

Χειρουργική αντιμετώπιση των καλοήθων νοσημάτων του θυρεοειδή αδένου

**Χ. ΣΗΜΑΝΤΗΡΑΚΗΣ, Ι. ΣΤΕΦΑΝΑΚΗ, Ι. ΣΚΟΥΛΑΣ,
Ν. ΜΠΟΥΛΟΣ, Ζ. ΑΜΑΝΑΚΗΣ**

Ω.Ρ.Λ. Τμήμα, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Περίληψη

Οι παθήσεις του θυρεοειδούς αδένου και η αντιμετώπισή τους αποτελούν απαραίτητο, πλέον, στοιχείο γνώσης των σύγχρονων ωτορινολαρυγγολόγων - χειρουργών κεφαλής και τραχήλου. Αν και στην ουσία ο ενδοκρινολόγος θέτει την ένδειξη του χειρουργείου και καθορίζει την προεγχειρητική αντιμετώπιση, ο χειρουργός οφείλει να έχει σαφή άποψη.

Στο συγκεκριμένο άρθρο θα αναφερθούμε κυρίως στις χειρουργικές ενδείξεις, στην προεγχειρητική αντιμετώπιση και στον τύπο χειρουργικής επέμβασης που απαιτείται στα καλοήθων νοσήματα του θυρεοειδή αδένου.

Λέξεις κλειδιά: θυρεοειδής αδένος, καλοήθεις παθήσεις, χειρουργική αντιμετώπιση.

Εισαγωγή

Οι παθήσεις του θυρεοειδούς αδένου και η αντιμετώπισή τους είναι απαραίτητο στοιχείο γνώσης των σύγχρονων ωτορινολαρυγγολόγων - χειρουργών κεφαλής και τραχήλου. Αν και στην ουσία ο ενδοκρινολόγος θέτει την ένδειξη του χειρουργείου και καθορίζει την προεγχειρητική αντιμετώπιση, ο χειρουργός οφείλει να έχει σαφή άποψη.

Θα αναφερθούμε, κυρίως, στις χειρουργικές ενδείξεις, στην προεγχειρητική αντιμετώπιση και στον τύπο χειρουργικής επέμβασης που απαιτείται στα καλοήθων νοσήματα του θυρεοειδή αδένου.

Συζήτηση

Στον όρο καλοήθων θυρεοειδικών νοσημάτων περιλαμβάνονται τρεις ομάδες βρογχοκήλη και τοξική βρογχοκήλη.

Οι παθήσεις του θυρεοειδούς αδένου και η αντιμετώπισή τους είναι απαραίτητο στοιχείο γνώσης των σύγχρονων ωτορινολαρυγγολόγων - χειρουργών κεφαλής και τραχήλου. Αν και στην ουσία ο ενδοκρινολόγος θέτει την ένδειξη του χειρουργείου και καθορίζει την προεγχειρητική αντιμετώπιση, ο χειρουργός οφείλει να έχει σαφή άποψη.

Α) Θυρεοειδίτιδες

1. Θυρεοειδίτιδα του Hashimoto
2. Υποξεία Θυρεοειδίτιδα
3. Οξεία μικροβιακή Θυρεοειδίτιδα

4. Θυρεοειδίτιδα του Reidel

Στη θυρεοειδίτιδα του Hashimoto, που αποτελεί την πιο συχνή μορφή θυρεοειδίτιδας και στην υποξεία θυρεοειδίτιδα η χειρουργική επέμβαση σπανίως έχει ένδειξη. Θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη μόνο σε περιπτώσεις μεγάλης συμπίεστικής ή επίμονα επώδυνης βρογχοκήλης. Πολλές περιπτώσεις non-Hodgkin λεμφώματος (40%-80%) του θυρεοειδούς αδένου σχετίζονται με τη θυρεοειδίτιδα του Hashimoto.

Η εμφάνιση μιας γρήγορα αυξανόμενης θυρεοειδικής μάζας σε συνδυασμό με ιστορικό θυρεοειδίτιδας του Hashimoto θα πρέπει να θεωρηθεί ύποπτη για την ύπαρξη λεμφώματος. Εάν η FNA εξέταση είναι ύποπτη για λέμφωμα, τότε χρειάζεται να τεθεί ιστολογική διάγνωση με τη μέθοδο της υπερηχογραφικά κατευθυνόμενης βιοψίας. Σε περίπτωση που αυτό δεν είναι εφικτό, τότε θα πρέπει να διεξαχθεί βιοψία ανοικτής τομής.

Η θυρεοειδίτιδα του Reidel (επιθετική ινώδης θυρεοειδίτιδα) είναι ασυνήθης και χαρακτηρίζεται από ξυλώδη, σκληρή βρογχοκήλη, η οποία τείνει να διηθεί τους παρακείμενους ιστούς. Η φαρμακευτική αγωγή είναι περιστασιακά επιτυχής στα αρχικά στάδια της νόσου (κορτικοειδή, ταμοξιφαίνη, μεθοτρεξάτη, ραλοξιφαίνη).

Η χειρουργική αντιμετώπιση είναι η τελευταία μας επιλογή. Εκτεταμένη χειρουργική εκτομή είναι συνήθως αδύνατο να εκτελεσθεί, λόγω της ίνωσης ➔

του αδένου, αλλά η τμηματική εκτομή μπορεί να είναι αποτελεσματική για την αποσυμπίεση της τραχείας.

B) Μη τοξική Βρογχοκίλη

1. Οζώδης βρογχοκίλη
2. Διάχυτη βρογχοκίλη

Η χειρουργική αντιμετώπιση έχει ένδειξη στις περιπτώσεις μεγάλης, πιεστικής πολυοζώδους βρογχοκίλης, η οποία προκαλεί αναπνευστική δυσχέρεια ή δυσφαγία. Όταν η κυτταρολογική εξέταση ή το υπερηχογράφημα είναι ύποπτα ή στο ιατρικό ιστορικό αναφέρεται η ύπαρξη μιας ραγδαία αυξανόμενης μάζας, τότε η εκτομή απαιτείται για την ιστολογική τεκμηρίωση της διάγνωσης.

Επίσης, η χειρουργική επέμβαση ίσως επιλεγεί και για αισθητικούς λόγους, στις μεγάλες βρογχοκίλες. Στο Νοσοκομείο μας εκτελείται υπερηχογράφημα του θυρεοειδούς αδένου στα πλαίσια της αρχικής εκτίμησης, με ή χωρίς FNA βιοψία, όταν υπάρχει κυρίαρχος όζος. Στα άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα απόφραξης των αεραγωγών ή δυσφαγία απαιτείται η διενέργεια αξονικής τομογραφίας (CT), για την εκτίμηση του βαθμού συμπίεσης της τραχείας και της οπισθοστερνικής κατάληψης.

Σε πολλά περιστατικά πολυοζώδους βρογχοκίλης με απόφραξη των αεραγωγών, η απόφραξη οφείλεται στην οπισθοστερνική επέκταση της βρογχοκίλης.

Στις περισσότερες περιπτώσεις εκτελείται θυρεοειδεκτομή μέσω της κλασικής τραχηλικής οδού. Η στερνοτομή απαιτείται μόνο όταν η βρογχοκίλη έχει επεκταθεί κάτω από το αορτικό τόξο. Το είδος της χειρουργικής επέμβασης εξαρτάται από τα ευρήματα στην αξονική τομογραφία. Σε πολυοζώδη βρογχοκίλη που εμφανίζει ασυμμετρία, με ετερόπλευρα πιεστικά φαινόμενα, προτείνεται η λοβεκτομή. Η ετερόπλευρη λοβεκτομή θα αποφύγει τον κίνδυνο της αμφοτερόπλευρης βλάβης του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου και της υπασβεστιαιμίας. Σε ευμεγέθεις βρογχοκίλες, με περιορισμένη ή όχι οπισθοστερνική

επέκταση, η επέμβαση εκλογής είναι η υφολική ή η ολική / σχεδόν ολική θυρεοειδεκτομή.

Γ) Τοξική Βρογχοκίλη

1. Νόσος του Graves
2. Θυρεοειδίτιδα του Hashimoto
3. Τοξική οζώδης βρογχοκίλη
4. Τοξική πολυοζώδης βρογχοκίλη

Η θυρεοτοξίκωση αρχικά αντιμετωπίζεται με αντιθυρεοειδικά φάρμακα, συνήθως καρβιμαζόλη ή προπυλοθειουρακίλη ή με βήτα-αδρενεργικούς αναστολείς. Η θεραπεία με κατασταλτικά φάρμακα της θυρεοειδικής λειτουργίας διαρκεί συνήθως 6 με 18 μήνες, ακολουθούμενη από περίοδο χωρίς φαρμακευτική αγωγή, η οποία συμβάλλει στο να εκτιμηθεί εάν επήλθε ύφεση της θυρεοτοξίκωσης. Για την οριστική και μακροχρόνια αντιμετώπιση της θυρεοτοξίκωσης, η θεραπεία εκλογής είναι η χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου.

Εν τούτοις, σε αρκετούς ασθενείς η χειρουργική αντιμετώπιση πιστεύεται ότι είναι προτιμότερη. Σε ασθενείς που είναι έγκυες, θηλάζουν ή σκοπεύουν να μείνουν έγκυες στους επόμενους έξι μήνες δε θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται το ενεργό ιώδιο, ως θεραπεία τους.

Η χειρουργική επέμβαση θα πρέπει να προτείνεται σε επιλεγμένες περιπτώσεις:

1. Ασθενείς με βαριά οφθαλμοπάθεια: υπάρχουν ενδείξεις ότι η θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο επιδεινώνει την υπάρχουσα βαριά οφθαλμοπάθεια. Εάν χορηγηθεί ραδιενεργό ιώδιο αυτό θα πρέπει να γίνει υπό την κάλυψη στεροειδούς σκευάσματος. Θεραπεία εκλογής θεωρείται η χειρουργική αντιμετώπιση.
2. Ασθενείς που δεν επιθυμούν να μείνουν μακριά από τα παιδιά τους (3-4 εβδομάδες μετά από χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου) και επιλέγουν τη χειρουργική θεραπεία.
3. Ασθενείς με μεγάλη οπισθοστερνική βρογχοκίλη: τα πιεστικά φαινόμενα μπορούν να επιδεινωθούν μετά από θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο.

4. Ασθενείς με μεγάλη τοξική βρογχοκίλη ενίοτε επιθυμούν τη χειρουργική επέμβαση για θεραπευτικούς και αισθητικούς λόγους.

5. Ασθενείς που έχουν οζώδη νόσο του Graves, όπου υπάρχει η υποψία ύπαρξης κακοήθους όγκου (ψυχρός όζος στο σπινθηρογράφημα του θυρεοειδή αδένου και FNA ύποπτη ή διαγνωστική για καρκίνωμα).

Στις περιπτώσεις που η χειρουργική επέμβαση έχει ένδειξη πρέπει να επιλεγεί είτε η υφολική, είτε η ολική / σχεδόν ολική θυρεοειδεκτομή.

Τα πλεονεκτήματα της υφολικής θυρεοειδεκτομής είναι:

1. Μειωμένος κίνδυνος εμφάνισης μετεγχειρητικού υποθυρεοειδισμού (12-80% στο πρώτο μετεγχειρητικό έτος).
2. Μειωμένος κίνδυνος εμφάνισης υποπαραθυρεοειδισμού.
3. Μειωμένος κίνδυνος πρόκλησης βλάβης του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου.

Το μεγαλύτερο μειονέκτημα της υφολικής θυρεοειδεκτομής είναι ο σημαντικός κίνδυνος υποτροπής του υπερθυρεοειδισμού (0-64% αναφέρεται στη βιβλιογραφία), ο οποίος απαιτεί θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο, καθώς η επανορθωτική (revision) επέμβαση αυξάνει σημαντικά τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και γενικά είναι καλό να αποφεύγεται.

Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα της ολικής / σχεδόν ολικής θυρεοειδεκτομής είναι τα πολύ χαμηλά ποσοστά υποτροπής. Τα μειονεκτήματα είναι ο αυξημένος κίνδυνος για υποπαραθυρεοειδισμό και η πιθανή βλάβη στο παλίνδρομο λαρυγγικό νεύρο.

Μονήρες τοξικό αδένωμα - τοξική πολυοζώδης βρογχοκίλη

Για το τοξικό αδένωμα η θεραπεία εκλογής είναι το ραδιενεργό ιώδιο. Η χειρουργική επέμβαση εκτελείται για αισθητικούς λόγους σε πολύ μεγάλη βρογχοκίλη, εάν οι ασθενείς δεν επιθυμούν να υποβληθούν σε θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο και στις περιπτώσεις που η βρογχοκίλη προκαλεί πιεστικά φαινόμενα στην τραχεία



ή δυσφαγία.

Στο τοξικό αδένωμα υπάρχει επίσης ένας μικρός κίνδυνος κακοήθειας που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην επιλογή της θεραπείας. Δυστυχώς η διενέργεια FNA βιοψίας δεν προσφέρει σημαντική βοήθεια σε αυτές τις περιπτώσεις, για το λόγο ότι η εξέταση αυτή σχεδόν πάντα δείχνει θυλακίωση αλλοίωση.

Στην τοξική πολυοζώδη βρογχοκήλη η χειρουργική θεραπεία ενδείκνυται όταν η κυτταρολογική εξέταση, το υπερηχογράφημα και/ή το ιατρικό ιστορικό είναι ύποπτο για καρκίνο θυρεοειδούς. Για την αντιμετώπιση του τοξικού τμήματος της πολυοζώδους βρογχοκήλης εκτελείται υφολική ή ολική θυρεοειδεκτομή. Εάν ο τοξικός αδένος είναι ύποπτος για κακοήθεια, τότε προτιμάται η ολική θυρεοειδεκτομή.

Προεγχειρητική ετοιμασία

Υποθυρεοειδισμός

Ενώ ο ήπιος υποθυρεοειδισμός είναι μικρής σημασίας, ο σοβαρός υποθυρεοειδισμός αυξάνει ταυτόχρονα τους αναισθησιολογικούς και τους χειρουργικούς κινδύνους. Παρόλο που η χειρουργική επέμβαση υπό γενική αναισθησία μπορεί να εκτελεστεί με ασφάλεια σε επείγουσα βάση, εάν δοθεί ιδιαίτερη προσοχή σε όλα τα συνδεόμενα προβλήματα, στον βαριά υποθυρεοειδικό ασθενή, είναι προτιμότερο να αναβληθεί η επέμβαση μέχρι ο ασθενής να γίνει ευθυρεοειδικός.

Υπερθυρεοειδισμός

Οι ασθενείς με θυρεοτοξίκωση πρέπει να αντιμετωπισθούν προεγχειρητικά μέχρι να καταστούν ευθυρεοειδικοί, με σκοπό να προληφθεί η «θυρεοειδική καταιγίδα», η οποία παριστάνει την επίταση των συμπτωμάτων και σημείων του υπερθυρεοειδισμού που μπορούν να εμφανισθούν κατά τη διάρκεια ή και μετά την επέμβαση. Η θυρεοειδική κρίση προκαλεί ταχυκαρδία ή καρδιακές αρρυθμίες, πυρετό, αποπροσανατολισμό, κώμα, ακόμα και θάνατο.

Η χρήση, προεγχειρητικά, του δια-

λύματος ιωδιούχου καλίου (διάλυμα Lugol), για 7-10 ημέρες ακριβώς πριν την χειρουργική επέμβαση, προκαλεί μείωση της αγγειοβρίθειας του αδένος. Η κατάλληλη δόση ενός βήτα-αδρενεργικού αναστολέα βοηθά στη σταθεροποίηση του ασθενούς πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την επέμβαση. Η χορήγηση γίνεται με τιτλοποίηση της δόσης, έως ότου επιτευχθεί έλεγχος της θυρεοτοξίκωσης.

Στους ασθενείς που δεν ανέχονται τα αντιθυρεοειδικά φάρμακα, πρέπει να χορηγηθεί μια μεγάλη δόση βήτα αναστολέα, για να προληφθεί η θυρεοειδική κρίση. Αυτοί οι ασθενείς συχνά χρειάζεται να νοσηλευτούν για να εξασφαλισθεί ο καλύτερος βήτα αποκλεισμός. Αυτό συνεχίζεται για τουλάχιστον 5-7 ημέρες μετά την επέμβαση, με μειούμενες δόσεις ανάλογα με τα συμπτώματα του ασθενή.

Ο χρόνος ημίσειας ζωής της θυροξίνης είναι 5-7 ημέρες και στους μη-κατεσταλμένους θυρεοτοξικούς ασθενείς (χωρίς φάρμακα που αναστέλλουν την οξειδωση του ιωδίου) μεγάλη ποσότητα απελευθερώνεται κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης.

Συμπέρασμα

Πιστεύουμε πως ο ρόλος του χειρουργού ωτορινολαρυγγολόγου στην αντιμετώπιση των καλοήθων παθήσεων του θυρεοειδούς αδένος δεν αρχίζει με την έναρξη της επέμβασης και - πολύ περισσότερο - δεν τελειώνει με το πέρας αυτής. Είναι απαραίτητο να γνωρίζει στοιχεία της παθολογίας του αδένος και να έχει άποψη για την προτεινόμενη θεραπευτική αγωγή.

Summary

Surgical management of benign thyroid diseases

Chr. Simandirakis,
J. Stefanaki, J. Skoulas,
N. Boulos, Z. Amanakis

Benign diseases of the thyroid gland and their management consist a necessary element of knowledge for an ENT surgeon. Although endocrinolo-

gists set the indication and decide the pre-operative management, the head and neck surgeon has to have a clear opinion about the case.

In this article, we focus on the surgical indications, the pre-operative management and the suggested type of operation for the benign diseases of the thyroid gland.

Key words: thyroid gland, benign diseases, surgical management.

Βιβλιογραφία

1. Arda IS, Yildirim S, Demirhan B, Firat S. Fine needle aspiration biopsy of thyroid nodules. Arch Dis Child 2001; 85(4):313-7.
2. Bardin CW. Endemic goiter. Current Therapy in Endocrinology and Metabolism. Mosby-Year Book 1997; 101-112.
3. Becker KL, Bilezikian JP, Bremner WJ. Nontoxic goiter. Principles and Practice of Endocrinology and Metabolism. Lippincott Williams & Wilkins 1995; 338-345.
4. Braverman LE, Utiger RD. Thyroid diseases: nontoxic diffuse and multinodular goiter. Werner and Ingbar's the Thyroid: A Fundamental and Clinical Text. Lippincott-Raven 1996; 889-900.
5. Ceresini G, Corcione L, Morganti S et al. Ultrasound-guided fine-needle capillary biopsy of thyroid nodules, coupled with on-site cytologic review, improves results. Thyroid May 2004; 14(5):385-9.
6. Cooper DS. Antithyroid drugs. N Engl J Med Mar 3 2005; 352(9):905-17.
7. Feld S, Garcia M. AACE/AME Guidelines: American Association of Clinical Endocrinologists and Associazione Medici Endocrinologi Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules. American Association of Clinical Endocrinologists. Accessed: March 31, 2006. Available at: http://www.aace.com/pub/pdf/guidelines/thyroid_nodules.pdf.
8. Gross JL. Ultrasonography in management of nodular thyroid disease. Annals of internal medicine 2001; 135(5):383-4.
9. Harvey HK. Diagnosis and management of the thyroid nodule: an overview. Otolaryngol Clin North Am Apr 1990; 23(2):303-37.
10. Romanchishen AF, Iakovlev PN. Special surgical treatment of patients with nodular tumors of the thyroid gland against the background of diffuse toxic goiter. Vestn Khir Im I I Grek 2005; 164(1):21-4.
11. Sarlis NJ, Gourgiotis L. Thyroid emergencies. Rev Endocr Metab Disord May 2003; 4(2):129-36.
12. Singer PA. Evaluation and management of the solitary thyroid nodule. Otolaryngol Clin North Am Aug 1996; 29(4):577-91.
13. Vetshev PS, Chilingaridi KE, Bannyi DA, Dmitriev EE. Repeated surgeries on the thyroid gland in nodular euthyroid goiter. Khirurgiia (Mosk) 2004; 37-40.
14. Weetman AP. Graves' disease. N Engl J Med Oct 26 2000; 343(17):1.236-48.
15. Wilson JD, Foster DW. The thyroid gland. Williams Textbook of Endocrinology. Harcourt Brace & Co 1992; 463-465.