

PARTICULARITĂȚI ALE TRATAMENTULUI CONSERVATIV LA PACIENȚII CU GUȘĂ TOXICĂ

Gheorghe Caradja

Catedra Endocrinologie, USMF "N. Testemițanu"

Summary

Thyroid antibodies after surgical treatment in patients with diffuse toxic goiter

The study covered 102 patients with diffuse toxic goiter (DTG) and 24 patients with mono-, polinodular toxic goiter (NTG). A permanent remission occurred in 49% of the patients with DTG and in 28% of the patients with NTG receiving thyrostatic therapy.

The risc factors of recurrent toxic goiter included young age (under 35 years), a large size of goiter (more than 30 ml), and the absence of a decrease or an increase in the volume of the thyroid during therapy. Recurrent toxic goiter developed as a rule within a year after thyrostatic treatment - in 50% of the patients with DTG and NTG.

Rezumat

Studiul cuprinde 102 pacienți cu gușă difuză toxică (GDT) și 24 pacienți cu gușă uni-, polinodulară toxică (GNT). Remisia permanentă s-a dezvoltat la 49% pacienți cu GDT și la 28% pacienți cu GNT care au primit tratament tireostatic.

Factorii de risc ai recidivării gușii toxice includ vârsta tânără (sub 35 ani), dimensiune mare a gușii (mai mare de 30 ml) și lipsa micșorării sau creșterea volumului tiroidei pe fondal de tratament. Recidivarea gușii toxice mai des are loc pe parcursul primului an de la tratamentul tireostatic, - la 50% dintre pacienții cu GDT și GNT.

Actualitatea

Printre cele mai mari probleme de sănătate din categoria pacienților cu patologii tiroidiene sunt determinate de tiireotxicoză, întâlnită în peste 90% cazuri la pacienții cu gușă difuză toxică și guși uni- sau polinodulare toxice [3, 14]. În special, mai des, suferă populația din zonele cu carență iodată în sol și în alimente, precum este și Moldova [5, 11].

Atât pacienții cu gușă difuză toxică, cât și cei cu guși nodulare toxice pot avea nevoie de tratament medicamentos, sau chirurgical, sau cu radioiod [2, 10]. Tratamentul medicamentos este necesar de a fi administrat inițial obligatoriu până la stabilizarea eutiroidiei dar este suficient și recomandat pentru a trata boala nu în toate cazurile. Selectarea metodei de tratament cu tireostatice, sau cu radioiod, sau chirurgicale este determinată de mulți factori: gravitatea bolii, volumul gușii, persistența tiireotxicozei, compleanța pacienților, preferințele pacienților și a țării. Astfel, în SUA, în majoritatea absolută a cazurilor, după o medicație antitiroidiană conservativă se administrează tratamentul cu radioiod, indiferent de volumul gușii, stagiul de boală și alți factori [4, 7]. Medicii europeni și japonezi preferă în mod aproape egal toate 3 metode de tratament a gușilor toxice. În Rusia circa 80% dintre medici preferă tratament îndelungat cu tireostatice, 12% chirurgical, 8% cu radioiod [3, 6, 9].

Indicații frecvente pentru administrarea tratamentului medicamentos îndelungat sânt: gușă toxică de volum nu prea mare, primar depistată, lipsa nodulilor tiroidieni mari, a complicațiilor grave de tiireotxicoză, compleanța bună a pacientului, posibilitatea monitorizării atente a planificării sarcinii, evitarea complicațiilor medicamentoase care vor fi apreciate în complex.

Principalele carențe ale tratamentului conservativ sânt: riscul crescut de recidivare a gușii toxice înregistrat după tratament conservativ în peste 35% cazuri, hipotiroidia în circa 10%

cazuri, remisia stabilă fiind marcată în 19 – 52% cazuri. Instalarea acestor remisii nu sunt clare dacă sânt determinate de efectul imunomodulator specific al tireostaticelor sau remisia imunologică din aceste cazuri are loc autonom, pe când tireostaticile prezintă doar efectul simptomatic, de deblocare a sintezei hormonilor tiroidieni[5, 12].

Cercetările efectuate până în prezent la tema tratamentului conservativ a gușilor toxice au marcat rezultate contradictorii, care cer studierea mai profundă a acestei probleme. Acest fapt a impus efectuarea prezentului studiu.

Scopul

Evidențierea particularităților și factorilor care influențează starea clinică a pacienților cu guși toxice după administrarea tratamentului conservativ antitiroidian.

Material și metode

Lotul de studiu a constituit 126 pacienți cu guși toxice, dintre care 102 cu GDT și 24 pacienți cu gușă uni- sau polinodulară toxică ținută sub observație pe parcursul tratamentului conservativ antitiroidian și 5 ani postterapeutici.

Volumul tiroidei a fost apreciat cu unul din cele cinci grade de mărire, conform clasificării propuse de profesorul O. Nicolaev. Diagnosticul a fost confirmat cu simptome clinice, prezența sau lipsa oftalmopatiei tireotoxice, dozări serice a hormonilor T3, T4, TSH, AcTPO, prin metoda radioimunologică, modificări specifice bolii înregistrate la ecoscopia tiroidei cu sensor liniar cu rezoluția 7,5 Megaherț și scanarea tiroidei cu Tehnețiu.

Mărită a fost considerată tiroida cu volumul peste 18 ml la femei și 25 ml la bărbați calculată după fomula lui J. Brunn (1981). Au fost ținute la eviidentă nodurile tiroidiene cu diametrul peste un centimetru.

Pacienții au suferit de GDT până la administrarea tratamentului conservativ timp de 2 luni – 2 ani și au primit tratament conservativ antitiroidian timp de 3 luni – 4 ani cu administrare de mercazolil, anaprilin, prednisolon, relanium și alte medicamente.

Rezultate și discuții

În urma administrării tratamentului conservativ tireostatic a fost marcată remisia stabilă a tireotoxicozei și a gușii, care a permis anularea tratamentului conservativ la 50 pacienți (49%) cu GDT și la 7 pacienți (28%) cu guși nodulare toxice, restul pacienților au avut nevoie de tratament radical (chirurgical sau cu iod radioactiv).

Odată cu trecerea timpului, numărul pacienților cu remisie scade treptat (Fig. 1) crescând cel al recidivelor de gușă cu tireotoxicoză. Majoritatea recidivelor de GDT și de guși toxice au fost înregistrate pe parcursul primului an de la finisarea ttratamentului conservativ.

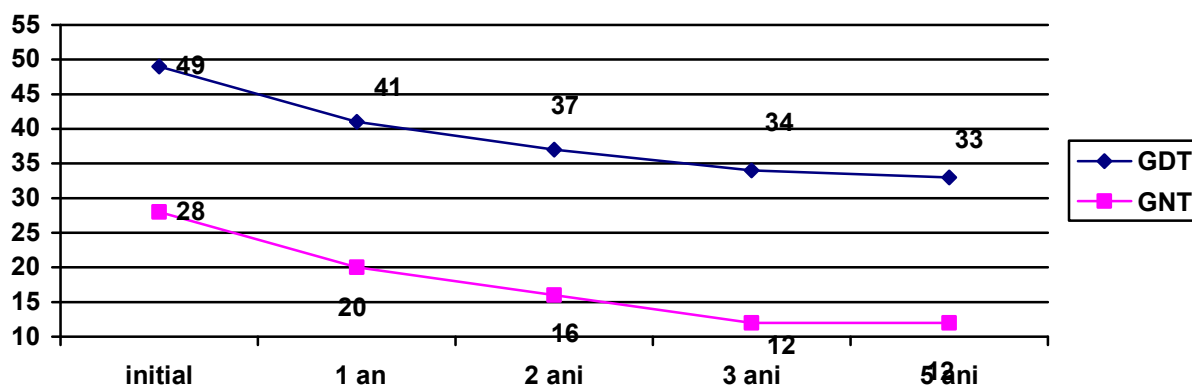


Figura 1. Dinamica eutiroidiilor (%) după tratamentul conservativ al pacienților cu GDT și guși nodulare toxice

Recidivarea bolii poate fi provocată de mulți factori, care merită de a fi luați în considerație la selectarea modelului terapeutic.

În cazurile cu GDT recidivarea a apărut mai des la tineri. Astfel, dintre cei 17 pacienți cu recidivarea GDT, 9 aveau vârsta 18 – 34 ani; 5 cu vârsta 35 – 49 ani și doar 3 pacienți cu vârsta peste 50 de ani (Fig. 2).

Dintre cei 24 pacienți cu guși nodulare toxice recidivarea bolii a fost înregistrată în 4 cazuri: 2 cazuri cu vârsta până la 34 ani, un caz cu vârsta 35 – 49 ani și un caz la vârsta peste 50 ani.

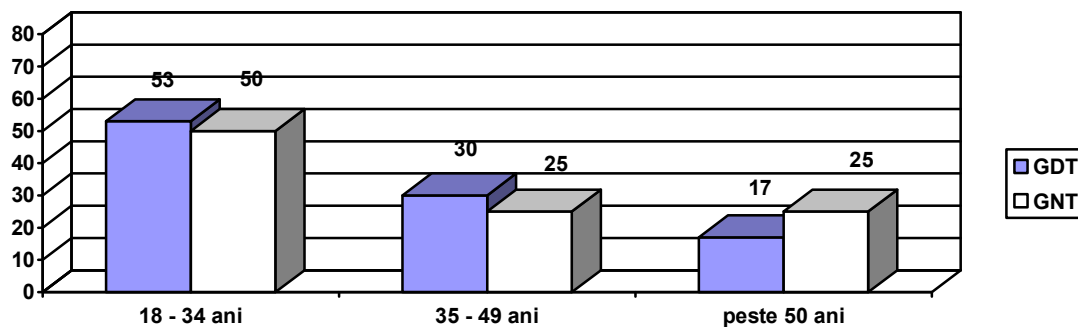


Figura 2. Dinamica recidivării (%) GDT și a GNT în funcție de vârstă

Legătura dintre vârsta pacientului și probabilitatea recidivării gușilor toxice a fost studiată și de alți autori, care au înregistrat rezultate contradictorii. Unele investigații atestă risc scăzut de recidivare a gușii toxice la vârsta 30 – 40 ani [13]. Conform altor rezultate, la pacienții cu vârsta sub 20 ani recidivarea se dezvoltă în 76 % cazuri [11], dar la vârsta peste 40 ani – la 47%. Cercetările făcute în Suedia nu au evidențiat legătură dintre vârsta pacientului și riscul recidivării gușii toxice [12].

În studiu au fost incluși 16 bărbați dintre cei 102 pacienți cu GDT și 5 bărbați dintre cei 24 pacienți cu guși nodulare toxice, fapt care semnifică incidența relativ scăzută la ei a gușilor toxice. La 7 bărbați cu GDT [43%] după administrarea tratamentului conservativ a survenit remisia, pe când dintre cei 5 bărbați cu guși nodulare toxice, remisia s-a instalat într-un singur caz (25%). În cazurile femeilor, remisia a fost marcată respectiv în 43 cazuri (50%) de GDT și la 4 femei (21%) din cele 19 investigate. Astfel, rezultatele înregistrate în urma tratamentului conservativ nu prezintă diferențe semnificative la pacienții bărbați și femei. În alte studii s-a demonstrat, că, riscul recidivării GDT după tratamentul tireostatic aplicat este semnificativ mai crescut la bărbați comparativ cu cel al femeilor [1,4].

În prezentul studiu a fost analizată legătura dintre probabilitatea remisiunii GDT și dimensiunile gușii. S-a observat, că, volumul inițial al tiroidei înainte de administrarea tratamentului a fost evident mai mare la pacienții cu persistența tireotoxicozei și recidivarea GDT după tratament. Eutiroidia stabilă după tratamentul conservativ a fost instalată la 15 pacienți (79%) dintre cei 19 cu GDT grad II; la 27 pacienți (58%) dintre cei 47 cu GDT grad III; la 8 pacienți (25%) dintre cei 32 cu GDT grad IV și nici la unul (0%) dintre cei 4 pacienți cu GDT grad V. Și alte publicații au atestat eficiența mai slabă a tratamentului conservativ la pacienții cu gușă mai mare și tireotoxicoză mai gravă [4, 8]. Unii autori au constatat eficiența slabă a tratamentului conservativ la niveluri serice foarte crescute de hormoni tiroidieni, dar mai puțin semnificativă la gușile mari [6, 8].

Am studiat dinamica volumului tiroidian pe parcursul tratamentului conservativ observând la cei 50 pacienți cu eutiroidie micșorarea gușii cu I – III grade (10 – 25 ml). Dintre cei 52 pacienți cu GDT la care nu s-a reușit instalarea eutiroidiei în urma tratamentului conservativ având nevoie mai târziu și de tratament radical, doar în 9 cazuri (18%) s-a micșorat gușa și doar cu I grad în rest rămânând la fel de mare ca până la tratament. Astfel, lipsa

micșorării tiroidei sau creșterea gușii pe parcursul administrării tratamentului conservativ presupune riscul recidivării bolii întâlnită și în alte studii [3, 14].

Concluzii

1. Remisia gușii difuze toxice și a gușii nodulare s-a obținut după administrarea tratamentului conservativ la respectiv 49% și 28% dintre pacienții aflați sub observație.
2. Factorii de risc ai recidivării gușilor toxice sânt vârsta relativ tânără a pacienților (sub 35 ani), dimensiunile mari ale gușii (peste 30 ml), lipsa diminuării gușii sau greșterea volumului tiroidian pe fondalul administrării tratamentului conservativ.
3. Recidivarea gușii toxice mai des are loc pe parcursul primului an de la administrarea tratamentului tireostatic - în 50% dintre pacienții cu GDT și GNT.

Bibliografie

1. Allahabadia A., Daykin J., Holder R. Et al. // J. Glin. Endocrinol. Metabol. – 2000. – Vol. 85. – P. 1038 – 1042.
2. Barakate M. S., Agarwal G., Reeve T: et al. // Aust. N. Z. J. Surj. – 2002. – Vol. 72. – P. 321 – 324.
3. Baskin H J., Cobin R. H., Duick D. S. et. al. Endocrin. Practic., 2002, Vol. 8; 457 – 467.
4. Cooper D. S. // Endocrinol. Metab. Clin. N. Am. – 1998. – Vol. 27. – P. 225 -227.
5. Diaconescu M. R. Hipertiroidismul. Editura Junimea, Iași, 2003; 58 – 63.
6. Franklin J. A., Sheppard M. C., Maisonred P. Thiroid function and mortality in patients treated for hipertiroidism, Jame, 2005. Vol, 294, 71 – 80.
7. Jeri R., Stephen F., Hypertiroidism: diagnosis and treatment., Jurnal of the American Academy of Family, 2005, 4, 29 – 34.
8. Hollowell J. C. Stachling N. W., Flanders D. Et al. Jurnal Clin. Endocrinol. Metabol., 2002, Vol. 87; 489 – 499.
9. Leclere L., Orgiazzi J., Rasset B. et al. La Thyroide. 2 – eme edition Elsevier, Paris, 2001; 132 – 13.
10. Orgiazzi J., Madec A. M. // Thyroid. – 2002. – Vol. 12. – P. 849 – 853.
11. Weetman A. P. Graves disease. Thyroid international, 2003, 2; 34 – 39.
12. Vitti P., Rago T., Chiovato L., et al. // Thyroid. – 1997. – Vol. 7. – P. 369 – 375.
13. Volpe R. // Curric. Pharm. Design. – 2001. – Vol 7. – P. 451 – 460.
14. Wartofsky L. // Thyroid. – 1997. V. 7. – P 213 – 216.

SCREENING-UL DISFUNCTIILOR TIROIDIENE – UN SUBIECT CONTROVERSAT

Ana Vîrtosu, Zinaida Anestiadi, Dumitru Harea, Zinaida Alexa

Catedra Endocrinologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Screening for thyroid dysfunction - a controversy

High prevalence of thyroid diseases in the general population, including the Republic of Moldova, and the ability to treat them early in subclinical stages, preventing both progression to manifest forms, as well as systemic complications, indicates their need for screening. However, the recommendations of specialized organizations regarding thyroid disorders detection in asymptomatic stages remain controversial. Most authors support the population screening for thyroid disease risk factors.

Rezumat

Prevalența înaltă a bolilor tiroidiene în populația generală, inclusiv în Republica Moldova, și posibilitatea de a le trata încă din stadiile subclinice, cu prevenirea atît a progresării spre forme