

Concluzii:

Urmărind rezultatele recente, rămân totuși un șir de întrebări cu EDM, ORVR și OVCR. Ranibizumab și-a demonstrat eficacitatea ca tratament de primă linie la pacienții cu ORVR

și OVCR în cadrul studiilor clinic, iar acum, pentru oferirea beneficiilor maxime pacienților, este necesar de a optimiza regimul de tratament și a investiga posibilele terapii combinate.

Bibliografie.

1. Gabriele E Lang. Modelarea regimului individual de tratament: rolul ranibizumabului. Congresul Mondial de Oftalmologie (WOC) 16-20 februarie 2012, Abu Dhabi, Emiratele Arabe Unite.
2. Ian Pearce. Evidence for individualized dosing: insights from recent ranibizumab clinical trials in BRVO and CRVO. The 2014 World Ophthalmology Congress. April 2-6 2014, Tokyo Japan.
3. Jose Cunha-Vaz. Understanding the role and significance of VEGF inhibition in DME and RVO. The 2014 World Ophthalmology Congress. April 2-6 2014, Tokyo Japan.
4. Neil M Bressler. Dovezile curente de conducere a managementului pacienților cu EMD. Congresul Mondial de Oftalmologie (WOC) 16-20 februarie 2012, Abu Dhabi, Emiratele Arabe Unite.
5. Pravin Dugel. The balancing act between efficacy and safety to bring the best benefits to patients. The 2014 World Ophthalmology Congress. April 2-6 2014, Tokyo Japan.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL HIPERPARATIREOIDISMULUI PRIMAR

SURGICAL TREATMENT OF PRIMARY HIPERPARATHYREOIDISM

Stasiuc Maxim¹, Bujac Mariana², Hotineanu Vladimir³

¹Dr. în medicină, medic-chirurg, IMSP Spitalul Clinic Republican

²Dr. în medicină, medic-chirurg, cercetător științific superior LCS, Chirurgie reconstructivă a tractului digestiv³

³Dr. hab. în medicină, prof. Universitar, MC AȘ RM, Om Emerit, Șef catedra 2 Chirurgie USMF „N. Testemițanu”

Rezumat

Lucrare prezentată este bazată pe 31 de cazuri de hiperparatireoidismul primar (HPP), care pe parursul anilor 2007-2013 au fost operate în cadrul clinicii de chirurgie 2 a USMF "N. Testemițanu" în IMSP SCR secție Chirurgie Viscerală Abdominală și Endocrină.

Summary

Presented investigation is based on 31 cases of primary hiperparathyroidism (HPP) that during years 2007 - 2013 were made in the clinic of surgery 2 USMF „N. Testemițanu” in Department of Abdominal Visceral and Endocrine Surgery of Republic Clinical Hospital Chisinau.

Cuvîntul-cheia: Glande paratiroide, hiperparatireoidism, parathormon (PTH), chirurgie endocrină, osteoporoză, litiază urinară, paratire-oidectomie

Keywords: Parathyroid Glands, hiperparathyroidism, parathyroid hormone (PTH), endocrine surgery, osteoporosis, urinary stones, parathyroidectomy

Introducere

HP a fost din ce în ce mai mult diagnosticat de la începutul anilor '70, atunci când metodele sofisticate de laborator au permis măsurarea Ca²⁺ seric, a PTH, vitaminei D₃. Apariția noilor posibilități în studierea leziunilor la nivel celular, subcelular, la nivel genetic și molecular, ciit și introducerea metodelor contemporane în diagnosticul de laborator și instrumental, au permis să completeze înțelegerea patogeniei, formelor clinice a HP, elaborarea tacticilor noi în diagnosticul și tratamentul acestei patologii. Cercetările în domeniu din ultimii ani demonstrează că HPP ocupă locul III după patologiile glandei tiroidice și diabetului zaharat din patologia chirurgicală endocrină.

Incidența HPP este în creștere după introducerea dozării

de rutină a calciemiei. HPP interesează în special adulții, cu o incidență maximă în decadele 3-5 de vîrstă, cu o predominanță feminină de 2,8/1. În SUA, incidența HPP este estimată la 1:700, cu un raport femei-bărbați de aproximativ 3:1. HPP este cea mai frecventă cauză de hipercalcemie observată. Din aproximativ 100.000 de cazuri diagnosticate anual în SUA, majoritatea apar la femeile în postmenopauză, la care incidența este de aproape 1:200. Hiperparatireoidia se găsește la aproximativ 5% dintre bolnavii cu litiază renală calcică.

În ansamblu HPP înglobează o multitudine de manifestări subiective și obiective, cuprinzînd variate și numeroase aparate și sisteme ale organismului, realizînd, în ansamblu, un tablou

clinic proteiform, greu de sistematizat. În plus, creșterea duratei medii de viață, implicând apariția de numeroase cazuri la vîrstnici, ca și răspîndirea metodelor de screening populational, au condus la depistarea și diagnosticarea unui număr sporit de observații asimptomatice (pînă la 50% de cazuri) sau cu fenomene clinice înșelătoare.

Clasificare

Din punct de vedere etiopatogenetic, actualmente sunt recunoscute trei principale varietăți de HP:

1. Hiperparatiroidismul primar (HPP):
 - Idiopatic;
 - Ereditar (în componența MEN);
 - Ereditar (fără legătură cu MEN).
2. Hiperparatiroidismul secundar;
3. Hiperparatiroidismul terțiar.

HIPERPARATIROIDISMUL PRIMAR – *Definiție* - Este un sindrom caracterizat prin hipersecția de PTH în absența stimulării antercedente prin hipocalciemie.

Etiopatogenie:

1. Adenomul este considerat ca principală cauză a afecțiunii, fiind menționat cu o frecvență de 80-90% dintre cazurile de HPP.
2. Hiperplazia cu celule clare realizează suportul anatomic al majorității observațiilor de HPP din etapa "clasică" a desrierii afecțiunii.
3. Carcinomul este cu o frecvență de 0,5-5% din etiologia HPP.

Tabloul clinic. Forme clinice.

1. HPP clasic.

- *Sindromul osos* (osteita fibrochistică von Recklinghausen) - este prezent în cca 1/3 din cazuri, deși un oarecare grad de modificări morfologice este virtual prezent la fiecare bolnav cu HPP. Actualmente, doar 15% din observațiile diagnostic prezintă numai modificări osoase izolate.

Durerile, mai mult sau mai puțin caracteristice, localizate la nivelul craniului, articulațiilor scapulo-humerale, coloanei, bazinului, sunt primele manifestări; acestea pot fi moderate, accentuate de mobilizare sau de presiunea regiunii, dar uneori pot fi deosebit de intense, adevărate "fracturi fără fractură". La palpare pot fi percepute tumefacții osoase, dure, dureroase, datorate unor hemoragii subperiostale, unei formațiuni chistice sau a unui calus de fractură. Evoluția procesului de demineralizare conduce la dezvoltarea de chisturi osoase, tumori giganto-celulare depășind uneori limitele osului și apărînd ca formațiuni palpabile. De asemenea, se pot produce fracturi patologice cu deformări consecutive localizate de regulă la nivelul chisturilor osoase sau al diafizelor oaselor lungi. Sindromul clasic de osteită fibrochistică, în forma sa pură, este foarte rar observat astăzi.

- *Sindromul urinar* reprezintă un efect asociat al secreției excesive de PTH și al hiper calciemiei și, totodată cea mai frecventă formă de manifestare a HPP și al hiper calciemiei și, totodată, cea mai frecventă formă de manifestare a HPP, constituind principala "cheie" a diagnosticului.

Manifestările urinare din HPP pot fi grupate în trei categorii:

- *Litiază urinară și nefrocalcinoză.* Statistici importante demonstrează că 50-80% dintre bolnavii cu HPP dezvoltă litiază urinară, după cum, 2-10% dintre litiazici prezintă adenoame sau hiperplazii paratiroidiene. Litiază urinară

din HPP prezintă anumite caracteristici morfoclinice și evolutive care o deosebesc de varietatea obișnuită, idiopatică: apariția la vîrste tinere, forme multiple, bilaterale, recidivante și prezența nefrocalcinozii.

- *Poliuria și polidipsia.* Subiecții cu HPP elimină zilnic mari cantități de urină cu concentrație joasă, asemănător cu cei suferinzi de diabet insipid, compensînd parțial această pierdere prin ingestia unor cantități sporite de lichide.
- *Alterările morfofuncționale renale,* la început funcționale și reversibile, iar ulterior organice și definitive, reprezintă consecința efectului combinat al hiper calciemiei cu hipersecția de PTH. Incidența acestor tulburări este proporțională cu vechimea și gravitatea HPP, fiind mai ridicată la cei care prezintă modificări scheletice și nefrocalcinoză. Tulburările se caracterizează, în faza funcțională, printr-un flux plasmatic renal redus, o reabsorbție tubulară scăzută și o creștere marcată a ratei de filtrare glomerulară. Hipersecția de PTH determină o excreție exagerată de fosfați și alcaloză urinară, ambele favorizînd precipitare calcică.

Sindrom gastro-intestinal: manifestări digestive din HPP sunt frecvente, banale și de intensitate variabilă: anorexie, grețuri, vărsături, constipație, epigastralgie. De interes practic este, însă coexistența frecventă a cazurilor de HPP cu boala ulceroasă și, respectiv, cu diverse forme anatomo-clinice de pancreatită. În mod clasic se acceptă o incidență crescută a ulcerului gastro-duodenal la bolnavii cu HPP. Leziunile ulceroase, mai frecvent duodenale decît gastrice, au o predominanță feminină, o tendință deosebită la complicații (hemoragii, perforații și stenoze pilorice), sunt rezistente la terapia obișnuită și se ameliorează spectaculos după paratiroidectomie.

Coexistența HPP- boala ulceroasă poate fi regăsită în cadrul unei MEN de tip I; în astfel de situații, diagnosticul de sindrom Zollinger-Ellison trebuie totdeauna evocat și cercetat prin probe biologice și imagistice.

Literatura menționează, de asemenea, o incidență crescută a diverselor leziuni pancreatice în HPP, situate între 5 și 12% din cazuri, mai ridicată în carcinomul paratiroidian și HPP familial.

Hiperparatiroidismul poate îmbraca și o formă acută, cînd calciemia ajunge la 16-20 mg%. HPP acut (criza paratiroidiană sau hiper calciemică) constituie o exacerbare dramatică - din fericire rar întîlnită - a simptomatologiei unei suferințe cronice avînd, în lipsa unui diagnostic și tratament prompt, o evoluție fatală.

Excizia adenomului hiperfuncțional produce remisiunea spectaculoasă a simptomatologiei, eșecul fiind datorat lipsei de diagnostic sau de localizarile ectopice sau neidentificate.

2. HPP asimptomatic.

Majoritatea pacienților sunt asimptomatici și au o hiper calciemie ușoară care nu progresează spre o hiper calciemie severă sau alte complicații semnificative. Anomaliile osoase sunt mai subtile decît în forma clasică - deși resorbția și formarea osoasă sunt crescute, dezechilibrul lor net este variabil, astfel încît masa osoasă scade, se menține sau chiar crește. Din motive încă necunoscute, rezorbția osoasă domină în osul cortical, în timp ce în osul trabecular se produce acreeție minerală. Litiază renală la 10-15% din pacienți, un grad de disfuncție renală (reducerea clearancelui la creatinină sau scăderea capacității de concentrare) se constată la o treime din pacienții asimptomatici.

Materiale și metode

S-a înregistrat o diferență esențială în repartiția pe sexe a bolnavilor studiați. Dintr-un total de 31 bolnavi incluși în studiu 2 (6,45%) au fost bărbați și 29 (93,5%) femei.

Vârsta bolnavilor a variat între 24 – 72 ani, în medie alcătuind 42,31 ani. Din numărul total de 31 pacienți cu HPP, 29 (93,5%) bolnavi au constituit persoanele activ incluse în sectorul de muncă.

După datele anamnezei, durata bolnaviei a variat de la 4 luni până la 16 ani, mai frecvent de la 1 până la 3 ani. Durata medie a constituit 18,4 luni.

Cel mai caracteristic este debutul lent al bolnaviei (bolnavul nu poate preciza de când e bolnav), documentat la 26 (83,89%) pacienți. Debutul subacut a fost stabilit la 3 (9,68%) pacienți, mai rar a fost atestat debutul acut (pacientul poate indica timpul apariției bolnaviei), înregistrat numai la 2 (6,45%) bolnavi.

Starea generală inițială a pacienților asistați a fost apreciată ca fiind satisfăcătoare – în 25 (80,65%) cazuri, iar fiind gravă – numai în 1 (3,23%) caz. Doar la 5 (16,13%) dintre pacienți s-a documentat o condiție clinică de gravitate medie.

În tabloului clinic au fost stabilite următoarele syndrome:

1. Sindrom osos – 13 (41,94%) pacienți
2. Sindrom urinar – 12 (38,71%) pacienți
3. Sindrom gastro-intestinal – 7 (22,58%) pacienți
4. Asimptomatice (numai schimbări de laborator sau/și imagistice) – 9 (29,03%) pacienți

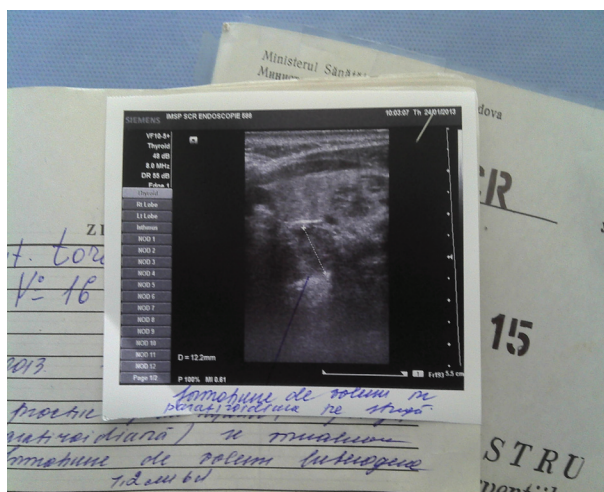
În rezultatul cercetărilor de laborator au fost remarcate următoarele schimbări specifice :

- Hipercalcemie a fost stabilit în 27 (87,1%) cazuri
- Nivelul crescut a PTH a fost stabilit în 21 (67,74%) cazuri

Metodele imagistice de explorare.

- La Ultrasonografia s-au identificat localizarea unor adenome paratiroidiene în 28 (90,32%) cazuri, dimensiunile variat de la 0,7 pînă la 3,5cm.

Fig.1 Formațiunea de volum glandei paratiroidia e stînga



- Densitometria minerală osoasă – demineralizarea oaselor a fost diagnosticat în 15 (48,39%) cazuri.

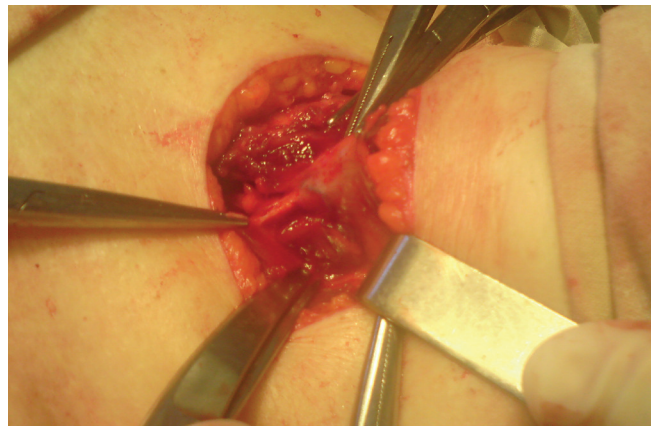
Tratament chirurgical

Indicații: intervenția chirurgicală rămîne principala armă terapeutică în HPP, în special în formele cu hipercalcemie severă și cu complicații (osoase sau renale) ori asocieri morbide, toate constituind o indicație formală pentru cervicotomie.

Paratiroidectomia se efectuează numai în mod programat, după corecția volemică, hemodinamică și metabolică a pacientului.

Acces chirurgical în toate (31) cazuri a fost – cervicotomie tip Koher. În toate 31 (100%) cazuri a fost suficient examenul vizual și palparea pentru a confirma prezența formațiunilor de volum paratiroidiene, după *mobilizarea lobilor tiroidieni*.

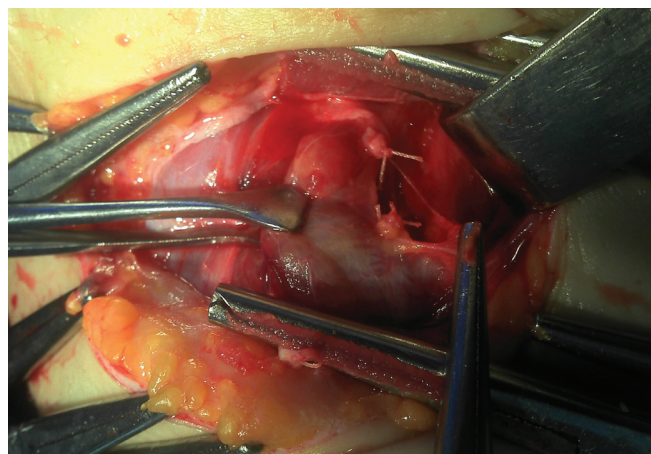
Fig. 2 Imaginea intraoperatorie – adenom paratiroidian pe stînga, după mobilizare lobului stînga a gl. tiroide



Complicații postoperatorii precoce și tardive nu au fost stabilite.

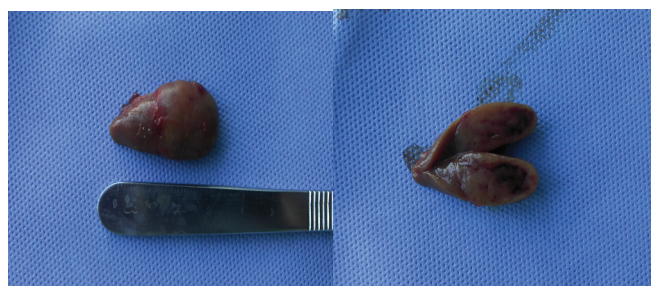
Durată intervenției chirurgicale a variat de la 25 minute până la 1 ora 20 minute în medie 43 minute.

Fig.3 Imagine intraoperatorie – după paratiroidectomie stînga



Durata medie de spitalizare postoperatorie a constituit 3,7 zile. N-am înregistrat în acest lot letalitate spitalicească în perioada postoperatorie precoce, toți pacienții operați s-au externat într-o stare generală satisfăcătoare.

Fig.4 Piesa operatorie – adenom a gl. paratiroidia stînga



În urmă cercetărilor patohistologice în 21 (67,74%) cazuri a fost stabilit diagnosticul de adenom paratiroidian, și în 10 (32,26%) cazuri – hiperplazia paratiroidiană.

Rezultatele tratamentului chirurgical a HPP în perioada postoperatorie.

Rezultatele la distanță au fost urmărite la toți pacienții care au suportat tratament chirurgical pentru HPP.

Tab.1 Remisie semnelor clinice postoperator

Termenul de explorare postoperator	Numărul cazurilor cu remisie	
După 1 lună	17	54,84%
După 3 luni	28	90,32%
După 12 luni	30	96,77%

Tab.2 Normalizare indicilor de laborator

- Calcemie

Termenul de explorare postoperator	Numărul cazurilor cu normalizare	
După 1 lună	18	58,06%
După 3 luni	24	77,42%
După 12 luni	30	96,77%

- Nivelul PTH

Termenul de explorare postoperator	Numărul cazurilor cu normalizare	
După 1 lună	26	83,87%
După 3 luni	31	100%
După 12 luni	31	100%

Concluzie:

Rezultatele obținute demonstrează corectitudinea programului propus de diagnostic și de tratament chirurgical al bolnavului cu HPP ce permite reducerea considerabilă a ratei morbidității și a mortalității postoperatorii precoce și tardive, reabilitare precoce și în volum mai deplin. Rezultatele bune înregistrate ne-au convins că paratiroidectomia este o intervenție chirurgicală patogenetic argumentată.

BIBLIOGRAFIE

1. Schwartz, Shires, Spencer, Dalz, Fisher, Gallaway. Principiile chirurgiei. Vol II. Ediția a 7-a. Teora 2005: 1688-1704.
2. Jecu A., Bratu T., Cădariu F. Elemente de patologie chirurgicală, Timișoara 2001: 115-121.
3. Ursu H.I. Manual de endocrinologie. Editura universitară „Carol Davila”, București 2011: 42-48.
4. Научно – практический журнал. Проблемы эндокринологии. Том-46. Москва 2000: 15-18.
5. Калинина А. П., Майстренко Н. А., Ветива П. С. Хирургическая эндокринология. Москва 2004: 296-347.
6. Доц. Страшимир Зографски. Эндокринная хирургия. Москва 1973: 235 – 275.
7. Bessel J.R., Provdman W.D., Parkyn R.F., Disney A.P.S. Parathyroidectomy in the treatment of patients with chronic renal failure: a 10-years review. Brit. J. Surg., 1993: 40-42.
8. Chifan M. Orientări actuale în tratamentul hiperparatiroidiei. Rev. Med. Chir. Iași 1984: 701-714.
9. Diaconescu M.R., Vexler R., Costea I. Tratamentul chirurgical al hiperfuncției paratiroidiene. Chirurgia, București 1996: 297-303.

*Stasiuc Maxim, dr. med., medic-chirurg,
 IMSP Spitalul Clinic Republican
 Chișinău, str. Testemițanu 29
 Tel. 794545
 Mob. 069000149
 Email: mstasiuc@gmail.com*

ACTUALITĂȚI ÎN TRATAMENTUL RETINOPATIEI DIABETICE (REVIU DE LITERATURĂ)

Cușnir Vitalie¹

1 - Clinica oftalmologie nr.2, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary.

Actualities in treatment of diabetic retinopathy

Diabetic retinopathy is an actual problem, being considered as the main cause of visual losses in the young population. There is a necessity of elaboration of a classification, general accepted, that will include de level of path morphological changes and would give the possibility to evaluate the complications. Now might be used the classification which include six types of retinopathy, from type zero to type five, presenting the possible complications in each case. The new discoveries in the pathogenic mechanisms of diabetic retinopathy offer the possibility to elaborate new methods of treatment, with a high selectivity and good results. It was introduced laser photocoagulation of the retina, which significantly reduced the rate of retinal progression. The therapy with corticosteroids or with anti-VEGF agents are directed against the inflammatory process or against the formation of new vessels. In the advanced cases, is useful vitrectomy and surgical treatment of other ocular maladies. Researches shows good result in using this methods individual or in combination.

Key words: Diabetic retinopathy, macular edema.