

## تدبير سرطانات الغدة الدرقية جراحياً

الدكتور سلمان القاضي\*  
الدكتور دمر رومية\*\*  
محمود مسلم\*\*\*

(قبل للنشر في 2003/10/16)

### □ الملخص □

\* لقد تمت الدراسة على (52) مريضاً راجعوا مشفى الأسد الجامعي خلال الفترة الممتدة بين 2000/6 إلى 2003/6. شخص سرطان الغدة الدرقية بشكل مؤكد بعد صدور نتائج التشريح المرضي للعقد الدرقية المستأصلة والتي كانت تشكل السبب الرئيسي لمراجعة المريض للمشفى خوفاً من المرض الخبيث.

\* بلغت نسبة الإناث (71.15%) بينما بلغت نسبة الذكور (28.85%) أي رجحان إصابة الإناث على الذكور بنسبة قدرها (2:5).

\* تراوحت أعمار المرضى بين (30) سنة وحتى (65) سنة وكانت ذروة الإصابة في العقد الخامس من العمر .

\* أكثر أنواع السرطانات الدرقية تواتراً في هذه الدراسة هو السرطان الحليمي بنسبة قدرها (65.28%) وهذه النسبة تتوافق مع معظم الدراسات العالمية .

\* الكثير من وسائل الاستقصاء هذه كانت توجه نحو السرطان ولا تؤكد، خاصة مع وجود عوامل خطورة عند المريض مثل زيادة قطر العقدة، أو وجود ضخامة جانبية للغدة الدرقية، أو وجود تكلسات ضمن الغدة الدرقية على الصورة البسيطة للعنق.

\* الخزعة بالإبرة الرفيعة FNA أجريت عند (35) مريضاً ممن شملتهم عينة الدراسة، فكانت النتيجة موجهة في (5) حالات، أما في بقية الحالات فكانت النتيجة سلبية .

\* الفحص بالمقطع الجمدي أثناء العمل الجراحي : أجري فقط عند (20) مريضاً وذلك لأسباب تقنية بحتة. في حالتين فقط كانت النتيجة موجهة نحو السرطان دون أن تؤكد أما في بقية الحالات فكانت النتيجة سلبية .

\* التدبير الجراحي المتبع : أجري استئصال درق تام عند معظم المرضى الذين شملتهم عينة البحث، حيث تم استئصال استئصال الدرق بمرحلة لاحقة بعد صدور نتائج التشريح المرضي. في ثلاث حالات فقط تم استئصال كامل الفص المصاب مع البرزخ وعند صدور نتائج التشريح المرضي تبين أن الورم متمايز وقطره أقل من (1) سم فاكنتينا بهذا الإجراء واعتبر ذلك شافياً .

\* المتابعة بعد الجراحة :

- 1 - المعالجة باليود المشع : تم ارسال المرضى إلى مركز الطب النووي استكمال المعالجة باليود المشع .
- 2 - المعالجة الهرمونية : تلت المعالجة باليود المشع من أجل تثبط TSH .

\* المضاعفات بعد الجراحة :

- قصور الدريقات : حدث عند (3) مرضى بنسبة قدرها (5.77%) .
- أذية العصب الراجع : حدثت في حالتين بنسبة قدرها (3.85%) .

\* مدرس في قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية .  
\* \* استاذ مساعد في قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية .  
\* \* \* طالب دراسات عليا في قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية .

## Surgical Management of Thyroid Cancer

Dr. Sulman Al- Kadi \*  
Dr. Dommar Roumieh \*\*  
Mahmoud Mossallam\*\*\*

(Accepted 16/10/2003)

### □ ABSTRACT □

During the period between 6-2000 à 6-2003 we studied (52) patient admitted to Al - Assad Hospital, pathological examination found evidence of thyroid cancer in the existed thyroid nodes, confirming the patients' worst fears .

Females account for (71.15%) whereas males (28.85%) that is against 5 females, there are 2 males.

The age of patients is between (30--- 60) years with meximam cases among people in fifth decade

The most common thyroid cancer in this study is papillary carcinoma which occurs (65.28%). this goes in parallel with universal studies.

A lot of investigation referred to cancer but not confirmed it, especially where there are risk factors as such as increasing diameter of nodes, lateral enlargement or the existence of calcifications on simple x-ray .

We made( F. N. A) for (35) patients, and suspected malignancy in 5 cases but we didn't confirm the diagnosis in all cases .

We made frozen section study during procedure to only (20) cases due to technical problems, this referred to cancer in (2) cases but didn't affirm the other cases were negative .

The procedures : we made total thyroidectomy to most applicants as we resumetotal thyroidectomy secondary after the results of pathology. in 3 cases we made total lobectomy with the isthmus and stopped there as the pathological consultation showed that the tumor was well differentiated and had a diameter less than 1 cm .

After treatment :

1. I therapy : we sent all the patients to nuclear medicine center in Damascus to resume I therapy .
2. Hormone therapy : after I therapy to suffers TSH .

Complications :

- hypoparathyroidism : which occurred in 3 cases (5.77%) .
- Recurrent nerve lesion was recorded in 2 cases (3.85%) .

---

\* Lecturer - Surgery Department, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

\*\*Associate Professor - Surgery Department, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria .

\*\*\*Postgraduate Student - Surgery Department, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria .

## مقدمة:

نظراً لارتفاع نسبة آفات الغدة الدرقية في بلدنا، وخاصة في الساحل السوري حيث تستوطن بعض آفات الدرق. تتضح أهمية هذه الدراسة التي تعنى بسرطان الغدة الدرقية .  
وتأتي العوامل المرضية والتجميلية في الدرجة الثانية عند مريض الغدة الدرقية حيث يشكل المرض الخبيث الهاجس الأول الذي يدفع المريض لمراجعة الطبيب .  
ويجب أن لا يغيب عن أذهاننا أن إنذار سرطان الدرق هو جيد نسبياً إذا تمت المعالجة بشكل باكر لذلك أولت هذه الدراسة التداخل الجراحي الأهمية القصوى، مع عدم التقليل من إمكانية الاستفادة من وسائل الاستقصاء المتاحة لدينا، وضرورة المعالجة المتممة، التي تتلو العمل الجراحي .

## أهمية البحث :

تتبع أهمية هذا البحث من النقاط التالية :

أولاً: عند الرجوع إلى الدراسات التي تناولت الغدة الدرقية، لم نجد أي دراسة سابقة شاملة لسرطان الغدة الدرقية حيث كانت الدراسات السابقة تركز على آفات الغدة الدرقية بشكل عام، دون تناول سرطان الغدة الدرقية بشكل مستقل .  
ثانياً: تواتر آفات الدرق بشكل ملحوظ في بلدنا مع استيطانها في بعض المناطق، وعلى رأسها الدراق وبالتالي زيادة نسبة حدوث سرطان الدرق. علماً أنه يشكل حتى (1%) في العديد من الدراسات العالمية من مجمل آفات الغدة الدرقية [ 2].

## هدف البحث:

تسليط الضوء على ضرورة التداخل الجراحي الباكر عند تشخيص الدراق العقيدي، وخاصة عند وجود عقد باردة على التقريسة الومضانية، مع الانتباه إلى إمكانية تسرطن العقد الحارة ولكن بنسبة أقل .  
و تبيان الخطة العلاجية الجراحية التي ينصح بها لمعالجة سرطانات الغدة الدرقية . وإظهار عدم أهمية وسائل الاستقصاء المتاحة لدينا في تشخيص سرطان الغدة الدرقية مثل (FNA) ، الفحص بالمقطع الجمدي ، الإيكو ، الصورة البسيطة للعنق والتقريسة الومضانية للدرق ..... وغيرها في هذه الدراسة .

## عينة البحث:

شملت عينة البحث المرضى الذين قبلوا في المشفى بين شهري 2000/6 و 2003/6 وخضعوا لعمل جراحي على سرطان الغدة الدرقية، بمختلف أصنافه النسيجية وقد بلغ عدد الحالات (52) حالة .

## طرائق البحث:

اعتمد هذا البحث على جميع الوسائل المتاحة في مشفى الأسد باللاذقية للمقارنة التشخيصية وتمت الدراسة وفقاً للتسلسل التالي :

- 1 -- ا لقصة المرضية - التظاهرات السريرية - الفحص السريري.
- 2 -- الاستقصاءات الشعاعية. صورة شعاعية بسيطة للعنق. تخطيط الصدى للغدة الدرقية
- 3 -- الاستقصاءات المخبرية.
- 4 -- التقريسة الومضانية للغدة الدرقية

- 5 -- الخزعة بالإبرة الرفيعة (FNA) .
- 6 -- الفحص بالمقطع الجمدي أثناء العمل الجراحي .
- 7 -- التشريح المرضي .
- 8 -- التدبير الجراحي المتبع :
- \* استئصال درق تام
- 1-مقارنة ثانوية بعد صدور نتائج التشريح المرضي
- 2- مقارنة أولية .
- \* استئصال كامل الفص المصاب مع البرزخ .
- \* تجريف العنق المرافق لاستئصال الدرق .
- 9 -- المضاعفات .
- 10 -- المتابعة بعد الجراحة.
- 11-- الخلاصة والتوصيات .

## النتائج والمناقشة

- التوزيع حسب الجنس :

تم إجراء العمل الجراحي على (52) مريضاً شملتهم عينة الدراسة وكانت نسبة المرضى حسب الجنس كما هي موضحة في الجدول رقم (1) :

جدول رقم (1) يبين نسبة إصابة الإناث إلى الذكور

الجنس	ذكور	إناث	المجموع
العدد	15	37	52
النسبة المئوية	28.85	71.15	100

من الجدول السابق يتضح أن عدد الذكور الذين خضعوا لعمل جراحي (15) مريضاً بنسبة قدرها (28.85%). وعدد المريضات اللواتي خضعن لعمل جراحي من أجل سرطان الغدة الدرقية (37) مريضة بنسبة قدرها (71.15%). حيث يتضح لنا رجحان إصابة النساء على الرجال بمعدل (5 : 2).  
المجموعات العمرية :

تراوحت أعمار المرضى الذين شملتهم عينة البحث بين (30) سنة وحتى (65) سنة، وبناءً على ذلك تم تقسيمهم إلى أربع مجموعات عمرية كما هو موضح بالجدول رقم (2) :

جدول رقم (2) يبين المجموعات العمرية

المجموعات العمرية	4030	5041	6051	<60	المجموع
العدد	12	26	13	1	52
النسبة المئوية	28.08	50	25	1.92	100

من الجدول السابق يتضح لنا أن ذروة الإصابة عند المرضى كانت في العقد الخامس بنسبة قدرها (50%) بينما كانت لدينا حالة واحدة فوق (60) سنة بنسبة قدرها (1.92 %).

#### - التظاهرات السريرية

كانت الشكاية الرئيسية عند معظم المرضى الذين شملتهم عينة الدراسة هي الضخامة العقدية في العنق مع الخوف من المرض الخبيث، بينما تنوعت الشكايات الأخرى بنسب متفاوتة، وأهمها عسرة البلع، عسرة التنفس، بحة الصوت وأعراض فرط نشاط الدرق التي تراوحت بين التعب والخفقان وأحياناً اضطراب المزاج فقط [2].

جدول رقم (3) يبين التظاهرات السريرية ونسبها المئوية :

الأعراض السريرية	ضخامة عقدية بالعنق	أعراض فرط نشاط الغدة الدرقية	عسرة البلع	عسرة التنفس	بحة الصوت
العدد	35	5	6	7	1
النسبة المئوية	67.31	9.62	11.54	13.46	1.92

من الجدول السابق يتضح أن الضخامة العقدية بالعنق هي الشكاية الأساسية لمرضى سرطان الدرق وبالتالي تتضح أهمية الفحص السريري الذي هو مفتاح التشخيص .

#### - الاستقصاءات الشعاعية وتنظير الحنجرة

إيكوغرافي للغدة الدرقية : أجري الإيكو بشكل روتيني لكل المرضى الذين شملتهم عينة الدراسة. وكان يبين الطبيعة الصودية للعقيدات الدرقية. لم يقدم الإيكوغرافي فائدة تذكر في هذه الدراسة بتشخيص سرطان الدرق أو التوجه إليه حتى .

تنظير الحنجرة : أجري تنظير الحنجرة عند كل مرضى العينة بشكل روتيني، وذلك للبحث عن تثبيت الحبال الصوتية الناجم عن ارتشاح العصب الراجع بالورم، أو انضغاطه به. في حالة واحدة فقط أظهر التنظير وجود تثبيت بالحبل الصوتي في جهة واحدة، وفي بقية الحالات كان التنظير سلبياً. تبين من نتائج التشريح المرضي فيما بعد أن نمط السرطان كان جريبياً. وبمتابعة المريض لاحقاً، تراجعت بحة الصوت أي أن الشلل كان نتيجة الانضغاط وليس نتيجة الارتشاح الورمي.

الصورة البسيطة للعنق : أجريت الصورة البسيطة للعنق بشكل روتيني أيضاً لكل المرضى اللذين شملتهم عينة الدراسة، وذلك بحثاً عن علامات انضغاطية مثل انحراف الرغامى، أو وجود تكلسات مرافقة كما هو موضح بالجدول التالي :

جدول رقم (4) يبين نتائج الصورة البسيطة للعنق :

نوع الاستقصاء الشعاعي	صورة بسيطة للعنق	حالات انحراف الرغامى	وجود تكلسات مرافقة
العدد	52	5	1
النمط النسيجي الموافق		جريبى	حليمى
		4	1
النسبة المئوية	100	9.62	1.92

يتضح من الجدول السابق أن حالات انحراف الرغامى حدثت في (9.62%) من الحالات، معظمها من السرطانات الجريبية بنسبة قدرها (7.69%)، بينما في حالة واحدة فقط كان نمط السرطان ليبياً بنسبة قدرها (1.92%). ولم تتجاوز نسبة وجود تكلسات في الغدة الدرقية (1.92%) عند مريض مصاب بسرطان حليمي - الاستقصاءات المخبرية :

تم عيار هرمونات الغدة الدرقية والحائثة الدرقية النخامية (TSH) عند كل مرضى العينة. بينما لم تتم معايرة الكالسيومونين وذلك لعدم إمكانية ذلك. في معظم الحالات كانت النتيجة طبيعية، أي حالة سواء درقي باستثناء (5) حالات كانت الهرمونات مرتفعة مع انخفاض الحائثة الدرقية النخامية (TSH). وترافق ذلك مع أعراض فرط نشاط درقي. كما هو موضح بالجدول رقم (5) :

جدول رقم (5) يبين عدد حالات ارتفاع الهرمونات الدرقية والأنماط النسيجية الموافقة .

الاستقصاءات المخبرية	حالات ارتفاع الهرمونات الدرقية	النمط النسيجي الموافق			المجموع
العدد	5	جريبى	حليمي	ليبي	52
		2	3	-	
النسبة المئوية	9.62	3.85	5.77	-	100

من الجدول السابق يتضح أنه في حالتين فقط من حالات فرط النشاط الدرقي كان السرطان جريبياً، بنسبة قدرها (3.85%) . وفي (3) حالات كان السرطان حليمياً بنسبة قدرها (5.77%) . بينما لا توجد أي حالة سرطان لبي ترافقت مع أعراض فرط النشاط الدرقي .

ومضان الغدة الدرقية:

أجري ومضان الغدة الدرقية ل (40) مريضاً شملتهم عينة الدراسة وكانت معظم النتائج تدل على وجود عقد باردة مع نسبة ضئيلة للعقد الحارة. كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول رقم (6) يبين نسبة العقد الحارة والباردة مع الجهة التي حدثت فيها

ومضان الغدة الدرقية	عقد باردة	عقد حارة	أحادي الجانب	ثنائي الجانب	المجموع
العدد	38	2	25	15	40
النسبة المئوية	95	5	62.5	37.5	100

في الجدول السابق يتضح لنا بأن العقد الحارة يمكن أن تكون سرطاناً، ولو بنسبة ضئيلة وهذا يعني أن العقد الحارة ليست بريئة تماماً كما هو شائع [ 3 ] .

الخرزة بالإبرة الرفيعة (FNA) :

أجريت الخرزة بالإبرة الرفيعة عند (35) مريضاً ممن شملتهم عينة الدراسة . عند خمسة مرضى فقط كانت الخرزة بالإبرة الرفيعة موجهة للسرطان ولم تؤكد، وفي بقية الحالات لم تعط توجهاً نحو سرطان الغدة الدرقية

جدول رقم (7) يبين النسبة المئوية لعدد الحالات التي أعطت فيها FNA توجهاً نحو السرطان

العدد	عدد الحالات التي كانت فيها FNA غير موجهة للسرطان	عدد الحالات التي كانت فيها FNA توجه نحو السرطان	الخرعة بالإبرة الرفيعة
35	30	5	العدد
100	85.71	14.29	النسبة %

من الجدول السابق يتضح بأن نسبة الفشل في تشخيص السرطان كانت كبيرة في هذه الطريقة، وهناك عدة أسباب تشرح ذلك: أهمها أن الموجودات الخلوية المأخوذة بالإبرة غير كافية لتحديد الطبيعة الورمية للعقيدات الدرقية، بالإضافة إلى أنه في كل التشوهات الجريبية لا نستطيع من خلال هذه الطريقة أن نفرق بين الورم الغدي الجريبي السليم والأدينوكارسينوما الجريبية [2، 4].  
الفحص بالمقطع الجمدي أثناء العمل الجراحي :

في دراستنا هذه واجهتنا صعوبات تقنية حدثت دون استخدام هذه الطريقة بشكل واسع، بالإضافة إلى عدم توفر الخبرة الكافية في الكثير من الأحيان. تم إجراء الفحص بالمقطع الجمدي على (20) حالة: في حالتين فقط وجهه بشكل غير مؤكد نحو السرطان، وفي (18) حالة لم يعط نتيجة موجهة نحو السرطان. كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول رقم (8) يبين عدد الحالات التي توجهنا فيها للسرطان باستخدام المقطع الجمدي :

العدد	عدد الحالات التي توجهنا للسرطان	عدد الحالات التي لم نتوجه بها للسرطان	المجموع
2	18	20	العدد
10	90	100	النسبة المئوية

من الجدول السابق يتبين أننا لم نستطع الاستفادة من الفحص بالمقطع الجمدي كما يجب، وأن عدد الحالات التي لم نتوجه فيها للسرطان أكثر بكثير من الحالات التي توجهنا بها، إضافة إلى أن التشخيص لم يكن مؤكداً في كل الحالات .

نتائج التشريح المرضي :

تباينت الأصناف النسيجية لسرطان الغدة الدرقية وفقاً لنتائج التشريح المرضي، كما يبين الجدول التالي

جدول رقم (9) يبين الأصناف النسيجية حسب التشريح المرضي ونسبتها :

النوع النسيجي	سرطان حلبي	سرطان جريبي	سرطان لبي	أنواع أخرى	المجموع
العدد	34	15	3	—	52
النسبة المئوية	65.38	28.85	5.77		100
	أحادي الجانب	ثنائي الجانب	أحادي الجانب	ثنائي الجانب	
	30	4	10	5	1

من الجدول السابق يتضح أن نسبة السرطان الحليمي هي الأكبر، حيث بلغت (65.38%) يليه السرطان الجريبي بنسبة قدرها (28.85%) فالسرطان اللبي بنسبة قدرها (5.77%). بينما الأنواع النسيجية الأخرى مثل اللمفومات والسرطان الغير متميز فلم ترد في هذه الدراسة .  
توزع الأصناف النسيجية لسرطان الدرق حسب المجموعات العمرية :

جدول رقم (10) يبين المجموعات العمرية لكل نمط نسيجي من أنماط سرطان الدرق

المجموع	أكبر من 60	51--60	41--50	30--40	المجموعات العمرية
34	—	3	22	9	السرطان الحليمي
15	1	10	3	1	السرطان الجريبي
3	—	—	1	2	السرطان اللبي
52	1	13	26	12	المجموع

من الجدول السابق يتضح بأن ذروة حدوث السرطان الجريبي في العقد السادس من العمر، أي بعمر متقدم أكثر منه في السرطان الحليمي. بينما في السرطان اللبي فقد شخص في ثلاث حالات فقط : حالتان في العقد الرابع وحالة واحدة في العقد الخامس، وكل هذه الحالات كانت من النوع الإفرادي، كما بينت الاستقصاءات التي أجريت للمرضى المشخص عندهم سرطان لبي .  
التدبير الجراحي المتبع [ 3، 4 ] :

التكنيك الجراحي الذي اتبعناه في هذه الدراسة هو استئصال درق تام. عند معظم المرضى كان يتم استكمال استئصال الدرق في جراحة ثانوية بعد صدور نتائج التشريح المرضى. في حالة واحدة فقط تم استئصال النسيج الدرقي بجراحة أولية حيث أجري استئصال درق تام منذ البداية لأن النسيج الدرقي بدا مصاباً بأكمله، وبعد ظهور نتائج التشريح المرضى تبين وجود سرطان في الغدة الدرقية المستأصلة حيث اعتبرت المداخلة الجراحية الأولية كافية. في ثلاث حالات تم استئصال كامل الفص الدرقي المصاب مع البرزخ في المداخلة الأولية، وعند صدور نتائج التشريح المرضى تبين أن الورم متميز، وقطره أقل من (1) سم حيث اعتبرت هذه المداخلة كافية. بلغ عدد المرضى الذين تم استئصال الدرق لديهم بشكل تام (49) مريضاً من أصل (52) مريضاً شملتهم عينة الدراسة كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول (11) يبين التكنيك الجراحي المتبع في معالجة سرطان الدرق في هذه الدراسة

الإجمالي	استئصال كامل الفص المصاب مع البرزخ	استئصال درق تام	نوع المقاربة الجراحية
52	3	49	العدد
100	5.77	94.23	النسبة المئوية
		أولية	
		ثانوية	
		1	
		48	



من الجدول السابق يتضح بأنه تم استئصال الدرق بشكل تام عند (94.23%) من مرضى الدراسة، بينما اكتفينا باستئصال الفص المصاب مع البرزخ في (5.77%) من المرضى .حيث كانت نتائج التشريح المرضي تشير إلى أن الورم متمايز، ونمطه جريبياً، وقطره أقل من (1) سم، ولم يكن متعدد المراكز. وهذا ما دعى إلى الاكتفاء بهذا الإجراء الجراحي.

تجريف العنق المرافق للجراحة [ 4 ] :

تم إجراء تجريف عنق عند (15) مريضاً ممن شملتهم عينة الدراسة وفي حالتين فقط تم جس العقد اللمفية أثناء العمل الجراحي، حيث أظهر التشريح المرضي في واحدة منهما فيما بعد أن هذه الضخامة ارتكاسية لا نوعية ولم تكن ضخامة ورمية. وفي (13) حالة كانت العقد اللمفية مجسوسة قبل التداخل الجراحي، كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول رقم (12) يبين عدد الحالات التي تم فيها تجريف العنق

تجريف عنق معدل مرافق لاستئصال الدرق	العقد اللمفية مجسوسة أثناء العمل الجراحي	العقد اللمفية مجسوسة قبل العمل الجراحي	العدد الكلي
2	13	15	العدد
13.33	86.67	100	النسبة المئوية
النوع النسيجي للسرطان			
حليمي	جريبى	لبي	
1	1	0	
حليمي	جريبى	لبي	
1	4	3	

من الجدول السابق يتضح لنا أن كل حالات السرطان اللبي خضعت لتجريف عنق عند التداخل الجراحي عليها، كما أن نسبة انتقاله إلى العقد اللمفية أكثر من النوعين الآخرين .

المضاعفات :

المضاعفات أثناء العمل الجراحي: مثل النزف، أو إصابة العناصر التشريحية المجاورة أو الموت بسبب الصمة الرئوية، لم تحدث معنا في هذه الدراسة .

المضاعفات التالية للجراحة : أهمها قصور الدريقات حدث ذلك في ثلاث حالات، حيث أنه في حالتين تم إعطاء المرضى مركبات كالسيترول بشكل دائم، وفي حالة واحدة كان القصور عابراً. أذية العصب الراجع حدثت في حالتين كما هو موضح بالجدول التالي :

جدول رقم(13) يبين النسبة المئوية للمضاعفات الحاصلة لدينا في هذه الدراسة .

المضاعفات	قصور الدريقات	أذية العصب الراجع	العدد الكلي
العدد	3	2	5
النسبة المئوية	5.77	3.85	9.62
	دائم	عابر	
	2	1	
	%3.85	%1.92	

من الجدول السابق يتبين لنا أن نسبة قصور الدريقات بعد الجراحة بلغت حتى (5.77%)، حيث اضطرت كل الذين استمر لديهم القصور بشكل دائم لتناول مركبات كالسيترول. بينما بلغت نسبة إصابة العصب الراجع (3.85%) حيث اضطرب التصويت عند المرضى، واحتاج ذلك لعدة أشهر لمعاوضة الجهة المقابلة . المضاعفات الأخرى مثل الخمج وحرق الجلد ..... وغيرها لم تحدث معنا في هذه الدراسة المتابعة بعد العمل الجراحي .

تمت متابعة جميع المرضى في العيادة الجراحية بالمشفى، حيث تم إجراء إيكو للدرق مع تقريسة ومضائية حيث بينت التقريسة الومضائية تمام استئصال الدرق (carteblanche) عند المرضى المجري لهم استئصال درق تام. تم ارسال المرضى إلى مركز الطب النووي لاستكمال المعالجة. وفيما بعد تم وضع المرضى على المعالجة الهرمونية وذلك من أجل تثبيط TSH المستمر .

## الخلاصة والتوصيات :

سرطان الغدة الدرقية من السرطانات ذات الإنذار الجيد فيما إذا تم التداخل الجراحي في الوقت المناسب وتوفرت المعالجة المتممة المناسبة لذلك يجب إجراء الاستقصاءات اللازمة أمام أي عقدة درقية مشخصة سريريًا، لأن الفحص السريري هو المفتاح لتشخيص سرطان الغدة الدرقية. من خلال هذه الدراسة خلصنا إلى التوصيات التالية :

- \* ضرورة التداخل الجراحي الباكر على العقيدات الدرقية وخاصة المشتبهة منها، أي عند زيادة قطر الورم أو وجود أعراض انضغاطية وغيرها .
- \* إعطاء الخزعة بالإبرة الرفيعة : (FNA) أهمية أكبر وذلك بتعميق الخبرة بها، وتوفر مشرحين مرضيين خبيرين بقراءتها، وهذا سيسهل في المستقبل الاعتماد على هذه الطريقة في معرفة ماهية العقد الدرقية، حيث تشكل هذه الطريقة حجر الزاوية بتشخيص سرطان الدرق في معظم الدراسات العالمية.
- \* التأكيد على أهمية الفحص بالمقطع الجمدي أثناء العمل الجراحي، ويتوفر الخبرة اللازمة يمكن الاعتماد عليه، وذلك بالتشخيص أثناء العمل الجراحي، وبالتالي تلافي إجراء عمل جراحي ثاني للمريض .
- \* وضع خطة منهجية لتدبير سرطان الغدة الدرقية، واتباع التكنيك الجراحي المناسب وفقاً لكل حالة .

## المراجع:

.....

- 1 - KIRBY, I. MICHAL, P. and EDUEARD, M. 1999 –Principles of surgery Schwartz –PG 1661 -1715 - MCG raw – Hill companies United States of America.
- 2 - DIRK, j. KAELIN, M. 2001 – Textbook of surgery Sabiston – PG 603 – 646 - Saunders company - United States of America .
- 3 - SAMUEL, A. WELLS, J. R. 2001 – Mastery Of Surgery – PG 500 – 512 – Philadelphia – USA .
- 4 - CHARLES, M. NORMAL, W. 1996 - Baily&Love- PG 520 – 578 – London – UK.