

14. Акинчев А. П., Романчишин А. Ф.. Возможные причины послеоперационного рецидивного зоба. Материалы IV всероссийского конгресса эндокринологов. Санкт Петербург, 2001, 256 – 257.

15. Ванушко В. Э. Современные эффекты хирургического лечения наиболее распространенных заболеваний щитовидной железы. Автореферат дис. докт. мед наук, Москва, 2005; 21 – 24.

## **EVOLUȚIA CLINICĂ ÎN PERIOADA POSTOPERATORIE A PACIENȚILOR CU GUȘĂ NODULARĂ**

**Cristina Covalciuc**

(Conducător științific d.ș.m, conferențiar Gh. Caradja )  
Catedra Endocrinologie USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### *Clinical evolution of patients in the postoperative period*

In this research were analyzed the clinical aspects of patients with nodular goiter after surgical treatment.

It was demonstrated that the criteria for confirmation of the postoperative euthyroidism serve for: the determination of T3, T4, TSH normal limits and no increase in the volume of tissue was registered. The determination of the increase of the TSH level - according to general criteria, most frequently at the lower limit of a total T3 and T4 allows the establishment of the diagnosis of subclinical hypothyroidism and the recommendation of a new treatment.

During the two years of study, of the total number of 58 patients, the frequency of euthyroidism decreased slightly and it was 49.8%, the postoperative hypothyroidism was determined in 39.7% case, and 10.4% cases with relapse nodular goiter (the first recorded cases were from 6 to 11 postoperatively months, and it was of 5.1%).

### **Rezumat**

În această lucrare au fost analizate aspectele clinico-paraclinice a pacienților cu gușă nodulară după tratamentul chirurgical.

S-a demonstrat că criteriile de confirmare a eutiroidiei postoperatorii pot servi: determinarea T3, T4, TSH în limitele normei și lipsa creșterii în volum a țesutului restant. În cazul determinării creșterii nivelului TSH - ului pe fonul valorilor normale, mai frecvent la limita inferioară ale T3 și T4 totali se poate stabili diagnosticul de hipotiroidie subclinică și poate fi recomandată instituirea tratamentului substitutiv;

Pe parcursul a doi ani de studiu, din numărul total de 58 de pacienți, frecvența eutiroidiei a scăzut nesemnificativ și a constituit 49,8%, hipotiroidia postoperatorie manifestă s-a determinat în 39,7% cazuri, iar recidiva gușii nodulare în 10,4% cazuri (primele cazuri înregistrându-se la termenul de 6-11 luni postoperator, și constituia 5,1%).

### **Actualitatea temei**

În ultimii ani se înregistrează o creștere constantă a nivelului patologiei tiroidiene și tendința agravării acestor patologii. Prevalența formelor nodulare de gușa netoxică palpabilă variază între 19,4 – 29,8% din totalul patologiei glandei tiroide [3, 10, 11, 15, 17]. Tratamentul chirurgical rămâne unul din cel mai eficient în leziunile nodulare ale glandei tiroide, numărul de operații pe glanda tiroidă este în mod constant în creștere. În acest sens, un medic se întâlnește mai frecvent în activitatea sa cu gușa recidivantă după tratament chirurgical, frecvența, căreia variind de la 8,5 la 39%, din care cele re-operate constituie de la 9,1 la 52% din pacienți, și de asemenea, cu dezvoltarea de hipotiroidism postoperatoriu, care este detectat la 6,8 - 56% din cazuri [ 3, 10, 11, 15, 17].

În ultimii ani în chirurgia gușii nodulare (GN) au fost obținute succese semnificative, ce a permis reducerea considerabilă a letalității intraoperatorii practic până la 0%, și a micșorat procentul complicațiilor postoperatorii legate cu tehnica intervenției chirurgicale - lezarea n. recurrens, hemoragii postoperatorii și tetania postoperatorie (V.Hotineanu) [2].

Cu toate acestea, rezultatele funcționale postoperatorii nu satisfac cerințele practice. Aceasta este legat cu survenirea hipotiroidiei și recidivării postoperatorii, etc. După datele Institutului de endocrinologie experimentală din Moscova hipotiroidia a fost depistată la 62,5% bolnavi operați peste o lună după intervenția chirurgicală, iar peste trei luni – la 69% și doar la 28% bolnavi purtând caracter tranzitoriu [2]. După datele diferitor autori hipotiroidia postoperatorie poate surveni de la 22% (Pamesler M., 2000) până la 60% (Condray E., 2001) bolnavi operați. Indiferent de rezultatele cercetărilor autorii fac coerență între dereglările funcționale ale glandei tiroide cu existența proceselor autoimune în țesutul tiroidian, acestea fiind una dintre cele mai importante cauze în dezvoltarea hipotiroidiei [2].

În ultimii ani, a început o dezbateră amplă privind oportunitatea administrării de hormoni tiroidieni după o intervenție chirurgicală asupra glandei tiroide pentru a preveni hipotiroidismul postoperatoriu și recidivele, cât și durata de administrare și dozele necesare. În același timp recidivele nodulare se estimează în funcție de activitatea funcțională a restului tiroidian. Multe aspecte ale acestei probleme au caracter de discuție și necesită studiu în continuare.

### **Scopul lucrării**

Studierea perioadei postoperatorie la pacienții cu gușă nodulară, cu evaluarea aspectelor clinico-paraclinice în prevenirea diferitor complicații postoperatorii.

### **Materiale și metode de cercetare**

Lucrarea dată include un studiu retrospectiv efectuat în baza analizei foilor de observație clinică, a datelor anamnestice și obiective, a rezultatelor investigațiilor de laborator și instrumentale a unui lot de 58 de pacienți cu GN, supuși tratamentului chirurgical în anii 2007-2008, după eșecul tratamentului conservator. Aceștia au fost monitorizați în dinamică în următorii 2 ani postoperator. Vârsta pacienților a fost cuprinsă între 16 și 65 ani, în mediu 40,7 ani, dintre care 50 (86,2%) au fost femei și 8 bărbați (13,8%). Pacienții au fost divizați în trei grupe de vârstă: 16-30 ani, 31-45 ani, 46-65 ani.

Vechimea bolii la pacienți varia între 5 luni și 3 ani, iar durata administrării tratamentului conservativ neîntrerupt între 4-36 luni.

După pregătirea preoperatorie, pacienții au fost supuși intervenției chirurgicale de tiroidectomie subtotală în cadrul clinicii de chirurgie endocrină a Spitalului Clinic Republican din Chișinău. La determinarea volumului intervenției chirurgicale s-au luat în considerație volumul glandei tiroide, vârsta și sexul bolnavilor, numărul și localizarea nodulilor.

Bolnavii au fost investigați clinic și paraclinic în stare de eutiroidie clinică până la operație, apoi peste 1-5 luni, 6-11 luni, 12-17 luni și 18-24 luni.

Diagnosticul clinic de GN s-a stabilit în baza acuzelor și datelor anamnestice, examenului clinic, rezultatelor investigațiilor paraclinice specifice: examenul ultrasonor, scanografia glandei tiroide, dozarea hormonilor serici și a anticorpilor specifici.

### **Rezultatele cercetărilor și discuții**

Urmărind evoluția manifestărilor clinice după intervenție chirurgicală în cazul GN, în perioada postoperatorie precoce nu am înregistrat nici un caz de pareză a corzilor vocale.

În cadrul examenului medical efectuat peste 1-5 luni de la intervenția chirurgicală, eutiroidia s-a determinat la 44 din pacienți (75,8%) incluși în lotul de studiu.

La același termen postoperator, hipotiroidia postoperatorie s-a înregistrat la 14 pacienți (24,2%), dintre care la 10 pacienți (17,2%) s-a determinat hipotiroidie manifestă, iar 4 pacienți (7%) au avut hipotiroidie latentă. Pacienților cu hipotiroidie clinică li s-a instituit tratamentul de

substituție cu L-tiroxină în doze de 50-125 mcg/zi, determinat individual, ceilalți pacienți au rămas sub observație în dinamică

Peste 6-11 luni de la tratamentul chirurgical, eutiroidia clinică s-a determinat la 40 pacienți (69%). Starea de hipotiroidie a fost înregistrată la 15 pacienți (25,8%), dintre care 13 pacienți (22,4%) aveau hipotiroidie manifestă, iar 2 pacienți (3,4%) sufereau de hipotiroidie latentă. În cazurile de hipotiroidie clinică stabilă s-a administrat tratamentul de substituție cu L-tiroxină în doză de 50-150 mcg/zi. După 6-11 luni postoperator s-a observat recidiva gușii nodulare, care s-a înregistrat în 3 cazuri (5,1%), toate la femei, două la vârsta cuprinsă între 16-30 ani și un caz la 41 ani.

Urmărind starea funcțională a glandei tiroide la pacienții din lotul de studiu, la termenul de 12-17 luni postoperator, eutiroidia a fost înregistrată la 36 pacienți (62,1%). În 4 cazuri (6,9%) după o perioadă de 12-17 luni de eutiroidie s-a determinat recidiva gușii. Dintre aceste patru cazuri, trei s-au înregistrat în rândul femeilor și unul la bărbați. Hipotiroidia postoperatorie, după 12-17 luni s-a întâlnit în 18 cazuri (31%), dintre care într-un caz (1,7%) era vorba de hipotiroidie subclinică, iar în 17 cazuri (29,3%) era hipotiroidie manifestă.

După 18-24 luni de la operație s-au determinat 29 cazuri (49,8%) de eutiroidie. La 6 pacienți (10,4%) s-a înregistrat recidivarea gușii nodulare după aproape 2 ani de menținere a stării de eutiroidie. Dintre cele 5 cazuri de recidive 3 erau printre femei și două cazuri la bărbați. Hipotiroidia s-a înregistrat la 23 pacienți (39,7%), 21 din ei (36,3%) aveau hipotiroidie manifestă și în 2 cazuri s-a înregistrat hipotiroidie latentă.

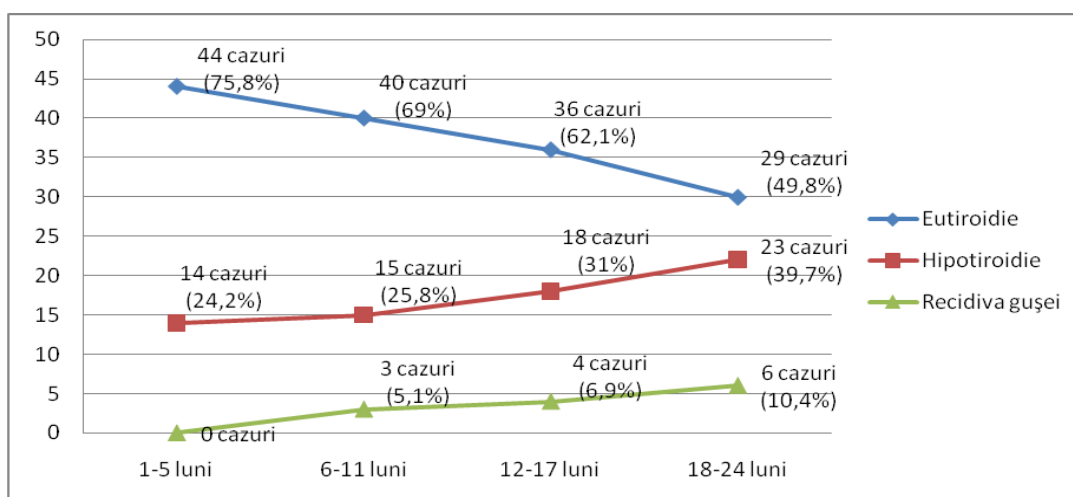


Figura 1 Repartizarea în dinamică a pacienților conform stărilor clinice în primii doi ani postoperator

În figura 1 este reprezentată dinamica repartizării pacienților în dependență de stările funcționale ale tiroidei la diferite etape de evaluare, pe parcursul primilor doi ani postoperator.

Din datele primite în studiul nostru, frecvența eutiroidiei a scăzut nesemnificativ după 2 ani de la tratamentul chirurgical al gușii nodulare și a constituit 49,8%, ceea ce coincide cu rezultatele unor autori, care au determinat eutiroidia în 49,35% cazuri [1, 2].

Hipotiroidia postoperatorie, în primele luni după intervenție s-a determinat în 24,2% cazuri, treptat numărul pacienților cu hipotiroidie a crescut, astfel că după doi ani de la operație frecvența hipotiroidiei a constituit 39,7%. În literatura de specialitate, hipotiroidia postoperatorie se întâlnește în 18-60% cazuri [5, 6, 8, 9]. Majoritatea cazurilor de hipotiroidie (18 din 23) s-au dezvoltat în primele 6-17 luni postoperator, rezultate descrise și în literatura de specialitate [8, 16]. Acest fapt confirmă ipoteza precum că hipotiroidiile din primul an postoperator sunt determinate în special de înlăturarea unei părți de parenchim tiroidian, pe când hipotiroidiile mai tardive probabil sunt determinate de persistența proceselor autoimune din țesutul tiroidian restant.

După tratamentul chirurgical al GN, recidiva se întâlnește în 4,9-49% din numărul total de pacienți operați [12, 13,14]. În lotul nostru de pacienți primele cazuri de recidivă a gușii nodulare le-am determinat peste 6-11 luni postoperator, peste doi ani de la intervenție frecvența sa constituind 10,4% cazuri. De menționat faptul că recidivarea nodulilor tiroidieni a apărut la 5 din cele 6 cazuri pe fondal de guși polimicronodulare înregistrate înainte de tratamentul chirurgical, fapt care presupune creșterea nodulilor din micronodulii restanți postoperator.

Înainte de începerea tratamentului pacienților cu GN, li s-a determinat nivelul seric al hormonilor tiroidieni. Aceste niveluri s-au dovedit a fi în 49 cazuri (84,5%) în limitele normei, iar în 3 cazuri (5,2%), fiind puțin majorate, dar nu variaua cu mult de la normă, media constituind pentru T<sub>3</sub> - 3,1 nmol/l (norma: 1,2-2,8 nmol/l), T<sub>4</sub> - 162,2 nmol/l (norma: 60-160 nmol/l) și pentru TSH - 0,2 mU/l (norma: 0,17-4,05 mU/l). În restul 6 cazuri (10,3%) nivelurile serice T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub> puțin scazuți și TSH între 4-9 mU/l.

Determinarea valorilor hormonilor tiroidieni s-a efectuat și în dinamică, după efectuarea tiroidectomiei subtotale, pentru a monitoriza funcția glandei tiroide, deci și rezultatele tratamentului chirurgical al GN peste anumite intervale de timp. Astfel, după 1-5 luni, cât și după 6-11 luni, 12-17 luni, 18-24 luni de la operație, la pacienții eutiroidieni valorile T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub> și TSH s-au dovedit a fi normale.

În cadrul dozării hormonilor tiroidieni la pacienții cu hipotiroidie postoperatorie s-a înregistrat o scădere a nivelului T<sub>3</sub> și T<sub>4</sub> în cazurile de hipotiroidie manifestă, și respectiv creșterea nivelului de TSH seric.

În cadrul ecografiei glandei tiroide a pacienților cu GN până la efectuarea tratamentului chirurgical a fost depistată prezența formațiunilor nodulare multiple în 37 cazuri (63,8%) și solitare 21 cazuri (36,2%). În majoritatea cazurilor contururile formațiunilor nodulare erau regulate - 51 cazuri (87,9%) din totalul de 58 pacienți. Ecogenitatea formațiunilor nodulare a fost determinată ca fiind hipoecogenă în 53 cazuri (91,4%) și doar în 5 cazuri (8,6%) ca fiind heteroecogenă ceea ce corespunde datelor din literatura de specialitate în care heteroecogenitatea nodulilor tiroidieni e întâlnită doar în 10 % cazuri [4, 18].

În perioada postoperatorie formațiuni nodulare recidivante au fost depistate la termen deja de 6-11 luni, când au apărut primele 3 cazuri de recidivă a GN, pe parcursul a 2 ani de studiu, formațiuni nodulare au fost depistate în 6 cazuri de recidivă, ceea ce constituie 10,4%.

Prezintă interes rezultatele ecoscopiei tiroidei din perioada postoperatorie. După hemilobectomie din 17 cazuri hipotiroidia s-a instalat în 3 cazuri (17,6%) după cele 19 cazuri de lobectomie a survenit hipotiroidia în 8 cazuri (42,1%). După tiroidectomia subtotală din 22 cazuri s-a instalat hipotiroidia în 12 cazuri (54,5%). Aceste rezultate confirmă creșterea riscului de instalare a hipotiroidiei la pacienții cu volum de tiroidă mic lăsat la operație.

În urma efectuării scintigrafiei glandei tiroide în perioada preoperatorie s-au determinat noduli "reci" în 39 cazuri (67,2%), și noduli fără nuanțe hipoactive în 19 cazuri (32,8%).

Ulterior în perioada postchirurgicală formațiuni nodulare s-au depistat în 6 cazuri de recidivă a GN (10,4%) pe parcursul a doi ani de studiu.

## **Concluzii**

1. Eficiența tratamentului chirurgical al GN în lotul studiat a constituit 89.6%, confirmată prin lipsa recidivării nodulilor tiroidieni;

2. Hipotiroidia postoperatorie peste 2 ani de la intervenția chirurgicală s-a determinat în 39,7% cazuri mai frecvent (82,6% - 19 cazuri) a fost înregistrate la femei și la vârstnici;

3. Frecvența recidivării a constituit 10,4%, mai frecvent înregistrându-se peste 6-11 luni de la intervenția chirurgicală, în special la femei și la vârstă mai tânără;

4. Dozarea T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>, TSH-ului seric au o importanță indiscutabilă în diagnosticarea stărilor clinice survenite după tratamentul chirurgical al GN, cea mai mare valoare diagnostică aparținând monitorizării concentrației TSH-ului seric;

5. Examenul ecografic ne permite evaluarea mai eficientă a pacienților cu GN atât în perioada pre- cât și postoperatorie;

6. Scanarea tiroidei s-a dovedit a fi o metodică mai puțin informativă, deoarece evidențiază în special nodulii mai mari (peste 2cm în diametru), și nu permite diferențierea dintre nodulii maligni, benigni, chisturi, toate fiind ”reci”;

### **Bibliografie**

1. Caradja Gh., Observații privind diferențierea nodulilor tiroidieni. *Artamedica* Nr.3 (6), 2004, pag.27-29;
2. Dubinin O. Aspecte morfopatologice ale maladiilor hiperplastice benigne ale glandei tiroide asociate cu schimbări autoimune în țesutul tiroidian. „*Arta Medica*”, Republica Moldova, Chișinău. Nr. 2 (17), 2006, pp. 45-48;
3. Burch, H.B. Evaluation and management of the solid thyroid nodule / H.B. Burch // *Endocrinol Metab. Clin. North Am.* - 2005. - Vol. 24, № 4. - P. 663-710;
4. Kaike E., Noguchi S., Ultrasounographic characteristics of thyroid nodules: prediction of malignancy. *Arch. Surg.*, 2001. Pp.334-337;
5. Koh Y., Lee S.: Prediction of hypothyroidism after hemithyroidectomy: a biochemical and pathological analysis, *Fur. Arch. Otorhinolargngol.*, 2008, 265 (4):453-457;
6. Larseu P.: *Williams Textbook of Endocrinology – 9-th, Ed.* - Philadelphia 1998: 389-517;
7. Mercoci L.: Evoluția hipertensiunii arteriale la bolnavii cu hipotiroidie, *Curierul medical* nr. 3 (279), Chișinău 2004;
8. Miller F., Poulson D.: Risk factors for the development of the hypothyroidism after hemithyroidectomy, *Arch. Otolaringol. Head Neck Surg.*, 2006, 132(1): 36-38;
9. Piper H., Buigis S.: Detecting and defining hypothyroidism after hemithyroidectomy, *Am. J. Surg.*, 2005, 57(5): 587-591;
10. Shaha AR. Controversies in the management of the thyroid nodule / AR. Shaha // *The Laryngoscope.* - 2000. - Vol. 110, № 2;
11. А. Б. Белевитин, В. В. Воробьев, Л.Ф. Винник, Д. В. Давыдов, Диагностика и лечение узлового зоба с использованием стационарозамещающих технологий, Санкт-Петербург, вестник российской военно-медицинской академии 1(25)-2009;
12. Андрюков Б. Г., Кику П. Ф. Влияние йоддефицита на распространенность аутоиммунного дефицита в Приморском крае // *Дальневосточный мед. журн.* 2004. № 3. С. 44–47;
13. Белобородов В.А, Олифирова О. С, Шевченко С. П, Сидоров С. В. Причины возникновения, принципы лечения и профилактики послеоперационного рецидивного зоба. *Вестник НГУ*, 2007. Том. 5, выпуск 1;
14. В. О. Бондаренко, Э. Р. Накашидзе, Т. И. Кова-ленко и др. / Рецидивный зоб: современные аспек-ты диагностики и хирургического лечения // *Совр. аспекты хирург. эндок-ринол.* СПб., 2003. С. 37–41;
15. Винник, Л.Ф. Предоперационная подготовка больных зобом в стационаре краткосрочного пребывания / Л.Ф. Винник, Д.В. Давыдов // *Стационарозамещающие технологии. Ам-булаторная хирургия.* - 2007. - № 1 (25). - С. 45-49;
16. Коваленко А.Е // *Тиреоидектомия и послеоперационный гипотиреоз.* Здоров'я України, 2008, стр. 37-38;
17. Оленева И.Н., Ликстанов М.И., Зинчук С.Ф, Оценка эффективности фармакологической профилактики осложнений у больных, оперированных по поводу узлового коллоидного зоба; *Фундаментальные исследования* № 6 2005;
18. С. Б. Миронов, Применение комплексного ультразвукового исследования для повышения точности дифференциальной диагностики узловых образований щитовидной железы, *Сибирский онкологический журнал*, 2008, Nr.1;