

aspects”.

Results. 24 cases with primary HPP were evaluated, 5 men (21%) and 19 women (79%), with mean age (50-70). Clinical manifestations: osteoarticular – 58.8%, n=14), renal – (25.2%, n=6), neuropsychological – (8.4%, n=2), digestive – (8.4%, n=2). Positive diagnosis: calcium level, mean calcium level was 12.1±0.47 mg/dL, phosphorus 500±75.05 md/dL, while PTH mean was ±1033 pg/ml. On echographic, the mean size of pathological parathyroids was 1.0-3.0 cm. The surgical approach was performed in 100% cases.

Conclusions. A positive diagnosis of HPP involves the determination of serum calcium, PTH. Localization of adenoma was performed via USG, choice of treatment– surgical. The post-operative mortality rate was null.

Keywords. Hyperparathyroidism, parathyroid adenoma.

GUȘA RETROSTERNALĂ PLONJANTĂ - EXPERIENȚA CLINICII 2 CHIRURGIE TIMIȘOARA



Vărcuș F¹, Stoian Dana², Tarța C¹, Vlad Mihaela², Dobrescu A¹, Zavoianu Aliteea¹, Duta C¹, Brebu D.¹

¹ Clinica 2 Chirurgie, Universitatea de Medicină și Farmacie din Timișoara, ² Clinica de Endocrinologie, Universitatea de Medicină și Farmacie din Timișoara

Scopul lucrării. Prezentarea experienței Clinicii 2 Chirurgie Timișoara în tratamentul chirurgical al gușilor retrosternale.

Materiale și metode. Acesta este un studiu retrospectiv făcut între anii 2015 – 2022 la pacienții cu gușă retrosternală operați în Clinica 2 Chirurgie.

Rezultate. Studiul a inclus 95 pacienți, dintre care 73 (76,8%) femei și 22 (23,2%) bărbați. Cincizeci și opt (61.0%) pacienți au fost cu vârstă peste 60 ani. Saizeci și opt (71.6%) pacienți au fost tipul I, 21 (21.1%) au fost tipul II și 6 (6.3%) au fost tipul III. Doar 5 (5.3%) guși au fost maligne: 2 carcinoame papilare, 2 carcinoame medulare și unul limfom non-Hodgkin. La 5(5.3%) cazuri cu hipertiroidie a fost nevoie de tratament preoperator pentru ca pacienții să fie aduși în starea de eutiroidie. În acest studiu 100% din guși au fost excizate doar prin cervicotomie, nu a fost necesară sternotomia sau toracotomia. Au fost complicații: hemoragie la 3(3.1%) cazuri (unul dintre ele necesitând reintervenția), hipocalcemie transitory la 19(20.0%) pacienți și 13(13.7%) cazuri cu paralizie recurențială tranzitorie.

Concluzii. Gușa retrosternală plonjanta poate fi manageriata prin cervicotomie în marea majoritate a cazurilor, sternotomia sau toracotomia fiind necesare doar excepțional.

RETROSTERNAL PLUNGED GOITER - EXPERIENCE OF SURGICAL CLINIC 2, TIMIȘOARA

Vărcuș F¹, Stoian Dana², Tarța C¹, Vlad Mihaela², Dobrescu A¹, Zavoianu Aliteea¹, Duta C¹, Brebu D.¹

¹ Surgical Clinic 2, University of Medicine and Pharmacy of Timișoara, ² Enocrinology Clinic, University of Medicine and Pharmacy of Timișoara

Aim of study. To present the experience of 2nd Surgical Clinic of Timisoara about surgical treatment of retrosternal goiters.

Materials and methods. This is a retrospective study between 2015 and 2022 of the patients with RSG operated in Surgical Clinic No2.

Results. There were 95 patients, including 73(76.8%) females and 22(23.2%) men. Fifty-eight patients (61.0%) were older than 60 years. Sixty-eight (71.6%) was type I, 21(22.1%) was type II and 6(6.3%) was type III. Only 5 (5.3%) goiters were malignant: 2 papillary carcinoma, 2 medullary carcinoma and one non Hodgkin lymphoma with B cell. Five cases (5.3%) with hyperthyroidism needed preoperative treatment in order to achieve normal thyroid hormones values. In this study 100 % of the goiters were removed only with the use of cervical approach, no sternotomy or thoracotomy. There were complications: hemorrhage in 3(3.1%) cases (one requiring reoperation), 19(20.0%) had transient hypocalcemia and 13(13.7%) transitory recurrent laryngeal nerve paresis.

Conclusions. Retrosternal goiter can be managed by cervical approach in vast majority of cases, sternotomy is an exceptional option.

ALEGEREA METODELOR DE TRATAMENT CHIRURGICAL PENTRU CANCERUL TIROIDIAN



Stanislav Spelciuc, Oleg Babiy, Mihail Dicusar
Centrul medical Medin, Tiraspol, Moldova

Scopul lucrării. Determinarea tacticii de tratament pentru cancerul tiroidian.

Materiale și metode. Au fost comparate experiența proprie, analiza resurselor online, publicațiile diferiților chirurghi, datele experimentale.

Rezultate. Tumorile tiroidiene reprezintă 1-3% din totalul neoplasmelor, în grupul neoplasmelor endocrine această cifră este de 90% și reprezintă 60% din mortalitate. În structura morbidității predomină formele bine diferențiate de tumori (mai des formele papilare și foliculare). Principala metodă de tratament pentru cancerul tiroidian este intervenția chirurgicală. Planificarea tratamentului ține cont de absența sau prezența factorilor de prognostic advers: prezența metastazelor la distanță, varianta histologică agresivă a tumorii, vârsta < 12 și > 55 de ani, dimensiunea tumorii > 4 cm, răspândirea tumorii dincolo de capsula tiroidiană, metastaze care invadează capsula ganglionară, metastaze regionale de peste 3 cm, prezența combinată a mutațiilor genei BRAF și/sau TERT. În formele bine diferențiate de cancer tiroidian cu o tumoare de până la 2 cm, fără date privind prezența metastazelor la distanță și/sau regionale, hemitiroidectomia este suficientă în majoritatea cazurilor. În alte situații se recomandă tiroidectomia. Se efectuează o limfodisecție centrală de nivel VI dacă există dovezi clinice de modificare a ganglionilor limfatici. Limfodisecția cervicală radicală se efectuează în cazul în care există semne ecografice de ganglioni limfatici modificați, confirmarea morfologică a leziunii metastatice a acestora. În cancerul medular tiroidian cu orice dimensiune a neoplasmului, se recomandă tiroidectomia cu limfodisecția cervicală centrală de nivel VI. Îndepărtarea ganglionilor limfatici de la alte niveluri este indicată dacă se confirmă citologic leziunea metastatică a acestora. Atunci când se detectează o mutație ereditară RET/MTC asociată cu sindromul de neoplazie endocrină multiplă, se recomandă tiroidectomia la o dată timpurie. Nu există tratamente eficiente pentru cancerul tiroidian nediferențiat, iar boala este practic invariabil