

RECIDIVAREA GUŞILOR NODULARE DUPĂ TRATAMENTUL CHIRURGICAL

**Gheorghe Caradja – dr. şt. med., conf.,
Catedra Endocrinologie a USMF „Nicolae Testemiţanu”**

Rezumat

Lotul de studiu a inclus 284 pacienţi: 128 cu guşă uninodulară şi 156 cu guşă polinodulară netoxică urmăriţi timp de 10 ani de la tratament chirurgical. Guşile uninodulare au recidivat în 13 cazuri (10,2%), formând mai des noduli în zona operată, în primii 2 ani postoperatori. Renodularizarea tiroidei a fost mai des întâlnită după tratamentul chirurgical al guşilor polinodulare – în 59 cazuri (37,8%), nodulii crescând din ţesut tiroidian neafectat în 18 cazuri (30,5%), dar în proiecţia micronodulilor neînălăturaţi chirurgical – în 41 cazuri (69,5%). Dintre 206 pacienţi cu tiroida omogenă ecoscopic, au reapărut noduli în primele 6 luni postoperatorii în 19 cazuri (9.2%). Dintre cei 86 pacienţi cu guşi nodulare şi niveluri serice crescute a anticorpilor la tiroperoxidază (ActPO) înregistrate preoperator au fost înregistrate recidive nodulare

în 51 cazuri (59,3%), pe când dintre cei 198 pacienți fără niveluri serice crescute de AcTPO a fost înregistrată recidiva nodulară în doar 21 cazuri (10,6%).

Cuvinte-cheie: guși nodulare, tratament chirurgical, recidiv

Summary. The recurrence of nodular goiters after surgical treatment

The study group included 284 patients: 128 with uninodular goiters and 156 with non-toxic polynodulars goiters followed for 10 years after surgical treatment. Uninodular goiters relapse less frequently in 13 cases (10.2%), forming more often (in 10 cases) nodules in the operating area during the first 2 years postoperative. Renodularizing the thyroid was more common after surgical treatment of polynodulars goiters - in 59 cases (37.8%) the nodules increased from unaffected thyroid tissue in 18 cases (37.8%), but especially in the projection of surgically uncut micronodules - In 41 cases (69.5%). Of 206 patients with homogeneous thyroid ecoscopy in the first 6 months post-surgical, only 19 cases (9.2%) occurred in thyroid nodules. Of the 86 patients with nodular goiter and elevated serum levels of AbTPO, there were recurrences of thyroid nodule in 51 cases (59.3%), whereas among 198 patients with serum AbTPO within permitted limits, recurrence of chicken recurrence nodular goiters in 21 cases (10.6%).

Key words: nodular goiters, surgical treatment, recurrence

Резюме. Рецидивирование узловых зобов после хирургического лечения

Группа из 284 больных, из которых, 128 с узловым зобом и 156 с многоузловым нетоксическим зобом находились под наблюдением в течении 10 лет после хирургического лечения. Одноузловые зобы рецидивировали в 13 случаев (10,2%) из которых, в 10 случаев выросли на месте резекции в течении первых 2-х послеоперационных лет. Рецидивирование узлов чаще наблюдалось после хирургического лечения многоузлового зоба – в 59 случаев (37,8%) из которых, узлы росли из ранее неизменной ткани в 18 случаев (30,5%), а из мелких дооперационных, неудалённых узлов – в 41 случаев (69,5%). Из 206 больных с гомогенной щитовидной железой зарегистрированные в первые 6 месяцев было отмечено рецидивирование узлов после хирургического лечения в 19 случаев (9,2%). Из 86 пациентов с узловыми зобами и с высокими предоперационными уровнями АтТПО в крови было зарегистрировано рецидивы узловых зобов в 51 случаев (59,3%), а из 198 пациентов с высокими уровнями АтТПО узлы рецидивировали только в 21 случаев (10,6%).

Ключевые слова: узловые зобы, хирургическое лечение, рецидивы

Introducere

Frecvența recidivării nodulilor tiroidieni după tratamentul chirurgical al gușilor nodulare este menționată în 3 – 81% cazuri [2,4,9] și depinde mult de criteriile și metodele de monitorizare a stării clinice a pacienților în perioada postoperatorie. După înlăturarea nodulului tiroidian de dimensiuni mari reapar noduli tiroidieni în 5 - 12% cazuri [1,5,12], pe când, după tratamentul chirurgical al gușilor multinodulare - în 16 - 81% cazuri [3,7,13]. Diversitatea rezultatelor menționate poate fi explicată și de specificul înțelegerii noțiunii de recidivare a gușilor nodulare. Unii medici [1,6,10,14] înțeleg prin termenul de recidivă a gușii nodulare reapariția nodulului tiroidian din țesutul restant al nodului tiroidian eliminat, dar alți specialiști [3,5,8,11] subînțeleg recidiva gușii nodulare prin reapariția nodulilor tiroidieni în orice loc de țesut tiroidian restant postoperator. Marea probabilitate de reapariție a nodulilor tiroidieni după tratamentul chirurgical este una din principalele motive de înlăturare a întregii tiroide de un număr tot mai mare de chirurși în timpul intervenției chirurgicale a pacienților cu guși polinodulare [4,7,13]. Cu cât mai mult țesut tiroidian este lăsat de către chirurg cu atât mai mare este probabilitatea recidivării nodulilor. După înlăturarea chirurgicală a întregii tiroide recidivarea gușii nodulare este practic imposibilă deoarece lipsește substratul de țesut tiroidian din care ar putea creș-

te noduli [7,10]. De menționat faptul că, reoperarea tiroidei poate provoca și mai multe complicații ținând cont de modificarea anatomiei zonei operate, aderențele prezente cu scăderea mobilității țesutului tiroidian restant, înregistrate după intervențiile chirurgicale precedente. Reieșind din aceste motive chirurgul trebuie să-și dea interesul ca sănătatea pacientului după intervenția chirurgicală să fie mai bună decât până la operație și pacientul să nu mai aibă nevoie de reoperarea organului operat.

Unii medici divizează recidivele de gușă nodulară ținând cont de timpul și locul reformării nodulilor, evidențiind astfel gușa nodulară recidivantă falsă, când nodulii reapar pe parcursul primului an din țesutul restant al nodulului tiroidian operat și gușa nodulară recidivantă veritabilă, când apar noduli tiroidieni după cel puțin un an de la înlăturarea nodulului sau nodulilor tiroidieni din țesut tiroidian neoperat [2,6,14].

Pe parcursul ultimilor ani, chirurgii în timpul tratamentului chirurgical al gușilor nodulare cu eutiroidie, manifestă tendința de a înlătura toată sau aproape toată tiroida după care pacientul administrează hormonosubstituție cu Levotiroxină pentru tot restul vieții [2,11,13]. Astfel, pe de o parte e nevoie de limitarea pe cât de posibil a indicațiilor pentru tratamentul chirurgical al gușilor, dar pe de altă parte, la efectuarea tiroidectomiei în majoritatea cazurilor de intervenții chirurgicale. Dar, deoarece

nu există o conduită obligatorie referitoare la tratamentul chirurgical al pacienților cu guși nodulare, în clinicile de Endocrinologie ajung pacienți care sufereau de aceeași gușă nodulară dar după intervenție chirurgicală au rămas cu volum tiroidian restant postoperator diferit.

Analizând înalta frecvență a gușilor nodulare recidivante merită de luat în calcul faptul afectării întregului țesut tiroidian, necătând la caracterul local nodular al manifestărilor clinice inițiale. În țesutul tiroidian perinodular, de regulă, se înregistrează modificări structurale cu divers grad de manifestare, care și sunt substrate morfologice pentru formarea noilor noduli tiroidieni. Astfel, recidivarea gușilor nodulare ar putea fi provocată de proliferarea tirocitelor într-o tiroidă morfologic modificată [5,8,10,12,14].

Scopul lucrării

Evidențierea cauzelor principale de recidivare a gușilor nodulare pentru evidențierea metodelor posibile de profilaxie a reapariției nodulilor tiroidieni.

Material și metode

Pentru efectuarea studiului au fost invitați la examen medical pacienții care sufereau de gușă nodulară și din acest motiv au fost supuși intervenției chirurgicale în Spitalul Clinic Republican între anii 2002 – 2011. Au răspuns invitațiilor și au alcătuit lotul de studiu 284 pacienți, dintre care 128 (45,1%) au fost operați anterior din cauza gușii uninodulare netoxice (GUN) iar ceilalți 156 (54,9) de gușă polinodulară netoxică (GPN).

Au fost înlăturați nodulii tiroidieni unici cu dimensiuni de peste 2 cm prin rezecția nodulului sau hemilobectomie, sau lobectomie – în cazurile de GUN și efectuată hemilobectomie sau istm- cu lobectomie, sau rezecție subtotală, sau totală a tiroidei în cazurile cu GPN.

S-a ținut cont de anamneză și de rezultatele investigațiilor din perioada preoperatorie. Au fost analizate descrierile și rezultatele din cartelele de ambulator și din foile de observație clinică.

Pacienții din lotul de studiu aveau la momentul studiului vârsta între 26–69 ani și au fost investigați după tratamentul chirurgical peste 1–3 luni, 4–6 luni, 7–12 luni, apoi peste 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 ani postoperatori.

Termenul îndelungat de observație asupra pacienților din lotul studiat de 5–15 ani a fost suficient pentru evidențierea recidivării și a renodularizării țesutului tiroidian restant postoperatorial.

Pacienții au fost investigați ecografic, prin scintigrafia tiroidei cu Tehnețiu. Dozările hormonilor serici triiodtironină, tiroxină totală (T3, T4), hormonului tireostimulant (TSH), a anticorpilor la tiroperoxidază (AcTPO) au fost făcute utilizând metoda radioimunologică.

Rezultate și discuții

Analizând rezultatele examenelor clinico-paraclinice efectuate la cei 284 pacienți din lotul de studiu au fost marcați noduli tiroidieni cu diametrul 8–52 mm în perioada postoperatorie la 72 (25,4%) pacienți, dintre care doar 44 pacienți (61,1%) au fost examinați cel puțin odată de către endocrinolog.

Din grupa celor 128 pacienți operați la gușa uninodulară, în 13 cazuri (10,2%) au fost înregistrați noduli, dintre care, în proiecția nodulului tiroidian preexistent – 10 cazuri (7,8%) iar în celelalte 3 cazuri (2,4%) - nodulii creșteau în altă parte a tiroidei, fapt care presupune recidivarea mai frecventă a nodulilor după intervenția chirurgicală din micul țesut tiroidian nodular restant. În 2 dintre aceste 13 cazuri au fost marcate câte 2 noduri tiroidiene.

Analizând timpul depistării nodulilor postoperatori s-a observat că în 2 cazuri nodulii au fost marcați primar pe parcursul primelor 6 luni de la intervenția chirurgicală; în alte 5 cazuri – peste 7–12 luni; în 2 cazuri - în anul 2 și într-un caz în anul 3 postoperator. Cele 3 cazuri de creștere a nodulilor tiroidieni din țesut tiroidian neadiacent nodulului extirpat au apărut câte 1 caz în anii 1, 2 și 3 postoperator.

Rezultate similare au fost menționate și în alte studii [1,5,12] unde recidivarea gușii uninodulare a fost marcată în 5–14% cazuri operate.

Dintre cei 156 pacienți cu gușă polinodulară operați, la 59 (37,8%) a fost înregistrată renodularizarea restului tiroidian dintre care în 18 (30,5%) cazuri a fost notată gușa nodulară din țesut tiroidian neatins chirurgical. Dintre aceștia, în primul an postchirurgical sau depistat 2 cazuri; în anul 2 - 3 cazuri; în anul 3 – în 4 cazuri; în anul 4 – 3 cazuri; în anul 5 – 3 cazuri; în anul 6 – 2 cazuri și în anul 7 – încă 1 caz.

În 41 (69,5%) cazuri dintre cele 156 operate cu guși polinodulare, am marcat creșterea nodulilor tiroidieni care, fiind mici, sub 7 mm, nu au fost înlăturați la momentul intervenției chirurgicale, după care au crescut în volum. În primele 6 luni de după intervenția chirurgicală a cazurilor menționate au fost depistate 14 recidive a astfel de guși; în lunile 7–12 au fost marcate încă 12 recidive; pe parcursul anului 2–9 cazuri, în anul 3–4 cazuri, în anul 4–2 cazuri, în anii 5 și 6 postoperatori - câte un caz.

Astfel, dintre cele 72 cazuri cu recidivare postoperatorie a gușilor nodulare în 17 (23,6%) cazuri nodulii tiroidieni au crescut din țesut tiroidian omogen nemodificat în primele luni de la operație, pe când în celelalte 55 (76,4%) cazuri, nodurile au crescut din micronodulii și microchisturile preexistente la momentul intervenției chirurgicale și neînlăturate în timpul operației, fapt întâlnit și în alte studii similare de specialitate [10,12,14].

Analizând legătura dintre agresivitatea autoimună

tiroidiană și formarea nodulilor tiroidieni s-a observat că dintre 284 pacienți incluși în lotul de studiu, au fost înregistrați anticorpi la tiroperoxidază (AcTPO) cu titru crescut în ser în perioada preoperatorie la 86 (30,3%) pacienți, dintre care în 51 (59,3%) cazuri au fost marcați noduli tiroidieni în perioada postoperatorie pe fondal de menținere a titrului crescut de AcTPO.

Dintre cei 198 pacienți cu guși nodulare și niveluri serice de tiroxină, triiodtironină și tirostimulant homon în limite permise de laboratorul care a investigat pacienții în perioada preoperatorie, a fost marcată recidivarea gușii nodulare în 21 (10,6%) cazuri, de circa 6 ori mai rar decât în grupul de pacienți menționați anterior cu titru crescut la AcTPO. Aceste rezultate arată predispoziția crescută de formare și de recidivare a gușilor nodulare la pacienții cu niveluri serice crescute de AcTPO.

Concluzii

1. Gușile uninodulare recidivează mai rar după tratamentul chirurgical (în 8,6% cazuri), formând mai des noduli în zona operată în primii 2 ani, probabil din țesut restant operator.

2. Renodularizarea tiroidei este mai des întâlnită după tratamentul chirurgical al gușilor polinodulare (în 39,1% cazuri), nodulii crescând difuz, în tot țesutul tiroidian restant postoperator, dar în special în proiecția micronodulilor neânlăturați în timpul intervenției chirurgicale.

3. Cele mai puține cazuri de recidivare a gușilor nodulare au fost înregistrate după înlăturarea tuturor țesuturilor tiroidiene modificate: a macro- dar și a micronodulilor, chisturilor cu lăsarea doar a țesutului tiroidian omogen, perfect sănătos.

4. Recidiva nodulară este mai frecventă după tratamentul chirurgical al pacienților cu guși nodulare cu component autoimun (în 59,3% cazuri) comparativ cu gușile nodulare fără component autoimun (în 10,6% cazuri).

Bibliografie

1. Bonavita J. A., Mazo J. *Paternrecognition of benign nodules at Ultrasound of the Thyroid*. American Journal of Radiology. Juli 2009. p. 39 – 45.
2. Castro M. R., Caraballo P. I. *Effectiveness of thyroid hormone suppressive therapy an benign solitary thyroid nodules*. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2002. 87. 4154 – 4159.
3. Cooper D.S., Doherty G. M., Haugen B. R. et al. // *Management The American Thyroid Association Guidelines Taskforce / Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer*. Thyroid. 2006. Vol. 16, № 2. P. 1–33.
4. Mishra A., Agarwal A. *Total thyroidectomy for benign thyroid disorders in an endemic region*. // World J. Surg. 2001. Vol. 25. P. 307–310.
5. Polyzos S. A., Kita M. *Thyroid nodules – diagnosis and management*. Hormones. 2007. 6. p. 101 – 119.
6. Savin S. *Concepții actuale privind diagnosticul și tratamentul bolii nodulare tiroidiene*. Autoreferatul tezei de doctorat, 2009, Constanța.
7. Vaiman M., Nagibin A. *Subtotal and Near Total Versus Total Thyroidectomy for the Management of Multinodular Goiter*. // World J. Surg. 2008. Vol. 32. P. 1546–1551.
8. Vărcuș F. *Nodulul tiroidian – etiopatogenie, diagnostic, tratament*. Editura Art Press 2008. p. 48 – 74.
9. Zbranca E. *Endocrinologie. Ghid de diagnostic și tratament în bolile endocrine*. Editura Polirom 2008. p. 134 – 135.
10. Бондаренко В.О. Проблемы рецидивного зоба в эндокринной хирургии. Эндокринная хирургия, 2008. № 1 (2). С. 20–23.
11. Дедов И. И. Синдром узлового зоба. Клинические рекомендации. 2008. с. 505 – 511.
12. Заривчакский М.Ф. Послеоперационный рецидивный зоб. Материалы IX Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. Челябинск 2000; 166–168.
13. Калинина А. П., Майстренко Н. А. Хирургическая эндокринология. СПб. 2004. с. 84 – 168.
14. Саидова Ф.Х. Причины рецидивирования полинодозного зоба // Клиническая хирургия. 2005. № 9. С. 33–35.