

RECIDIVAREA TIROTOXICOZEI DUPĂ TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL PACIENȚILOR CU GUȘĂ DIFUZĂ TOXICĂ

Gheorghe Caradja, Zinaida Anestiadi, Dumitru Harea

Catedra Endocrinologie

Summary

The recurrent thyrotoxicosis after operation in patients with diffuse toxic goiter

The study covered 96 patients with diffuse toxic goiter (DTG) who had received conservative thyrostatic therapy of varying duration. Five years after operation for DTG (subtotal thyroidectomy), recurrent thyrotoxicosis developed in 14,6% of cases. The risk factors of recurrent thyrotoxicosis included young age (under 35 years), a large size of goiter (more than 30 ml), the absence of decrease or an increase in the volume of the thyroid gland during therapy, and conservative thyrostatic therapy for a short time (under 3-6 months).

Rezumat

Studiul a cuprins 96 pacienți cu gușă difuză toxică (GDT), care, la debutul bolii, au primit tratament tirostatic de diferită durată. După 5 ani de la tratamentul chirurgical al GDT (tiroidectomie subtotală), recidivarea tirotoxicozei s-a înregistrat în 14,6 % cazuri. Factorii de risc a recidivării tirotoxicozei includ vârsta tânără (sub 35 ani), volumul mare al gușii (peste 30 ml), absența micșorării sau creșterea volumului tiroidei pe fondalul tratamentului conservativ și tratamentul tirostatic conservativ pe termen scurt (până la 3-6 luni).

Actualitatea temei

Tratamentul chirurgical al pacienților cu GDT este preferat în 12 – 39% cazuri descrise în literatura de specialitate [2, 7, 11]. Însă, rezultatele acestei metodici nu pot fi apreciate absolut pozitive, ținând cont de complicațiile postoperatorii posibile. După tratamentul chirurgical al pacienților cu GDT, tirotoxicoza recidivează în 0,5 – 35% cazuri [1, 4, 10], iar hipotiroidia se marchează în 11 – 52% cazuri descrise [3, 5, 10]. Acest fapt confirmă nemulțumirea specialiștilor și a pacienților de rezultatele obținute și cheamă la intensificarea cercetărilor orientate spre optimizarea rezultatelor tratamentului chirurgical. Studiile se efectuează în 2 direcții: depistarea cauzelor care induc complicațiile postchirurgicale și excluderea acestora, precum și corectarea modificărilor de funcție a restului de țesut tiroidian. Cauze de persistență a tirotoxicozei pot servi calcularea incorectă a țesutului tiroidian restant, precum și persistența procesului autoimun tirostimulant și după tiroidectomia parțială. Posibilitățile de realizare a studiilor științifice permit evidențierea legăturilor dintre manifestările clinice a bolii, tratament și eficiența acestuia, propunând anumiți parametri de prognostic. După pregătirea preoperatorie a pacienților cu GDT prin tratament medicamentos antitiroidian una dintre cele mai dificile, dar importante probleme este determinarea volumului tiroidian restant postoperator optimal individual, la fiecare caz clinic. Se cere de a lăsa o parte minimală de tiroidă care va exclude riscul recidivării tirotoxicozei, dar destulă pentru a garanta starea de eutiroidie din perioada postoperatorie. Criteriile obiective de apreciere a activității funcționale a tiroidei după rezecția subtotală, subfascială a acesteia sânt deosebit de importante în reabilitarea clinică și socială a pacienților după tratamentul chirurgical.

Scopul lucrării

Studierea factorilor care determină recidivarea tirotoxicozei după tratamentul chirurgical al pacienților cu gușă difuză toxică.

Obiective

1. Analiza dependenței activității tiroidiene de după tratamentul chirurgical în funcție de vârsta, sexul pacientului.
2. Evidențierea dependenței riscului de recidivare a tirotoxicozei la pacienții cu gușe de diferit volum la momentul intervenției chirurgicale.

3. Cercetarea posibilei legături dintre nivelurile serice a hormonilor triiodtironină, tiroxină, tirotrop și a anticorpilor la tiroperoxidază cu riscul recidivării tirotoxicozei din perioada postoperatorie.
4. Studiarea influenței stagiului de boală și a duratei tratamentului antitiroidian conservativ asupra stării funcționale a tiroidei din perioada postchirurgicală a pacienților cu gușă difuză toxică.

Material și metode de cercetare

Lotul cercetat a cuprins 96 pacienți cu gușă difuză toxică în vârstă de 19 – 65 ani, care după tratament antitiroidian conservativ au primit și tratament chirurgical – tiroidectomie subtotală, subfascială, cu lăsare de 4 – 10 ml de tiroidă. Pacienții au fost investigați clinic și paraclinic în ajunul și peste 3 – 6 luni, 7 – 12 luni, 2 – 3 ani și 4 – 5 ani de la intervenție chirurgicală.

La analiza rezultatelor s-a ținut cont de vârsta și sexul pacienților, volumul pre- și postoperator al tiroidei, stagiul de boală, durata tratamentului antitiroidian de până la operație. Au fost luate în considerație și nivelurile serice de triiodtironină, tiroxină, tiroliberină, anticorpi la tiroperoxidază utilizând metoda radioimunologică prin testul „Ria mat” a firmei BYK Santec (Germania).

Volumul tiroidei a fost determinat ecoscopic cu detector liniar de 7,5 MHț. Mărit a fost considerat volumul tiroidian de peste 18 ml la femei și 25 ml la bărbați, fiind calculat după formula lui J. Brunn (1981).

Rezultate și discuții

Dintre cei 96 pacienți investigați, 79 (82,3%) au fost femei, iar 17 (17,7%) – bărbați. După rezeția subtotală a tiroidei, recidivarea tirotoxicozei a fost înregistrată în 14 (14,6%) cazuri, dintre care la 12 (15,2%) femei și 2 (11,8%) bărbați investigați. Aceste rezultate demonstrează prevalența nesemnificativă a cazurilor de recidivare a tirotoxicozei la femei comparativ cu cele la bărbați, înregistrate după tiroidectomia subtotală, argumentate nu atât de modificările structuraletiroidiene, cât de specificul răspunsului neuroendocrin al femeii la stress, același care explică și prevalența apariției gușii difuze toxice printre femei. În literatura de specialitate (6, 13) sunt și publicații care pun în evidență o prevalență mai categorică a cazurilor cu recidivarea tirotoxicozei printre femeile cu gușă difuză toxică operată.

O mare parte dintre pacienții cu gușă grad IV - V, elastică (10 cazuri – 17,9% dintre cele 57 investigate) au făcut recidivare postoperatorie a tirotoxicozei, pe când dintre 39 pacienți cu gușă de grad III, dură, recidivarea tirotoxicozei a apărut doar în 4 (10,3%) cazuri.

Tiroida mai mare și mai elastică de după operație a fost urmată deseori de recidivarea tirotoxicozei. Astfel, volumul tiroidei la pacienții cu recidivarea tirotoxicozei postoperatorii din primii 5 ani, volumul tiroidei a constituit 6 – 22 ml (în mediu 14,02 + 6,75 ml) pe când la cei cu eutiroidie clinică volumul tiroidian a variat între 4 – 21 ml (în mediu 10,23 + 4,96 ml). Aceste rezultate presupun dependența rezultatului tiroidectomiei subtotale nu numai de volumul tiroidian înlăturat și restant, dar și de intensitatea procesului autoimun la fiecare pacient, care argumentează instalarea tirotoxicozei, sau eutiroidiei, sau hipotiroidiei la diferiți pacienți, dar cu acelaș volum de țesut tiroidian.

În prezentul studiu au fost analizate termenele de apariție a recidivelor de tirotoxicoză după tiroidectomia subtotală. Dintre toate 14 cazuri de persistență a tirotoxicozei înregistrate, 3 au apărut peste 3 – 6 luni, 5 – peste 7 – 12 luni, 4 – peste 2 – 3 ani, 2 – peste 4 – 5 ani. Astfel, 8 din 14 cazuri de persistență a tirotoxicozei (57%) au debutat în primul an de la tratamentul chirurgical, iar peste 2 -3 și 4 – 5 ani incidența a scăzut treptat. Și în alte publicații [8, 12] a fost înregistrată predominarea persistenței tirotoxicozei, dar relativ uniformă pe parcursul primilor 5 ani de la operație. Rezultatele obținute pot fi explicate de restructurarea structural-funcțională a foliculilor tiroidieni, care are loc, în special, pe parcursul primului an de la tiroidectomie subtotală [6, 9].

Analizând evoluția funcției tiroidiene după tratamentul chirurgical al pacienților cu GDT în funcție de vârstă a fost marcată recidivarea tirotoxicozei mai des la pacienții tineri: în 6

(18,8%) cazuri dintre cele 32 investigate la vârsta de 19 – 34 ani; în 6 (15,8%) cazuri dintre cele 38 investigate la vârsta de 35 – 50 ani; în 2 (7,7%) cazuri dintre cele 26 investigate la vârsta de 51 – 65 ani. Aceste rezultate pot fi argumentate prin faptul, că formarea foliculilor tiroidieni noi are loc prin diferențierea elementelor interfoliculare. Cu cât este mai crescut conținutul epiteliului interfolicular în unitate de volum tiroidian, cu atât este mai mare capacitatea de proliferare și pericolul de recidivare a tirotoxicozei, ceea ce e caracteristic persoanelor mai tinere [2,11].

Dintre cei 21 pacienți operați după 3 – 12 luni de tratament antitiroidian conservativ, recidivarea tirotoxicozei a fost marcată la 5 pacienți (23,8%); dintre cei 37 operați peste 1 – 2 ani – la 5 pacienți (13,6%); dintre cei 38 pacienți tratați chirurgical peste 3 – 5 ani – la 4 pacienți (10,5%) cazuri investigate.

Stagiul de boală a influențat și el rezultatele tratamentului chirurgical. Astfel, persistența tirotoxicozei a fost înregistrată la 6 pacienți (25%) dintre cei 24 operați în primul an de la debutul bolii; la 5 pacienți (12,8%) dintre cei 39 operați peste 2 – 3 ani de la debutul bolii și la 3 pacienți (9,1%) dintre cei 33 operați peste 4 – 5 ani de la debutul GDT. Aceste rezultate pot fi explicate de scăderea conținutului de epiteliu interfolicular la pacienții cu stagiul mai mare de boală și cu perioadă mai îndelungată de tratament conservativ antitiroidian [5, 12].

Concluzii

1. Pacienții cu GDT și tiroidă mare, elastică, atât din ajunul tiroidectomiei subtotale, cât și după aceasta, sunt predispuși spre recidivarea tirotoxicozei din perioada postchirurgicală.
2. Recidivarea tirotoxicozei postoperatorii a fost marcată mai des la tineri, la pacienții cu stagiul de GDT și durată de tratament conservativ antitiroidian preoperator de până la un an.
3. Riscul major de apariție a recidivării tirotoxicozei după tiroidectomia subtotală la pacienții cu GDT este înregistrat în primii 3 ani de la operație, în special, pe parcursul primului an.

Bibliografie

1. Allanic H. // Ann. Endocrinol. – 1994 – Vol. 55. N. 1. – P. 7. – 10.
2. Cooper D. S. // The. Thyroidol. – 6 – th Edit. / Eds. I. Braverman. R. Utiger. Philadelphia, 1991. – P.887 – 916.
3. Larsen P. R. , Davies T. H., Hay I. D. // Williams Textbook of Endocrinology. – 9 – th Ed. – Philadelphia, 1998. – P. 389 – 517.
4. Lucas A. , Salinas I. , Rius F et alt. // Jurnal Clinic. Endocrinol. Metabol. – 1997. – Vol. 82. – P. 2410 – 2413.
5. Orgazzi J., Mornex R. // Hiperthyroidism. The Thyroid Gland // Ed. M. A. Greer. – New York, 1990. – P. 405 – 495.
6. Reinwein D., Benker G., Lazarus J. H. et. al. // Jurnal Clin. Endocrinol. – 1998. – Vol. 76. – P. 1516 – 1521.
7. Solomon B., Glinver D., Lagasse R. et. al. // Jurnal Clinic. Endocrinol. – 1990. – Vol. 69. – P. 15 – 18.
8. Бубнов А. Н., Носова Л. Г., Потин В. В. // 2 – Всероссийский съезд эндокринологов. Тезисы докладов. – Челябинск, 1991. – С. 221 – 223.
9. Ветиев П. С., Мельниченко Г. А., Кузнецов В. С. и др. Заболевания щитовидной железы. – М., 1996. – С. 60 – 73.
10. Ибрагим М. Д., Базарова Э. Н., Бронштейн М. И. // Проблемы эндокринологии. - № 3, С. 18 – 22.
11. Латкина Н. В., Кунецов Н. С., Бирюкова М. П. и др. // Российский симпозиум по хирургической эндокринологии. – Липецк, 1998. – С. 142 – 144.
12. Пантелеев И. В. Морфофункциональные особенности объема резекции щитовидной железы при ДТЗ. Автореф. дис. канд. мед. наук. – Рязань, 1996.
13. Танасенко И. Д., Степаненко А. П., Корвацкий Б. Г. и др. // Клинич. хирургия. – 1995. - № 12. – С. 4 – 6.