Rafferty MA, Goldstein DP, Rotstein L, Asa SL, Panzarella T, Gullane P, *et al.* Completion thyroidectomy versus total thyroidectomy: is there a difference in complication rates? An analysis of 350 patients. *J Am Coll Surg* 2007 Oct;205(4):602-607.
9. Burge MR, Zeise TM, Johnsen MW, Conway MJ, Qualls CR. Risks of complication following thyroidectomy. *J Gen Intern Med* 1998 Jan;13(1):24-31.
10. Jeannon JP, Orabi AA, Bruch GA, Abdalsalam HA, Simo R. Diagnosis of recurrent laryngeal nerve palsy after thyroidectomy: a systematic review. *Int J Clin Pract* 2009 Apr;63(4):624-629.
11. Shiryazdi SM, Kargar S, Afkhami-Ardekani M, Neamatzadeh H. Risk of postoperative hypocalcemia in patients underwent total thyroidectomy, subtotal thyroidectomy and lobectomy surgeries. *Acta Med Iran* 2014;52(3):206-209.
12. Berri T, Houari R. Complications of thyroidectomy for large goiter. *Pan Afr Med J* 2013 Dec 11;16:138.
13. Rayes N, Seehofer D, Neuhaus P. The surgical treatment of bilateral benign nodular goiter – balancing invasiveness with complications. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111(10):171-178.
14. Cao H, Han J, Zhang D, Yu Z, Wang M, Jiao Z. Meta-analysis of total thyroidectomy for multinodular goiter. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban* 2014; 39(6):625-631.
15. Agarwal G, Agarwal V. Is total thyroidectomy the surgical procedure of choice for benign multinodular goiter? An evidence-based review. *World J Surg* 2008;32(7):1313-1324.
16. Tezelman S, Borucu I, Senyurek Giles Y, Tunca F, Terzioglu T. The change in surgical practice from subtotal to near –total or total thyroidectomy in treatment of patients with benign multinodular goiter. *World J Surg* 2009;33(3):400-405.
17. Pappalardo G, Guadalaxara A, Frattarpli FM, Illomei G, Falaschi P. Total compared with subtotal thyroidectomy in benign nodular disease: personal series and review of published reports. *Eur J Surg* 1998; 164(7):501-506.
18. Thomusch O, Sekulla C, Dralle H. Is primary total thyroidectomy justified in benign multinodular goiter? Results of a prospective quality assurance study of 45 hospitals offering different levels of care. *Chirurg* 2003; 74(5):437-443.
19. Osmolski A, Frenkiel Z, Osmolski R. Complications in surgical treatment of thyroid disease. *Otolaryngol Pol* 2006;60(2):165-170.