

## CANCERUL GLANDEI TIROIDE ȘI SARCINA

**Andrei ȚÎBÎRNĂ**, conf. univ., **Dumitru SOFRONI**, prof., dr. hab. în med.,  
**Tudor ROTARU**, conf. univ., **Mariana VÎRLAN**, asist. univ.,  
**Cristina CUCIERU**, asist. univ., **Veronica Șveț**, asist. univ.,  
**Oxana ODOBESCU**, asist. univ., **Veronica MACOVEI**.

Universitatea de Stată de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu” R. Moldova,  
IMSP Institutul Oncologic din Republica Moldova

*[androstab@yahoo.com](mailto:androstab@yahoo.com) tel. 078846048*

### **Rezumat:**

Incidența patologiilor nodulare ale glandei tiroidiene inclusiv și a cancerului tiroidian în R. Moldova, în ultimii 20 de ani s-a dublat. S-a observat o „întinerire” a morbidității prin cancer tiroidian. Maladia afectează preponderent femeile, inclusiv și gravidele. Acest fapt impune cercetări în această direcție și elaborarea unor recomandări pentru tratamentul pacienților gravide, depistate cu patologii nodulare tiroidiene și elaborarea unei tactici de planificare a unei sarcini după tratament.

**Cuvinte-cheie:** cancerul, glanda tiroidă, sarcina

### **Резюме: Рак щитовидной железы и беременность**

Заболеваемость узловой патологией щитовидной железы, включительно злокачественными опухолями в Р. Молдова за последние 20 лет удвоилась. Отмечается значительное повышение заболеваемости среди лиц молодого возраста. Болезнь поражает преимущественно женщин, в том числе и во время беременности. Этот факт требует дальнейших исследований в этой направлении с целью разработки тактики лечения узловых патологий щитовидной железы при беременности, а также с целью планирования семьи после операций по поводу рака щитовидной железы.

**Ключевые слова:** рак, щитовидная железа, беременность

### Summary: Thyroid gland cancer and pregnancy

The incidence of thyroid pathology nodules inclusive the thyroid cancer in the Republic of Moldova, in the last 20 years has doubled. It observed a slight "rejuvenation" of morbidity by thyroid cancer. This pathology affect in majority cases women, inclusive pregnant. This fact means for researching in this direction, and to elaborate some recommendation for treatment of pregnant, detected with thyroid nodular pathology and elaboration of plan of tactic in pregnancy after the treatment.

**Key-words:** cancer, thyroid gland, pregnancy

Patologiile glandei tiroide sunt răspândite în toate țările lumii, incidența constituind circa 8% din populația adultă de pe glob.

Circa 2 mlrd de oameni locuiesc în zonele endemice cu deficit de Iod, iar circa 1 mlrd - suferă de gușă endemică. Formele nodulare ale patologiilor glandei tiroide au o incidență de 42-98,9%.

În ultimele decenii se observă o majorare constantă a cancerului tiroidian. Conform datelor OMS în ultimii 20 de ani incidența morbidității prin cancer tiroidian s-a dublat și constituie 0,5-3,5% din toate tumorile maligne înregistrate. Prevalează morbiditatea la femei, iar în ultimii ani se observă o „întinerire” semnificativă, cancerul afectează tot mai mult femeile tinere la o vârstă de reproducere, adolescențele și copiii mici.

Astfel, conform statisticii, în R. Moldova s-au înregistrat următoarele date:

Așadar, dacă în anii 1980 incidența a constituit 1,7‰, în 2000 - 2,4‰, în 2017 incidența a ajuns la 11,4‰.

Cancerul tiroidian se dezvoltă preponderent la femei, în ultimele decenii tot mai frecvent la cele de vârstă tânără (35-40 ani).

Numărul de cancere primare înregistrate crește anual în R. Moldova cu 3‰.

Patologiile tiroidiene nodulare, inclusiv și cancerul tiroidian se pot dezvolta și la femeile gravide sau, apărute înainte, se depistează în timpul sarcinii.

Depistarea unui cancer tiroidian în timpul sarcinii nu este o indicație pentru întreruperea acestei sarcini. Spre regret, încă mulți medici sunt de părerea, că în aceste cazuri este recomandat avortul.

În literatura de specialitate nu a fost publicat nici un articol despre impactul negativ al cancerului tiroidian diferențiat asupra gravidității și dezvoltării normale a fătului.

Tabelul 1

“Supraviețuirea la 5 ani și mai mult prin tumori maligne tiroidiene”

Anii	Incidența		Mortalitatea		Prevalența		Supraviețuirea 5 ani	
	c. a.	‰	c. a.	‰	c. a.	‰	c. a.	‰
1980	69	1,7	14	0,4	254	6,7	125	49,2
2000	103	2,4	25	0,7	800	22,0	442	55,3
2005	184	5,1	15	0,4	1291	35,9	633	49,0
2010	237	6,7	24	0,7	2115	59,4	1077	50,9
2017	406	11,4	49	1,4	3901	109,9	2157	55,3

Nu au fost publicate, de asemenea, nici informații despre o progresare a cancerului tiroidian diferențiat sub influența gravidității. Trebuie menționat faptul, că formele papilare și foliculare ale cancerului tiroidian se dezvoltă lent și tulburările hormonale din perioada sarcinii nu pot influența nici dezvoltarea procesului tumoral, nici prognosticul pentru femeia gravidă. Aceste două procese sunt absolut diferite din punct de vedere fiziologic. S-a constatat, că circa 5-6 % de femei la vârsta de procreație prezintă noduli în glanda tiroidă. Desigur, la depistarea acestor noduli în timpul sarcinii apar un șir de întrebări. Prima întrebare se referă la biopsia aspirativă cu ac subțire: poate fi efectu-

ată sau nu la femeile gravide. Mai multe cercetări au demonstrat că acest tip de biopsie nu prezintă pericol nici pentru mamă, nici pentru făt.

Alta, este situația în cazul diagnosticului cu Iod radioactiv, acesta fiind categoric interzis.

Biopsia aspirativă ar putea fi amânată pînă la nașterea copilului, dar este bine să se afle natura nodulului depistat cît mai degrabă, cu atît mai mult pentru că marea majoritate a acestor noduli sunt benigni și atunci femeia gravidă poate purta sarcina liniștită.

La depistarea unui cancer tiroidian este foarte important ca femeia gravidă să fie consultată cît mai degrabă de chirurg-oncolog cu experiență în tratamentul cancerului tiroidian la gravide. Operațiile pentru can-

cer tiroidian trebuie efectuate numai în centre oncologice specializate.

De regulă, operațiile pentru cancere tiroidiene sunt planificate pentru perioada de după naștere.

În rezultatul mai multor cercetări s-a constatat că pronosticul pentru pacientele operate în timpul sarcinii sau după naștere nu diferă principial.

Pentru a decide necesitatea tratamentului chirurgical al cancerului tiroidian diferențiat în timpul sarcinii trebuie luați în considerație următorii factori:

❖ *Trimestrul sarcinii;*

S-a constatat, că operațiile trebuie efectuate în trimestrul al doilea al sarcinii (până la săptămâna a 24-a), când riscul impactului negativ al narcozei asupra fătului este minimal. Operația este contraindicată în trimestrul I și III.

❖ *Dimensiunea și localizarea nodulului în glanda tiroidă;*

Dacă nodulul este mic (1-3 cm), e localizat în centrul lobului, la distanță de nervul recurent și trahee, nu aderă la capsula glandei, operația poate fi amânată pînă după naștere.

❖ *Raspândirea extraglandulară (ganglioni limfatici, metastaze la distanță);*

Dacă a fost depistată raspândirea extraglandulară a cancerului tiroidian, problema tratamentului chirurgical în trimestrul II al sarcinii trebuie discutată cu pacienta. În caz dacă tumoarea a fost depistată în trimestrul III - operația se amână pînă după naștere.

Referitor la tratamentul cu Iod radioactiv este de dorit, ca acest tratament să fie aplicat după perioada de alăptare la sân a copilului. Dacă este absolut necesar tratamentul cu <sup>137</sup>I, alăptarea la sân trebuie întreruptă.

După operația pentru cancer tiroidian diferențiat copilul poate fi alăptat la sân fără probleme, pentru că este cel mai fiziologic și sănătos mod de alimentare a copilului. Cu toată diversitatea de produse artificiale de alimentare a nou-născuților, nici unul dintre ele nu poate înlocui laptele matern totalmente.

După operația pentru cancer tiroidian poate să apară problema unei gravidități planificate sau deja apărute. S-a constatat, că după operația pentru cancer tiroidian papilar, dacă nu este necesar și tratament cu

Iod radioactiv, o eventuală graviditate se poate planifica peste 6-8 săptămâni după operație.

După tiroidectomie pacientele necesită o terapie de substituție cu tiroxină. Doza tiroxinei se determină strict individual în funcție de dimensiunile, tipul și gradul de răspândire al cancerului. Conform recomandărilor internaționale nivelul hormonului tireotrop la mamele cu risc minor în perioada alăptării trebuie să constituie 0,3-1,5 mU/zi, iar la cele cu risc major – 0,1-0,5 mU/zi. Orice schimbare a dozei de tiroxină trebuie să se efectueze doar de specialist în funcție de nivelul hormonului tireotrop.

Nu este de dorit să se omită o doză de tiroxină, dar în acest caz nu trebuie dublată doza, trebuie urmat tratamentul conform schemei.

După tratamentul cu Iod radioactiv o graviditate se poate planifica după 6-12 luni. Dacă, totuși, femeia a rămas însărcinată mai înainte de acest termen, problema păstrării sarcinii devine una foarte complicată, pentru că s-a constatat, că Iodul radioactiv pătrunde prin placentă și afectează țesuturile tiroidiene ale fătului.

#### Bibliografie

1. Țîbîrnă Gh. „*Ghid clinic de oncologie*”. Editura „Universul”, Chișinău, 2003, 828p., Capitolul 12.7. Cancerul Glandei Tiroide, p. 268-282.

2. Anestiadi Zinaida, „*Epidemiologia patologiei tiroidiene în Republica Moldova*”, Materialele Conferinței Științifice dedicate jubileului de 90 ani de la fondarea Spitalului Clinic Republican, 26 decembrie, 2007. Arpa Medica, Ediție specială.

3. Barbaro D., Simiu U., Mencci G., Lapi P., Orsini P., Pasquini C., „*Thyroid papillary cancers: microcarcinom and carcinoma, incidental cancers and non-incidental cancers – are they different disease.*” *Clinical endocrinology*, 2005 -63, N5, p.577-581.

4. Catanio Antonio, Sorrenti Salvatore, Berni Alberto, Stefano Matteo, Antoni Eurico, „*Pronostic significance of the age factor in the thyroid cancer. Statistical analysis*”, *J. Surg. Oncol.*, 2004-88, Nr.4, p. 217-222.

5. Davies L., Welech H., „*Increasing incidence of thyroid cancer in the United States, 1973-2002*”. *IAMA*, 2006, May 10; 295/18, p.21-54.

6. Țîbîrnă A. „*Cancerul glandei tiroide*”. Monografie, Chișinău 20107, Universul 320 p.

7. Валдина Е.А. „*Заболевание щитовидной железы. Руководство*”, Изд. „Питер”, Санкт-Петербург, 2005, 368 стр.