

CHIRURGIA TIROIDEI ÎN CLINICA I CHIRURGIE IAȘI: O ANALIZĂ RETROSPECTIVĂ

D. Niculescu¹, E. Târcoveanu¹, V. Filip¹, Elena Cotea¹, N. Dănilă¹, C. Lupașcu¹, D. Lăzescu¹, Grațiela Grosu¹, Ana Maria Enăchescu¹, Felicia Crumpei², Niculina Florea³, I. Stratan⁴, Voichița Mogoș⁵, R. Moldovanu¹

1 Clinica I Chirurgie „I. Tănăsescu-Vl. Buțureanu”

2 Departamentul de Radiologie

3 Departamentul Anatomie-patologică

4 Clinica Anestezie-Terapie Intensivă

5 Clinica Endocrinologică

Spitalul „Sf. Spiridon” Iași

Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași

THE SURGERY OF THE THYROID GLAND IN THE FIRST SURGICAL CLINIC IAȘI – A RETROSPECTIVE OVERVIEW (Abstract): Background: Different studies reported an increase rate of the thyroidian pathology incidence and thyroidian cancer prevalence, in the last years. Aim: to evaluate the surgical indications, procedures and results for thyroid pathology. Methods: retrospective study performed in First Surgical Clinic Iași. Results: During the last 15 years, 2212 patients with different thyroid diseases were operated in our clinic. From these, 53.97% (N=1194) were operated for nodular goiter, 29.97% (N=663) for hyperthyroidism, 10.31% (N=228) for thyroid neoplasm and 6.2% (N=137) for thyroiditis. Differentiated thyroid cancer represents 62% from all the thyroid cancers and occult carcinoma frequency was 5.2%. Total or near total thyroidectomies were performed at 81% of the patients with thyroid cancer. The postoperative morbidity consisted in hemorrhage (3 cases) and recurrent nerve palsy (7 cases). The most common form of hyperthyroidism was Graves' disease - 50% (N=331), followed by multinodular toxic goiter – 32.65 (N=220) and functional autonomous nodule – 17.4% (N=112). Total and near total thyroidectomies were performed in 228 cases (34.4%) and subtotal thyroidectomies in 349 cases (52.64%). Postoperative hemorrhage was noted in 10 cases and recurrent nerve palsy in 6 cases. Conclusions: Differentiated thyroidian cancer has a significantly increasing rate, in the last years, especially due to occult carcinoma. Fine needle biopsy and frozen section exams are very useful and have to be performed in all the cases. The correct treatment is a single definitive operative approach – total or near total thyroidectomy. The postoperative follow-up is coordinate by endocrinologists.

Correspondență: Prof. Dr. Dan Niculescu, Clinica I Chirurgie, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași, Bd. Independenței, nr. 1, 700111, Iași*.

INTRODUCERE

Chirurgia tiroidei este în continuare de mare actualitate datorită creșterii constante a incidenței afecțiunilor tiroidiene și a prevalenței cancerului tiroidian. Există în continuare numeroase subiecte dezbătute în chirurgia tiroidiană: tiroidectomie totală versus tiroidectomie subtotală în afecțiunile tiroidiene benigne, tiroidectomie versus tratament cu radioiod în hipertiroidii, valoarea limfadenectomiei cervicale (neck dissection) în neoplazii etc. Scopul lucrării este de a evalua tratamentul chirurgical în bolile tiroidei (neoplazii, guși multinodulare, hipertiroidii), atât din punct de vedere al indicației chirurgicale, cât și al tipului de operație și rezultatelor.

* received date: 25.11.2007

accepted date: 22.12.2007

MATERIAL ȘI METODĂ

Am realizat un studiu retrospectiv, pe o perioadă de 15 ani (1 ianuarie 1993 – 31 decembrie 2007). Au fost incluși pacienții la care s-au practicat diferite tipuri de intervenții pe glanda tiroidă. Datele din foile de observație, protocoalele operatorii, registrele de anatomie patologică au fost incluse într-o bază de date MS Excel și prelucrate statistic. Analiza datelor a fost axată pe cazurile de cancer tiroidian (diferențiat) și hipertiroidii.

REZULTATE

În perioada menționată, în Clinica I Chirurgie Iași au fost operați 2212 pacienți. Dintre aceștia, 53,97% (N=1194) au fost cu gușă nodulară (izo- sau hipofuncțională, uni- sau multinodulară), 29,97% (N=663) cu diferite forme de hipertiroidii, 10,31% (N=228) cu neoplazii tiroidiene și 6,2% (N=137) cu tiroidite.

Cancerul tiroidian

Cancerul tiroidian diferențiat (papilar, folicular, mixt, cu celule Hurtle și medular) a fost cea mai frecventă formă histologică – 62,3% (N=142) (Fig. 1). Au fost de asemenea, operate 8 cazuri cu tumori secundare (metastaze) tiroidiene.

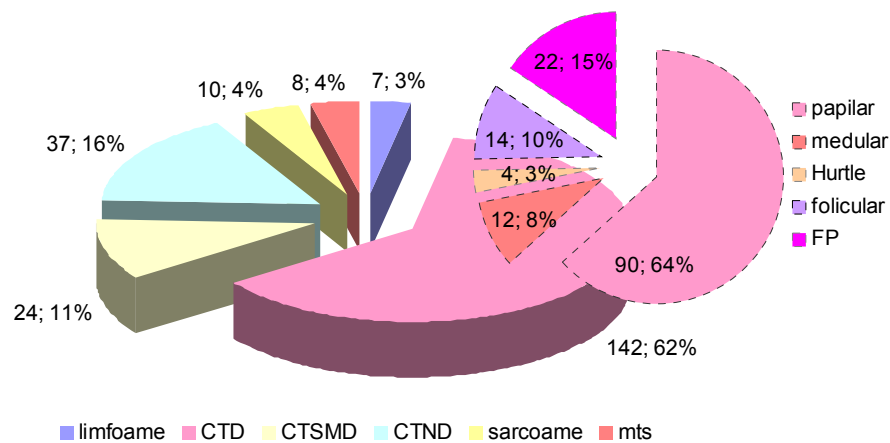


Fig. 1 Distribuția cazurilor în funcție de tipul histologic al neoplasmului tiroidian

CTD – cancer tiroidian diferențiat; CTSM – cancer tiroidian slab și moderat diferențiat; CTND – cancer tiroidian nediferențiat; mts – metastaze tiroidiene; FP – foliculo-papilar.

Analiza distribuției pacienților cu CTD a arătat o dublare a incidenței acestei neoplazii în această perioadă; astfel, dacă în perioada 1993-2002 s-au operat în medie 6,7 pacienți cu CTD (range 5-8), după 2003, numărul cazurilor anuale s-a dublat (valoare medie de 15 cazuri de CTD (range 12-17)). Acest fenomen s-a realizat în principal pe seama cazurilor diagnosticate inițial cu o afecțiune benignă (de obicei gușă nodulară), neoplazia fiind diagnosticată în momentul examenului citologic (puncție cu ac fin), histopatologic extemporaneu sau, mai ales, la parafină; astfel, 76% (N=108) din pacienții la care s-a descoperit histopatologic un CTD, au fost inițial considerați ca fiind cu gușă nodulară. Raportat la numărul total de afecțiuni tiroidiene constatăm o incidență a cancerului tiroidian diagnosticat incidental, de 5,2%. Menționăm că puncția cu ac fin a fost practică la 116 dintre pacienții cu CTD (81,69%) și a permis precizarea diagnosticului de neoplazie în 71,55%. Concordanța examenului extemporaneu cu explorarea la parafină, în cazurile de CTD, a fost de 86% în prima parte a intervalului și

respectiv 96% în ultimii ani. Menționăm că examenul extemporaneu a fost efectuat la majoritatea pacienților - 1880 (85%), fiind o examinare obligatorie a pacienților cu gușă nodulară – s-a practicat la 1147 dintre pacienții cu gușă nodulară (96%).

În privința explorărilor, trebuie menționat că explorarea ecografică a fost efectuată la toți pacienții, indiferent de patologia tiroidiană. La pacienții cu CTD am constatat o concordanță a diagnosticului ecografic cu examenul histopatologic la parafină de 57%.

Scintigrafia a arătat aspecte diferite la pacienții cu CTD: nodul afixator (rece) – 58,18%, nodul hipofixant – 27,27%, nodul izofixant – 6,65% și respectiv nodul hiperfixant – 10,9%.

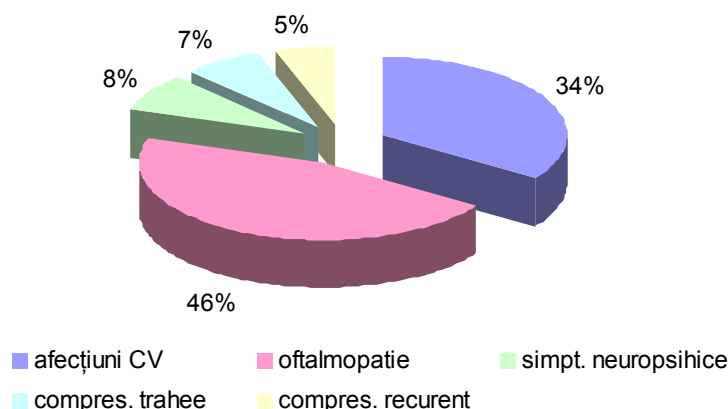


Fig. 2 Distribuția cazurilor în funcție de simptomatologia prezentată
afecțiuni CV – afecțiuni cardio-vasculare

Tiroidectomia totală s-a practicat la 57,74% (N=82) dintre pacienții cu CTD, cea cvasi-totală (reziduu de parenchim tiroidian de sub 5 g) la 23,35% (N=36), lobectomii și loboistmectomii totale la 12,67% (N=18), iar diferite rezeccii limitate pentru biopsie, la 4,22% (N=6). La 24 pacienți cu CTD s-a asociat tiroidectomiei totale, limfadenectomia radicală a gâtului (neck dissection), iar la 16, ablația limfonodulilor din compartimentul central. Menționăm de asemenea, că reintervențiile pentru totalizarea tiroidectomiei s-au efectuat la 39 pacienți (22 pentru CTD și 17 în alte neoplazii).

Accidentele hemoragice intraoperatorii au fost notate la 28 dintre pacienții cu CTD, în majoritatea cazurilor având origine venoasă (N=25). Am înregistrat o leziune esofagiană, care a fost recunoscută intraoperator, fiind rezolvată prin sutură. Postoperator raportăm leziuni recurențiale tranzitorii la 4 pacienți și definitive, unilaterale, în alte 3 cazuri, precum și 3 hemoragii postoperatorii, cu hematom cervical, care au necesitat reintervenție. De asemenea, menționăm că am constatat fenomene de hipoparatiroidism la 7 pacienți.

Postoperator pacienții cu CTD au fost dispensarizați în Clinica Endocrinologică și au urmat tratament adjuvant cu radioiod, radioterapie externă sau/și chimioterapie.

Rata recidivelor în lotul CTD a fost de 7%: recidive locale – 3% și ganglionare – 4%. În 2,5% dintre cazuri am constatat metastaze pulmonare.

Hipertiroidii

Analiza formelor de hipertiroidii (N=663) arată că majoritatea au fost reprezentate de boala Basedow – 50% (N=331), gușă multinodulară toxică (GMNT) – 32,6% (N=220), adenom toxic – 17,4% (N=112). Hipertiroidiile au fost mai frecvente la femei, raportul sex feminin / sex masculin fiind de 10/1; în cazurile de adenom și GMNT, raportul a fost de 16/1, față de 7/1 în boala Basedow.

Majoritatea pacienților hipertiroidieni au prezentat variate tipuri de tulburări cardiace (tulburări de ritm, hipertensiune, insuficiență cardiacă etc.) (Fig. 2).

Tabelul 1
Intervențiile practicate în hipertiroidii

	Boală Basedow	GMNT	Adenom toxic	Total
Tiroidectomia subtotală	221	104	24	349
Tiroidectomia cvasi-totală	82	87	6	175
Tiroidectomia totală	28	25	-	53
Lobectomie subtotală	-	4	64	68
Enucleorezecție	-	-	18	18

Tabelul 2
Complicațiile postoperatorii în hipertiroidii

	Boală Basedow	GMNT	Adenom toxic	Total / procent*
Hemoragii / hematoame	6	4	-	10 (1,5%)
Edem al lămbourilor	11	5	-	16 (2,41%)
Criză tireotoxică (minoră)	11	6	-	17 (2,56%)
Complicații respiratorii	9	5	3	17 (2,56%)
Leziuni recurențiale	3	3	-	6 (0,9%)
Hipoparatiroidism	6	6	-	12 (1,8%)

* raportat la numărul total hipertiroidieni (N=663)

Intervențiile practicate la pacienții cu hipertiroidii sunt prezentate în Tabelul 1. Majoritatea intervențiilor au fost reprezentate de tiroidectomiile subtotale și cvasi-totale, practicate în boala Basedow și GMNT. În adenomul toxic s-a practicat predominant lobectomia subtotală, dar și enucleorezecția, în 18 cazuri, toate efectuate la începutul anilor 90'. Complicațiile postoperatorii sunt prezentate în Tabelul 2. Se remarcă incidența mai redusă a leziunilor recurențiale în intervențiile efectuate pentru hipertiroidii (0,9%) față de cea din CTD (4,9%).

DISCUȚII

Analiza lotului prezentat arată procentul important ocupat de gușile nodulare în patologia tiroidiană – 63,92% (1194 guși nodulare cu izo- sau hipofuncție și 220

GMNT). Procentul este dublu față de statisticile altor autori; astfel, Chow TL et al [1], pe o statistică de 312 cazuri operate într-o perioadă de 5 ani raportează o prevalență a gușilor nodulare de 36,8%. Comparând formele de gușă nodulară, constatăm de asemenea, că gușile izo- sau hipotiroidene au o prevalență de 53,97% în lotul nostru, față de 19,9% în articolul menționat, iar GMNT, 9,9%, față de 17% [1].

Distribuția anuală a cazurilor a arătat în lotul prezentat o creștere bruscă (dublare) a incidenței cancerului tiroidian, în special al celui diferențiat, la începutul anilor 2000. Rezultatele sunt similare cu datele din literatură [2].

Un loc important în evaluarea nodulilor tiroidieni îl are puncția cu ac fin urmată de examen citologic. Pe studiul prezentat, în cazurile de CTD, concordanța diagnosticului între rezultatul citologiei și examenul la parafină (acuratețea puncției cu ac fin) a fost de peste 70%. În literatură acuratețea variază între 56% [3] și 96% [4]. Pe o statistică de peste 3000 cazuri, Ciobanu D et al [5] raportează pentru puncția cu ac fin o sensibilitate de 77%, specificitate de 95% și o acuratețe a diagnosticului de 92%.

Examenul extemporaneu este deosebit de important. În literatură acuratețea acestuia este variabilă [1,2,6]; pe lotul studiat, în depistarea CTD, acuratețea explorării a depășit 90%.

Rata cancerului tiroidian descoperit incidental prin examenul extemporaneu sau/și examenul histopatologic la parafină a fost pe studiul prezentat de 5%. În literatură, aceasta variază, dar în ultimii ani frecvența cancerului tiroidian incidental tinde să atingă și chiar să depășească 10%. Giles Y [6] raportează o incidență de 8,2% și justifică astfel practicarea tiroidectomiei totale în gușile multinodulare. Renshaw A raportează o incidență asemănătoare – 8,6% [7]. Cea mai mare frecvență citată în literatură a cancerului ocult / incidental aparține lui McCall A et al – 13% (pe un lot de 69 pacienți cu gușă multinodulară) [8].

Hipertiroidiile nodulare au indicație chirurgicală certă, cu atât mai mult cu cât asocierea cancerului tiroidian cu hiperfuncția este mai frecventă și poate atinge 7-9% [9-12]. Asocierea cancerului cu boala Basedow este mai puțin frecventă decât asocierea cu GMNT [9-12]. Rata recurenței după intervențiile limitate în hipertiroidii este variabilă. În ultimii ani sunt raportate serii importante de pacienți cu boală Basedow cu recurență 0 sau sub 5%, dacă tiroidectomia subtotală păstrează un parenchim tiroidian de maxim 8g [13,14]. Pentru GMNT este recomandată tiroidectomia totală sau cvasi-totală [6], iar pentru adenomul toxic, tiroidectomia subtotală sau lobectomia subtotală [11]. Aceasta este de altfel atitudinea pe care am practicat-o, cu mențiunea că enucleozecțiile au fost practicate doar la începutul intervalului studiat. În ultimul timp folosim din ce în ce mai mult tiroidectomia totală (prin disecție capsulară), cu rezultate foarte bune din punct de vedere al complicațiilor postoperatorii, pentru a preveni o reintervenție de totalizare, care se asociază cu o rată mai mare a morbidității postoperatorii [15].

CONCLUZII

În patologia tiroidiană chirurgicală, cancerul diferențiat are o prevalență în creștere, frecvența formelor de carcinom occult fiind de asemenea, ridicată. Algoritmul diagnostic al nodulilor tiroidieni este bine cunoscut, puncția cu ac fin și examenul extemporaneu fiind explorări valoroase în toate afecțiunile tiroidiene. Intervenția recomandată, în condițiile unei echipe operatorii antrenate, este tiroidectomia totală sau cvasi-totală. Urmărirea postoperatorie și dispensarizarea se realizează în colaborare cu Clinica endocrinologică.

BIBLIOGRAFIE

1. Chow TL, Chu W, Lim BH, Kwok SP. Outcomes and complications of thyroid surgery: retrospective study. *Hong Kong Med J*. 2001; 7(3): 261-265.
2. Davies Louise, Welch HG. Increasing incidence of thyroid cancer in the United States, 1973-2002. *JAMA*. 2006; 295(18): 2164-2167.
3. Yehuda M, Payne RJ, Seaberg RM, MacMillan C, Freeman JL. Fine-needle aspiration biopsy of the thyroid: atypical cytopathological features. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007; 133(5): 477-480.
4. Sahin M, Sengul A, Berki Z, Tutuncu NB, Guvener ND. Ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy and ultrasonographic features of infracentimetric nodules in patients with nodular goiter: correlation with pathological findings. *Endocr Pathol*. 2006; 17(1): 67-74.
5. Ciobanu D, Vulpoi C, Florea N, Ungureanu MC, Mogoș V, Ștefănescu C, Rusu V, Andriescu L, Grigorovici A, Zbranca E. Rolul puncției cu ac fin în carcinomul tiroidian diferențiat. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iași*. 2007; 111(1): 49-56.
6. Giles Y, Boztepe H, Terzioglu T, Tezelman S. The advantage of total thyroidectomy to avoid reoperation for incidental thyroid cancer in multinodular goiter. *Arch Surg*. 2004; 139(2): 179-182.
7. Renshaw AA. Papillary carcinoma of the thyroid ≤ 1.0 cm: rarely incidental or occult any more. *Cancer*. 2005; 105(4): 217-219.
8. McCall A, Jarosz H, Lawrence AM, Paloyan E. The incidence of thyroid carcinoma in solitary cold nodules and in multinodular goiters. *Surgery*. 1986; 100(6): 1128-1132.
9. Filip V, Moldovanu R. *Hipertiroidii nodulare. Diagnostic și tratament*. Iași: Editura Tehnopress; 2008.
10. Cerci C, Cerci SS, Eroglu E, Dede M, Kapucuoglu N, Yildiz M, Bulbul M. Thyroid cancer in toxic and non-toxic multinodular goiter. *J Postgrad Med*. 2007; 53(3): 157-160.
11. Ruggieri M, Scocchera F, Genderini M, Mascaro A, Luongo B, Paolini A. Hyperthyroidism and concurrent thyroid carcinoma. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 1999; 3: 265-268.
12. Diaconescu MR, Lazăr C, Chifan M, Dobrescu G. Hyperthyroidism and coexistent thyroid carcinoma. *Chirurgia*. 2004; 99(3): 143-150.
13. Lal G, Ituarte P, Kebebew E, Siperstein A, Duh QY, Clark OH. Should total thyroidectomy become the preferred procedure for surgical management of Graves' disease? *Thyroid*. 2005; 15(6): 569-574.
14. Moreno P, Gómez JM, Gómez N, Francos JM, Ramos E, Rafecas A, Jaurrieta E. Subtotal thyroidectomy: a reliable method to achieve euthyroidism in Graves' disease. Prognostic factors. *World J Surg*. 2006; 30(11): 1950-1956.
15. Diaconescu MR, Glod M, Costea I, Palade M, Grigorovici M. Reoperations of the thyroid gland. *Chirurgia*. 2007; 102(3): 297-302.