

8. Thyrotoxic cardiac disease, Curr Heart Fail Rep. Dahl P, Danzi S, Klein I, 2008 Sep;5(3):170-6.
9. Thyrotoxic Cardiomyopathy, Alina Yu. Babenko, Alekber A. Bairamov, Elena N. Grineva and Eugenia O. Ulupova, Almazov Federal Heart, Blood and Endocrinology Centre, St. Petersburg, Russia

HORMONOSUBSTITUȚIA PACIENȚILOR CU HIPOTIROIDIE POSTOPERATORIE

Gheorghe Caradja

Catedra Endocrinologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Hormonal substitution in patients with hypothyroidism after surgical treatment

The study covers 96 patients with hypothyroidism, installed after surgical treatment of the nodular goiter.

Was noticed that the thyroidal hormones substitution therapy is more efficient to administer to the patients with post-operation hypothyroidism, starting with the first week after the removal of at least of one quarter of the thyroidal tissue.

The administered doze of thyroidal hormones, that compensates the post-operation hypothyroidism, will constitute app. 25 - 50 mkg/day of levotyroxin for every quarter of thyroidal tissue removed.

Rezumat

Studiul cuprinde 96 pacienți cu hipotiroidie instalată după tratamentul chirurgical al gușilor nodulare.

Sa observat că terapia de substituție cu hormoni tiroidieni este mai eficient de administrat pacienților cu hipotiroidie postoperatorie începând cu prima săptămână de la înlăturarea a cel puțin un sfert de țesut tiroidian.

Doza administrată de hormoni tiroidieni, care compensează hipotiroidia postoperatorie va constitui circa 25 – 50 mkg/zi de levotiroxină la fiecare sfert de țesut tiroidian înlăturat.

Actualitatea

În ultimele decenii se atestă creșterea evidentă a pacienților cu boli tiroidiene, în special, pe contul gușilor nodulare și a tiroiditelor autoimune [1, 5, 12]. Acest fapt este determinat de starea ecologică nefavorabilă, stresul economic cronic, problemele sociale grave, modificările organismului uman sub influența alimentării, lucrul pe fondal crescut magnetic, radioactiv, ultraviolet, administrarea vaccinilor și tratamentelor. În ultimii 20 ani numărul pacienților cu guși nodulare a crescut de 5 – 8 ori dar cu tiroidite autoimune de peste 10 ori [3, 4, 6, 10].

Din cauza imposibilității excluderii prezenței cancerului tiroidian, chiar și în cazurile cu rezultate negative histocitologice a punctatului tiroidian, nedepistând cancerul în circa 20% cazuri, se recurge tot mai des la tratamentul chirurgical al gușilor nodulare, înlăturând o mai mare parte din tiroidă. Astfel, a crescut evident și numărul pacienților cu hipotiroidie manifestă instalată după tratamentul chirurgical al gușilor nodulare care este înregistrat în până la 85% cazuri de operații [7, 13].

Tratamentul de bază al pacienților cu hipotiroidie include administrarea substituției cu hormoni tiroidieni pentru tot restul vieții, cu excepția cazurilor cu hipotiroidii tranzitorii când deseori se administrează L-tiroxina pentru câteva luni [2, 8, 11].

Selectarea dozelor optimale de hormoni tiroidieni se face cu prudență, ținând cont de vârsta pacientului, gravitatea și durata hipotiroidiei, asocierea altor boli, în special a hipertensiunii arteriale, fibrilației atriale, insuficienței cardiace, distoniei neurocirculatorii, deoarece crește riscul agravării evoluției acestor boli la supradozarea neînsemnată [10, 14].

Medicamentul de elecție în tratamentul hipotiroidiei este L-tiroxina ținând cont de efectul cardiotrop negativ mai puțin pronunțat comparativ cu cel al altor hormoni tiroidieni dar și garantarea oscilațiilor minimale a triiodtironinei serice, abținută prin conversia tiroxinei în triiodtironină [6, 9].

Administrarea hormonilor tiroidieni la pacienții cu hipotiroidie postchirurgicală are multe particularități: timpul și dozele de inițiere, perioadele optimale de investigare, timpul de creștere a dozelor, specificul de administrare la asocierea altor boli, optimizarea dozelor administrate. Pentru studierea unor nuanțe terapeutice am decis efectuarea acestui studiu.

Scopul

Studierea particularităților de terapie cu hormoni tiroidieni a pacienților cu hipotiroidie instalată după tratamentul chirurgical al gușilor nodulare.

Material și metode

Studiul a cuprins 96 pacienți cu hipotiroidie instalată după tratamentul chirurgical al gușilor nodulare: 84 femei și 12 bărbați cu vârsta între 23 și 71 ani.

Diagnosticul hipotiroidiei a fost confirmat cu simptome clinice caracteristice (somnolență, scăderea atenției, memoriei, slăbiciune, senzație de frig, constipații, scăderea timbrului vocii și oboseală la vorbire, edeme, tegumente pal-gălbui, uscate, groase, reci, amimia fieții, reflexe scăzute ș.a.), niveluri serice scăzute de T3, T4, și crescute de TSH înregistrate prin metoda radioimunologică, modificări specifice înregistrate la ecoscopia tiroidei rezeționate utilizând sensor liniar cu rezoluția 7,5 Megaherț.

Pacienții sau aflat sub observație din prima săptămână de după intervenția chirurgicală la tiroidă și pe parcursul a 2 ani postchirurgicali.

Intervenția chirurgicală a inclus înlăturarea nodulului tiroidian sau a unei jumătăți de lob, sau a unui lob, sau a lobului cu istm, sau subtotală a tiroidei, în funcție de numărul nodulilor tiroidieni, sediul lor și răspândirea nodularizării tiroidiene.

Nuanțele hormonosubstituției cu L-tiroxină au fost analizate prin prisma volumului tiroidian postchirurgical restant, vârstei pacienților, bolilor asociate la pacientul concret.

Rezultate și discuții

Analizând timpul de inițiere a terapiei de substituție cu L-tiroxină au fost înregistrate următoarele rezultate: în prima lună postoperatorie au început tratamentul cu L-tiroxină 49 pacienți (51%); în lunile 2 – 3 încă 21 pacienți (21,9%); în lunile 4 – 6 încă 17 pacienți (17,8%); în lunile 7 – 12, restul 9 pacienți (9,3%).

Dintre cei 49 de pacienți, care au început tratamentul din prima lună postoperatorie, 46 pacienți (93,9%) nu au avut hipotiroidie manifestă sau semnele de hipotiroidie au fost înlăturate în timp de până la 2 luni de tratament cu hormoni tiroidieni. Nici un pacient din cei 49 menționați nu a înregistrat complicații de hipotiroidie pe parcursul celor 2 ani de observație postchirurgicală. Ceilalți 3 pacienți au început tratamentul de substituție din săptămânile 2 – 3 – 4 postchirurgicale și au prezentat hipotiroidie, care sa compensat pe parcursul lunii a doua de tratament de substituție cu levotiroxină. De menționat faptul, că, acești 3 pacienți au primit doze relativ mici de hormoni tiroidieni sau periodic sistau tratamentul hormonal administrat.

La 2 – 3 luni după intervenția chirurgicală la tiroidă dintre cei 21 pacienți care au început tratamentul în această perioadă, manifestări clinice evidente de hipotiroidie sa înregistrat la 16 pacienți (76,2%). După administrarea substituției cu hormoni tirooidieni în decurs de 2 luni a fost înregistrată compensarea hipotiroidiei la această grupă de pacienți în 15 cazuri (71,4%). În restul 6 cazuri pacienți înregistrau manifestări clinice evidente de hipotiroidie dintre care în 2 cazuri sa marcat mixedem.

Dintre cei 17 pacienți cu hipotiroidie care au inițiat substituția cu L-tiroxină din lunile 4 – 6 postoperatorii 16 pacienți (94,1%) prezentau semne de hipotiroidie, 4 dintre care sufereau de mixedem cu complicații cardiace, respiratorii, neuropsihice. Administrând tratament de substituție cu L-tiroxină sa reușit compensarea peste 2 luni în 10 cazuri (58,8%), în restul 7 cazuri starea sănătății sa ameliorat parțial, menținându-se unele semne de hipotiroidie și de complicații.

Peste 7 – 12 luni de la tratamentul chirurgical al gușilor nodulare, sa reușit instalarea eutiroidiei pe fondal de substituție permanentă cu L-tiroxină timp de 2 luni, în 4 cazuri (44,4%) dintre cei 9 pacienți care au început tratamentul hormonal în acest termen. În restul de 5 cazuri sa atestat ameliorare neînsemnată a stării sănătății, 4 cazuri fiind de mixedem cu modificări cardiace grave.

Rezultatele menționate, demonstrează că administrarea tratamentului hormonal de substituție este optimal de a fi inițiată din prima lună, ba chiar din prima săptămână de după intervenția chirurgicală asupra tiroidei. O astfel de tactică ar preîntâmpina instalarea complicațiilor, în special cardiace care invalidizează cel mai des pacienții cu hipotiroidie postoperatorie [2, 11, 14].

Analizând nuanțele administrării hormonosubstituției în lotul studiat am marcat, că, dintre cei 32 pacienți care au suportat înlăturarea nodulului sau nodulilor tiroidieni de volum până la un sfert de tiroidă au administrat 25 mkg/zi L-tiroxină pentru a menține eutiroidia 16 pacienți (50%), 50 mkg/zi au administrat – 12 pacienți (37,5%), 75 mkg/zi – 4 pacienți (12,5%).

Dintre cei 34 pacienți care au suportat înlăturarea a unei jumătăți de tiroidă (a unui lob sau a unui lob și istm sau hemitiroidectomie cu înlăturare de țesut tiroidian din ambii lobi) au administrat 25 mkg/zi L-tiroxină pentru instalarea eutiroidiei doar 2 pacienți (5,9%), în 7 cazuri (20,6%) a fost nevoie de 50 mkg/zi, în 12 cazuri (35,3%) sau administrat câte 75 mkg/zi, în 11 cazuri (32,4%) – câte 100 mkg/zi și doar în 2 cazuri (5,9%) sau administrat câte 125 mkg/zi L-tiroxină.

În 21 cazuri de tiroidectomie subtotală cu înlăturare a $\frac{3}{4}$ din volumul tiroidei, pentru a fi instalată eutiroidia, a fost nevoie de 75 mkg/zi de L-tiroxină la 3 pacienți (14,3%), de 100 mkg/zi – la 6 pacienți (28,6%), de 125 mkg/zi – la 7 pacienți (33,3%), de 150 mkg/zi – la 4 pacienți (19%) și de 175 mkg/zi – la 1 pacient (4,8%).

Tiroidectomia totală a fost utilizată în 9 cazuri, dintre care 150 mkg/zi au administrat 2 pacienți (22,3%), de 175 mkg/zi – 3 pacienți (33,3%), de 200 mkg/zi – 3 pacienți (33,3%), de 225 mkg/zi – un pacient (11,1%).

Rezultatele înregistrate denotă că în cazurile cu hipotiroidie postoperatorie, doza optimală de L-tiroxină necesară pentru instalarea eutiroidiei va fi de circa 25 – 50 mkg/zi pentru fiecare sfert de tiroidă înlăturat.

În literatura de specialitate date despre dozele hormonosubstituției tiroidiene sunt recomandate de calculat în funcție de greutatea țesutului tiroidian restant [1, 10]. care corect se calculează cu dificultăți, sau la kg/corp de masă reală deseori fiind neadecvată gravității bolii [9, 11, 14].

Concluzii

1. Terapia de substituție cu hormoni tiroidieni se recomandă de administrat pacienților cu hipotiroidie postoperatorie începând cu prima săptămână de la înlăturarea a cel puțin un sfert de țesut tiroidian.

2. Doza administrată de hormoni tiroidieni, care compensează hipotiroidia postoperatorie va constitui circa 25 – 50 mkg/zi de levotiroxină la fiecare sfert de țesut tiroidian înlăturat.

Bibliografie

1. Berger N., Borda A. Patologie endocrină tumorală și netumorală. Curs postuniversitar. Târgu-Mureș. 18 – 30 septembrie, 2007.

2. Castro M., Caraballo Pj., Morris Jc. Effectiveness of thyroid hormone suppressive therapy in benign solitary thyroid nodules: a meta-analysis. J. Clin. Endocrinol. Metabol. 2002; 87; 4154 – 4159.

3. Dean D., Fatourehchi V. Imaging the thyroid nodules Mayo Clinic update, 2007; 4 (2), p. 1 – 5.

4. Greenspan F., Gardner D. Basic and Clinical Endocrinology, 7 th Ed., Lange Medical Books/ Mc Graw-Hill, 2004, p. 247 – 248.

5. Larsen P. Kronenberg H, Melmed S. Willams Textbook of Endocrinology, 10 th Ed., 2003; p. 457 -460.

6. Mandell, Susan V. Thyroid nodules. Meet the professor handouts Endo 2008; p. 475 – 479.

7. Rio-Zambudio A., Rodrigues J., Soria T. Prospective study of postoperative complications after total thyroidectomy for multinodular goiters. Ann. Surg., 2004; 240. p. 18 – 25.

8. Schlumberger M., Corone C. Le nodule thyroïdien: bilan et surveillance. Med. Clin. Endocrinol. Diabetes. 2005; 3: p. 34 – 45.

9. Schlumberger M., Pacini F. Thyroid tumors. Second Edition, Paris. Editiion Nucleon. p. 193 -195.

10. Varcuș F. Nodulul tiroidian: etiopatogenie, diagnostic, tratament. Editura Artpress, 2008. p. 148 – 150.

11. Wong K., Wheeler M. Thyroid nodules: Rational Management. Word J Surg. 2000, 24: p. 962 – 965.

12. Vărcuș F., Peix J. L., Berger N. et al. La scintigraphie thyroïdienne: quelle place dans le bilan preoperatoire des nodules thyroïdiens, Ann Chir, 2002; 127, p. 685 – 689.

13. Аристархов В.Г., Фурсов А.А., Донюков А.И. и др. Послеоперационный гипотиреоз у больных узловым коллоидным зобом // Материалы X(XII) Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. - Смоленск, 2002. - С. 20 - 21.

14. Буйдина Т.А., Побединцева М.В., Мартышова А.В., и др. Опыт раннего использования тиреоидных гормонов у пациентов с оперированной щитовидной железой // Материалы IV Всероссийского конгресса эндокринологов. - Санкт-Петербург, 2001. - С.276 – 277.