

TIROIDECTOMIA TOTALĂ PRIN DISECTIE CAPSULARĂ

R. Moldovanu, V. Filip, D. Niculescu, Elena Cotea, Șt. Georgescu,
N. Dănilă, D. Lăzescu, E. Târcoveanu
Clinica I Chirurgie „I. Tănăsescu – Vl. Buțureanu” Iași
Spitalul „Sf. Spiridon” Iași
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași

TOTAL THYROIDECTOMY USING CAPSULAR DISSECTION (Abstract): Total thyroidectomy can be performed with low rate of injuries of the recurrent laryngeal nerves and parathyroid glands, with appropriate techniques. The paper describes the technique of total thyroidectomy using capsular dissection and the indications of this operation. There are some steps which should be respected: good exposure of the thyroid gland, careful dissection of the superior pole using the avascular plane between superior pole and cricothyroid muscle, medial retraction of the gland, ligating the tertiary (third order) branches of the inferior thyroid artery, near the surface of thyroid parenchyma. Using this type of dissection, the recurrent laryngeal nerves are protected, as well as the blood supply of the parathyroid glands. Conclusions: Total thyroidectomy using capsular dissection is the procedure of choice for multinodular goiter, because avoid the completion thyroidectomy for recurrence or occult thyroid cancer.

KEY WORDS: TOTAL THYROIDECTOMY, CAPSULAR DISSECTION, MULTINODULAR GOITER, OCCULT THYROID CANCER

Corespondență: dr. Radu Moldovanu, Clinica I Chirurgie, Spitalul „Sf. Spiridon”, Bd. Independenței, Nr. 1, Iași, 700111; e-mail: moldovar@iasi.mednet.ro*

INTRODUCERE

Afecțiunile tiroidiene și în special gușile multinodulare, cu sau fără hipertiroidie, au o incidență în creștere, ajungând la o prevalență de 20-50% din populația generală [1]. Statisticile occidentale consideră că numai 5% din nodulii tiroidieni sunt maligni [1], deși studii necropsice au evidențiat încă din anii 50' că incidența carcinomului tiroidian ocult este de peste 30% [2]. Studii recente au constatat o creștere continuă a incidenței neoplaziilor tiroidiene în întreaga lume; astfel, incidența cancerului tiroidian a crescut în Statele Unite de la 3,6 / 100000 locuitori în 1973 [2], la 4,2 / 100000 locuitori în 1990 [3], 7,7 / 100000 locuitori în 2000 [3] și 8,7 / 100000 locuitori în 2002 [2]. Dintre formele histologice, creșterea cea mai spectaculoasă a avut-o cancerul papilar: de la 2,7 / 100000 la 7,7 / 100000 [2]. O creștere a incidenței neoplasmului tiroidian a fost remarcată și în Clinica I Chirurgie Iași; astfel, în 1990 neoplasmul tiroidian reprezenta 7,2% din afecțiunile tiroidiene [4], iar în prezent 9,2% [5]. Una dintre formele cu creșterea cea mai importantă este „carcinomul ocult”, diagnosticat la examenul histopatologic la parafină al piesei de rezecție în afecțiuni tiroidiene considerate inițial benigne, în prezent depășind 10% din cazurile de neoplasm tiroidian [5].

Ca urmare a datelor prezentate, precum și a ratei ridicate de complicații a tiroidectomiei de „totalizare” [6], considerăm că tiroidectomia totală prin diseecție capsulară este intervenția optimă pentru gușile multinodulare. De altfel această intervenție este recomandată și de European Thyroid Cancer Taskforce [1].

* received date: 1.12.2007

accepted date: 12.12.2007

DEFINIȚIE

Tiroidectomia totală (TT) este intervenția care extirpă în totalitate parenchimul tiroidian [7]. Există multiple variante tehnice ale TT, atât din punct de vedere al căii de abord, cât și ca succesiune a timpilor operatori. De asemenea, nomenclatura diferitelor tipuri de TT nu este uniformă și pretează la confuzii. TT extracapsulară clasică se referă la tehnica de disecție a tiroidei la nivelul spațiului de clivaj dintre teaca Charpy și capsula proprie a tiroidei, cu evidențierea paratiroidelor și mai ales a recurentului [8,9]. Tehnica de rezecție prin disecție capsulară („capsular dissection”) se referă la varianta de TT care se realizează tot în planul tecii Charpy, cu ligatura ramurilor terțiare ale arterei tiroidiene inferioare, tangent la parenchimul tiroidian, prezervându-se o atmosferă de țesut conjunctiv lax, localizată posterior și intern de lobi tiroidieni, la nivelul căreia se află paratiroidele și recurentul; prin această tehnică paratiroidele și recurentul nu sunt disecate. Tehnica a fost popularizată încă din anii 80’ de Kurihara H [8] și Delbridge L [9].



Fig. 1 Poziția bolnavului și plasarea câmpurilor

INDICAȚII ȘI CONTRAINDICAȚII

Tehnica este indicată atât în gușile multinodulare, cât și în boala Basedow, fiind suficientă și în unele malignități – carcinoame tiroidiene diferențiate cu dimensiuni de sub 1 cm [1]. Pentru celelalte malignități operația trebuie completată cu limfadenectomie.

Contraindicațiile sunt reprezentate de tumorile voluminoase, cu invazia organelor vecine.

ANESTEZIA

Anestezia optimă este cea generală, cu intubație oro-traheală. Anestezia locală este de asemenea, posibilă [7].

INSTRUMENTAR

Instrumentarul constă în bisturiu, pense hemostatice fine, pense anatomice, foarfece de disecție, ecartoare Farabeuf și Kocher, pense de disecție, bisturiu electric. Utilizarea disectorului cu ultrasunete [10] și a sistemului LigaSure [11] este posibilă. De asemenea, pentru abordul minim-invaziv este necesar instrumentar specific [12].

DISPOZITIV OPERATOR

Pacientul este așezat în decubit dorsal, având capul în extensie, pentru o bună expunere a regiunii tiroidiene [7,13,14]. Antiseptizarea regiunii se realizează cu soluții iodate (Betadine), clorhexidină sau derivați de alcool. Câmpurile sunt plasate după tehnica obișnuită, fixându-se la nivelul mastoidei și de o parte și de alta a incizurii sternale (Fig. 1).

Chirurgul este situat de partea controlaterală lobului care va fi abordat inițial, cu ajutoarele de parte opusă.

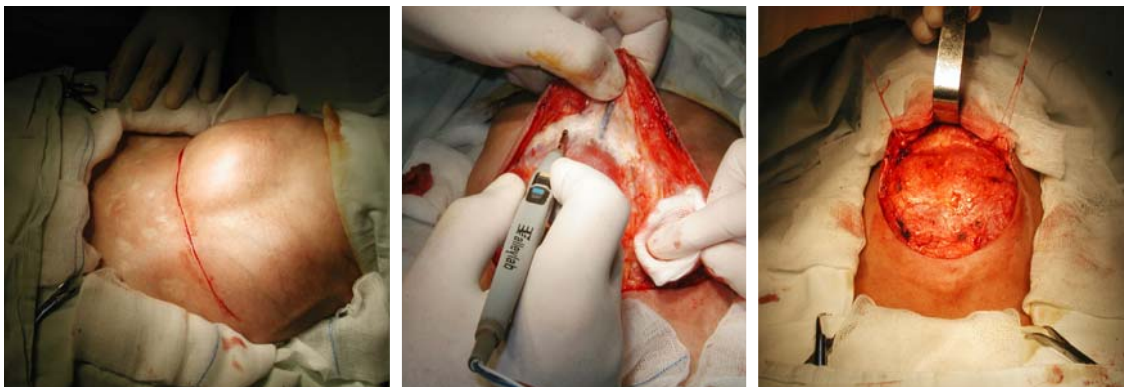


Fig. 2 Incizia, decolarea și suspendarea lamboului cutanat

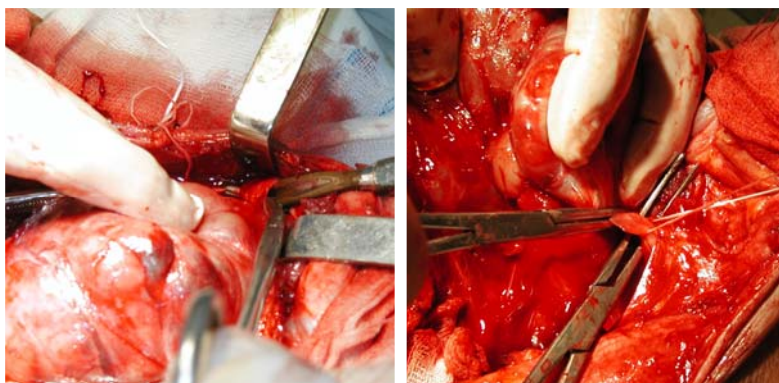


Fig. 3 Disecția și ligatura arterei tiroidiene superioare

Se remarcă modul de tracționare al lobului și „încărcarea” pediculului tiroidian superior pe disector (A) sau pensa de disecție (B)

INCIZIA

Incizia, tip Kocher, se va efectua într-un pliu de flexie, la 2-2,5 cm de incizura sternală [7,13]. Se secționează tegumentul, țesutul celular subcutanat și mușchiul pielos al gâtului, după care se decolează, la nivelul planului fasciei cervicale superficiale, prin disecție boantă sau cu electrocauterul, un lambou superior și unul inferior. Lamboul superior se suspendă, expunându-se musculatura subhioidiană, cu linia albă [7,13-15] (Fig. 2).

TEHNICA PROPRIU-ZISĂ

Urmează o succesiune de trei timpi operatori, care se desfășoară la nivelul spațiului de clivaj dintre teaca Charpy și capsula fibroasă proprie a tiroidei [7-9,16].

- 1) Secționarea rafeului median, cu pătrunderea în spațiul de clivaj menționat și eliberarea feței anterioare a lobului tiroidian. Disecția este continuată în lateral; în acest moment poate fi identificată vena tiroidiană mijlocie, inconstantă, care trebuie ligaturată cu grijă, deoarece se varsă direct în vena jugulară internă, iar smulgerea ei de la acest nivel duce la hemoragii importante. Disecția este continuată cranial spre polul tiroidian superior. Concomitent se realizează luxarea lobului tiroidian. Aceste manevre de disecție se realizează sub control vizual, expunerea realizându-se cu ajutorul ecartoarelor Farabeuf.

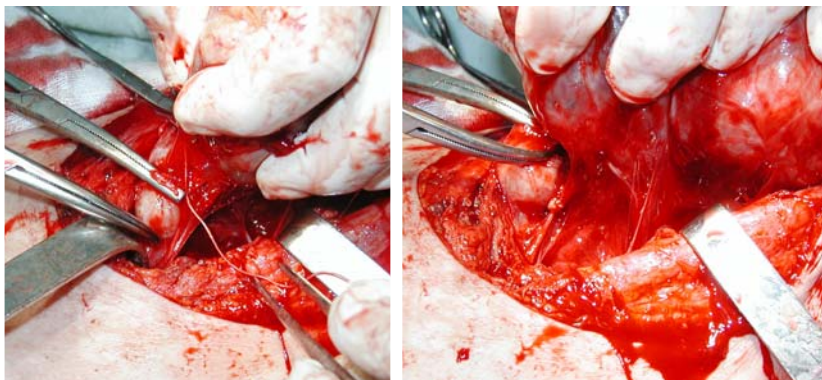


Fig. 4 Ligatura ramurilor terțiare ale arterei tiroidiene inferioare

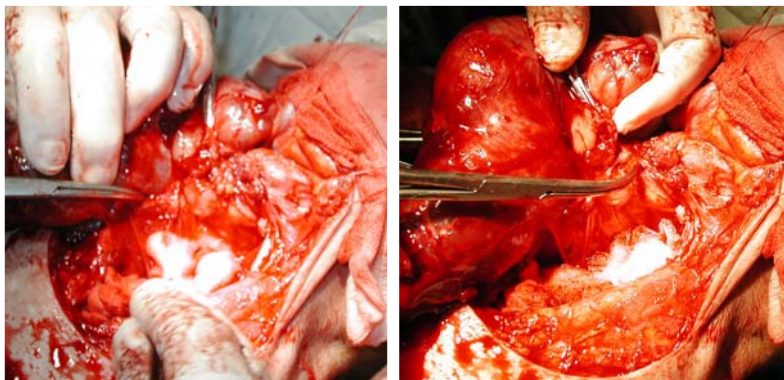


Fig. 5 Secționarea ligamentelor tiro-traheale

- 2) Disecția polului superior se realizează cu blândete, folosind disectorul sau pensa de disecție, în planul avascular dintre polul tiroidian superior și mușchiul cricotiroidian, expunerea realizându-se cu ajutorul ecartoarelor Farabeuf sau Kocher (Fig. 3). Pentru a facilita disecția, lobul tiroidian poate fi tracționat în direcție caudală. După încărcarea pediculului vascular tiroidian superior pe disectorul Kocher, se practică dubla ligatură și secționarea acestuia. Ligatura se realizează cât mai caudal, în contact cu parenchimul tiroidian, pentru a evita lezarea nervului laringeu extern [14].
- 3) Ligatura ramurilor terțiare ale arterei tiroidiene inferioare este timpul esențial al acestei intervenții. Ligatura acestora se realizează tangent la parenchimul tiroidian; în acest fel atmosfera celuloasă ce conține paratiroidele, ramurile secundare ale arterei tiroidiene inferioare și nervul recurent rămân

posterior (Fig. 4). Disecția este continuată spre linia mediană, secționându-se ligamentele tiro-traheale (Fig. 5).

- 4) Lobectomia se termină cu secționarea istmului. Acest timp este facultativ, putându-se realiza și exereza în bloc a glandei. Lobectomia controlaterală se realizează într-o manieră similară.
- 5) Controlul hemostazei, drenajul și închiderea anatomică încheie intervenția.

ÎNGRIJIRI, COMPLICAȚII POSTOPERATORII

Sunt similare cu cele întâlnite pentru toate intervențiile pe tiroidă. De menționat că hemoragiile postoperatorii pot fi severe atât prin pierderea de sânge, cât mai ales, prin dezvoltarea unui hematom compresiv, cu insuficiență respiratorie acută.

DISCUȚII

TT prin disecție capsulară este intervenția recomandată în prezent de majoritatea autorilor. Menționăm că, uneori, tehnica este raportată ca TT cvasi-totală (near total), deoarece se prezervă o cantitate redusă de țesut tiroidian. Reeve TS [16] raporta în 1987, rezultate postoperatorii excelente după TT prin disecție capsulară, fără leziuni de nerv recurent și hipoparatiroidism. Bliss RD et al [17] recomandă de asemenea, tehnica pentru rata redusă a complicațiilor. Chow TL [18] într-un studiu comparativ al diferitelor tehnici de TT, constată că tehnica de disecție capsulară, a redus rata hipoparatiroidismului de la 21% la 7%. Vaiman M et al [19], într-un studiu recent efectuat pe o statistică de peste 6000 cazuri, constată că TT prin disecție capsulară este intervenția optimă în gușa nodulară, tiroidectomia subtotală având o rată mare a reintervențiilor pentru recidive sau descoperirea de neoplazii „oculte”. Rezultate similare sunt raportate și de alți autori [20].

CONCLUZII

TT prin disecție capsulară este intervenția optimă pentru gușile multinodulare; folosirea acestui tip de operație evită tiroidectomiile de „completare” în cazul recidivelor sau carcinoamelor oculte. De asemenea, este o intervenție suficientă oncologic pentru majoritatea cancerelor tiroidiene „oculte”.

BIBLIOGRAFIE

1. Pacini F, Schlumberger M, Dralle H, Elisei R, Smit JW, Wiersinga W. European Thyroid Cancer Taskforce. European consensus for the management of patients with differentiated thyroid carcinoma of the follicular epithelium. *Eur J Endocrinol*. 2006; 154(6): 787-803.
2. Davies Louise, Welch HG. Increasing incidence of thyroid cancer in the United States, 1973-2002. *JAMA*. 2006; 295(18): 2164-2167.
3. Hodgson NC, Button J, Solorzano CC. Thyroid cancer: is the incidence still increasing? *Annals of Surgical Oncology*. 2004; 11(12): 1093-1097.
4. Chifan M, Strat V, Tîrcoveanu E, Niculescu D, Bordea M, Georgescu S, Zbranca E, Dobrescu G, Florea N, Baran T. Cancerul tiroidian diferențiat. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi*. 1990; 94(1): 109-112.
5. Filip V, Moldovanu R, Niculescu D, Cotea Elena, Vlad N, Curcă Geanina, Târcoveanu E. Local tiroidectomie totale în tratamentul afecțiunilor tiroidiene. [in press].
6. Diaconescu MR, Glod M, Costea I, Palade M, Grigorovici M. Reoperations of the thyroid gland. *Chirurgia*. 2007; 102(3): 297-302.
7. Târcoveanu E. *Tehnici chirurgicale*. Iași: Editura Polirol; 2005. p. 101-119.
8. Kurihara H, Takashi M. Safety of operation and indications for total thyroidectomy. *Operation*. 1981; 35: 1077-1086.
9. Delbridge L, Reeve TS, Khadra M, Poole AG. Total thyroidectomy: the technique of capsular dissection. *Aust N Z J Surg*. 1992; 62(2): 87-89.

10. Meurisse M, Defechereux T, Maweja S, Degauque C, Vandelaer M, Hamoir E. Evaluation of the Ultracision ultrasonic dissector in thyroid surgery. Prospective randomized study. *Ann Chir.* 2000; 125(5): 468-472.
11. Saint Marc O, Cogliandolo A, Piquard A, Famà F, Pidoto RR. LigaSure vs clamp-and-tie technique to achieve hemostasis in total thyroidectomy for benign multinodular goiter: a prospective randomized study. *Arch Surg.* 2007; 142(2): 150-156.
12. Duncan TD, Rashid Q, Speights F, Ejeh I. Endoscopic transaxillary approach to the thyroid gland: our early experience. *Surg Endosc.* 2007; 21(12): 2166-2171.
13. Caloghera C. Tehnica intervențiilor chirurgicale. In: Caloghera C, Mogoșeanu A, Bordoș D, editors. *Chirurgia tiroidei și a paratiroidelor*. Timișoara: Editura Facla; 1976. p. 180-201.
14. Tran Ba Huy P. Les thyroidectomies. In: *Encycl Med Chir – Techniques Chirurgicales, Thorax*. Paris; 1990. 42050, 4.9.04. p. 1-18.
15. Chassin LJ. *Operative strategy in general surgery. An expositive atlas*. New York: Springer Verlag; 1996. p. 796-811.
16. Reeve TS, Delbridge L, Cohen A, Crummer P. Total thyroidectomy. The preferred option for multinodular goiter. *Ann Surg.* 1987; 206(6): 782-786.
17. Bliss RD, Gauger PG, Delbridge LW. Surgeon's approach to the thyroid gland: surgical anatomy and the importance of technique. *World J Surg.* 2000; 24(8): 891-897.
18. 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.
19. Vaiman M, Nagibin A, Hagag P, Buyankin A, Olevson J, Shlamkovich N. Subtotal and near total versus total thyroidectomy for the management of multinodular goiter. *World J Surg.* 2008 [Epub ahead of print].
20. Liu Q, Djuricin G, Prinz RA. Total thyroidectomy for benign thyroid disease. *Surgery.* 1998; 123(1): 2-7.