

TRATAMENTUL CHIRURGICAL ACTUAL AL CANCERULUI DE TIROIDĂ

S. Bologa, F.A. Nicula, E. Neagoe

Institutul Oncologic "Prof. Dr. Ion Chiricuță" Cluj-Napoca

În ultimii patruzeci de ce ani s-au conturat două tendințe terapeutice chirurgicale majore în cancerul tiroidian:

- strategia radicală și ultraradicală: tiroidectomie totală, neck dissection profilactic, împreună cu radioterapie postoperatorie de rutină și izotopoterapie (6).

- procedee chirurgicale limitate (uneori unilateral), împreună cu terapie hormonală în scop de supresie TSH, fără a include în programele terapeutice inițiale izotopoterapie sau iradiere percutană (2).

Individualizarea deciziei terapeutice, aplicată fiecărui tip tumoral, este conduita de elecție, însă nu întotdeauna anatomopatologul poate furniza un diagnostic citologic sau histologic ferm pînă în momentul deciziei.

Deși medicina nucleară, ecografia, puncțiile citodiagnostice și tomografia computerizată permit un diagnostic tot mai corect în momentul terapeutic, nici una din metode nu este mai sigură decît ochiul experimentat al unui chirurg împreună cu ochiul la fel de experimentat al unui anatomopatolog ce examinează o secțiune înghețată reprezentativă (11).

Tratamentul primar al majorității carcinoamelor tiroidiene rămîne rezecția chirurgicală, existînd controverse asupra extensiei ei.

Hormonoterapia este benefică în cazurile de dependență TSH.

Iodul radioactiv este eficient, însă eficacitatea sa este limitată de faptul că multe din carcinoamele care nu răspund supresiei TSH prin administrare de hormon tiroidian au o aviditate scăzută la iod.

Radioterapia externă este uneori folosită cu eficiență limitată.

Chimioterapia are pînă în prezent valoare foarte limitată.

În ceea ce privește conduita noastră chirurgicală, în majoritatea cazurilor în care s-a precizat diagnosticul pînă în momentul terapeutic chirurgical și în cazurile etichetate suspecte, am practicat tiroidectomii cvasitotale. Tiroidectomia cvasitotală constă în lobectomia extracapsulară de partea lobului purtător de tumoare, cu istmectomie și lobectomie aproape totală intracapsulară contralaterală. Comportă disecția unui nerv recurent,

asigurind integritatea anatomică și funcțională a celui contralateral și a cel puțin unei glande paratiroide contralaterale.

Tiroidectomia totală, adică excreza extracapsulară a întregii glande, obligând la descoperirea și prepararea ambilor nervi laringieni recurenți, s-a practicat de necesitate ori de câte ori s-au constatat leziuni tumorale macroscopice bilaterale, cu tot riscul recurențial și paratiroidian crescut. Rezultatele mai bune în timp (rata scăzută a recurențelor și supraviețuirile prelungite) justifică agresivitatea intervenției.

Justificăm această atitudine prin:

- frecvența plurifocalitate și bilateralitate a leziunilor tumorale (6);
- necesitatea suprimării receptorului glandular al iodului, știut fiind că tiroida înmagazinează cea mai mare parte a iodului pătruns în organism;
- deblocarea metastazelor clinic evidente sau oculte, transformându-le în radio-iod captante sub influența TSH-ului endogen eliberat prin suprimarea mecanismului de feed-back în urma extirpării totale a glandei tiroide, efect obținut în extirpările cvasitotale prin administrare bisecvențională de iod radioactiv, în prima etapă urmărindu-se ablația receptorului glandular restant (13, 15);
- rata scăzută a recurențelor și supraviețuirile prelungite în cazurile cu leziuni tumorale bilaterale;
- nivelul acceptabil al complicațiilor în prezența unei tehnici operatorii corespunzătoare (1, 9).

Procedeele chirurgicale mai limitate (tiroidectomia subtotală) s-au practicat inițial pentru altă patologie tiroidiană decât cea tumorală malignă. În momentul în care ne-am confruntat cu "surprize histologice", după reevaluarea individuală a cazurilor, fie s-a reintervenit, fie s-au aplicat programe de terapie adjuvantă (de preferință administrare bisecvențională de iod radioactiv).

Material și metoda de cercetare

Există consens în literatura de specialitate privind dificultatea lansării unor studii prospective, datorită incidenței și agresivității reduse a cancerului tiroidian (predomină formele diferențiate, cu prognostic bun și supraviețuiri prelungite, ce fac greu interpretabilă eficiența comparată a diferitelor programe terapeutice primare, adjuvante și de urmărire în timp).

Studiul nostru, retrospectiv, are în baza de date 1018 tiroidectomii dintre care 398 au fost efectuate pentru cancer tiroidian sau au fost practicate în situații în care cancerul tiroidian a fost o "surpriză histologică".

S-au luat în studiu elementele de diagnostic pre- și peroperator, criteriile de individualizare a terapiei primare chirurgicale adresată leziunii primare și adenopatiilor clinic evidente, procedeele chirurgicale aplicate și toleranța în timp a tratamentului substitutiv cu extracte hormonale tiroidiene.

Rezultate și comentarii

1. Elemente de diagnostic paraclinic pre- și peroperator

Radioiodocaptarea a relevat hipofuncție tiroidiană în 73% din cazurile cu cancer tiroidian, 21% au fost normofuncționale și 6% hiperfuncționale.

Scintigrafia tiroidiană a demonstrat noduli "reci" sau hipocaptanți în 88% din cazuri. Citologia a dat rezultate pozitive în 1 din 7 cazuri.

Examinările histopatologice extemporanee au susținut diagnosticul de cancer în 35% din cazurile la care s-a practicat examinarea secțiunilor înghețate, 20% au fost etichetate suspecte și 55% nu au evidențiat semne de malignitate.

Atitudinea în fața unui nodul tiroidian a fost variabilă de-a lungul timpului. La început s-a practicat ablația tuturor nodulilor, indiferent de natura lor ce urma a fi precizată histologic (90-95% s-au dovedit a fi benigni) (7). Folosindu-se ulterior criteriile selective oferite de medicina nucleară, ecografie, puncția citodiagnostică, răspunsul la tratamentul cu hormon tiroidian în scop de supresie TSH, constituită în diverse algoritmi de evaluare a nodulilor tiroidieni, în prezent peste 30% din gușile nodulare operate s-au dovedit a fi cancer (8,14). Această creștere în favoarea tiroidectomiilor aplicate cancerului tiroidian este consecința diagnosticului diferențial tot mai precis al gușilor nodulare.

Surprizele histologice pot să apară chiar în centre cu facilități diagnostice optime, cu echipe de chirurși și anatomopatologi experimentați. În general, "microcarcinoamele" cu diametrul sub 1,5 cm, tip histologic diferențiat, fără plurifocalitate lezională evidențiable clinic, fără adenopatie și fără invazia tranșei de secțiune, nu necesită reintervenție (11).

2. Chirurgia leziunii primare

Dintre intervențiile efectuate în serviciul nostru pentru cancer tiroidian, 83% au fost tiroidectomii totale sau cvasitotale și 17% tiroidectomii subtotale.

Majoritatea s-a practicat pentru carcinom papilar sau predominant papilar (56%), 28% pentru carcinom folicular, 6% pentru carcinom medular, 1,4% pentru tumori oxifile (celule Hürthle), 0,5% pentru limfoame, 3% pentru localizări secundare în tiroidă, 16% pentru carcinoame nediferențiate.

Se cunoaște în studii pe termen lung și din rapoarte histologice că o procedură limitată la un lob implică un risc crescut de recurență, datorită frecvenței plurifocalității lezionale (12). Pe de altă parte, tiroidectomiile totale sînt grevate de un risc crescut al complicațiilor postoperatorii.

Operația cel mai frecvent utilizată de noi a fost tiroidectomia cvasitotală.

Precizăm câteva detalii privind comportamentul nervului laringeu recurent și al paratiroidelor față de actul chirurgical.

a) Nervul laringeu recurent

Din cele 398 de cancere tiroidiene operate, la toate cazurile la care diagnosticul de cancer s-a impus pre- sau peroperator (83%), s-a efectuat disecția și prepararea unuia sau a ambilor nervi laringei recurenți.

Timpu operator delicat, nu a dus la producerea de leziuni ireversibile decât într-un singur caz, în cursul unei tiroidectomii totale cu disecție grea și traumatică a ambilor nervi, care nu și-au mai refăcut funcționalitatea, în ciuda aparentei lor integrități anatomice. A fost necesară traheostomia definitivă.

Fragilitatea proverbială a nervilor recurenți, deși există, este mult exagerată de unii chirurghi. Gestul descoperirii la polul vascular inferior trebuie să fie blând, cu atingerea cât mai rară a nervului, fără dilacerarea fibrelor nervoase. El trebuie lăsat, pe cât posibil, în atmosfera lui celulo-grăsoasă, aplicându-se ligaturi ultraselective, rase la capsulă, pe ramurile arterei tiroidiene inferioare.

În unul din cazuri a fost necesară secționarea nervului recurent, înglobat în tumoare, în mai multe cazuri (12,3%) s-au înregistrat pareze recurențiale cu consecințe variabile asupra fonației și respirației, dintre care trei au necesitat traheostomii temporare, iar unul, așa cum am menționat deja, a rămas cu traheostomie definitivă.

b) Paratiroidele

Glandele paratiroide sînt greu de evidențiat, mai ales în cazuri cu adenopatii perirecurențiale, cînd se extirpă în bloc cu nodulii metastazați.

Tiroidectomia cvasitotală asigură, prin extirparea intracapsulară a lobului contralateral celui purtător de tumoare, păstrarea cel puțin a unei paratiroide inferioare. Aceasta va fi, în general, suficientă funcțional.

Doar în două cazuri a fost necesar tratament postoperator cu tahihidrosterol și calciu. Menționăm că ligaturile selective, imediat în vecinătatea capsulei, ale ramurilor tiroidiene inferioare, de partea lobului ce se extirpă total extracapsular, protejează, pe lângă nervul recurent, uneori și paratiroida inferioară. De asemenea, în toate cazurile în care s-a evidențiat paratiroida și disecția a putut compromite ipotetic vascularizația ei, s-au practicat implantări musculare (10).

Unele din bolnavele recuperate clinic au prezentat tranzitoriu semnul Chwostek pozitiv, necesitînd cure intermitente de calciu.

3. Chirurgia metastazelor limfatice loco-regionale

Există consens în atitudinea chirurgicală în raport cu adenopatiile metastatice clinic evidente: îndepărtare chirurgicală de la simpla excizie la neck dissection radical (operația Crile).

Preferăm, cînd este tehnic realizabilă, operația funcțională, adică neck dissection radical modificat, cu conservarea, atunci cînd este posibil, a nervilor implicați, a venei jugulare interne, și a mușchiiului sternocleidomastoidian.

De multe ori am fost nevoiți să sacrificăm vena jugulară internă, fără a constata consecințe hemodinamice exprimate clinic. Este adevărat că, deși s-a practicat în câteva cazuri neck dissection bilateral, în nici unul din ele nu s-a sacrificat de ambele părți vena jugulară internă.

A fost uneori necesară sacrificarea mușchiului sternocleido-mastoidian, fie din cauza denervării lui (cu risc de transformare afuncțională într-o coardă rigidă, uneori deranjantă), fie din motive de acces operator și radicalitate a limfadenectomiei.

Limfadenectomia simultană impune de la început o incizie largă latero-cervicală. După experiența noastră, cea mai bună este aceea ce creează două lambouri, medial și lateral. O practicăm de la bun început ori de câte ori avem în plan o limfadenectomie sincronă cu tiroidectomia (în adenopatii evidențiate clinic sau scintigrafic). Întotdeauna însă, izolăm larg cimpul operator, pentru a putea brânșa incizia latero-cervical, în cazul adenopatiilor depistate intraoperator.

4. Toleranța în timp a tratamentului cu hormon tiroidian

Este bună, chiar la bolnavi în vîrstă.

În general, se asigură un aport de 100-120 micrograme de hormon tiroidian în 24 de ore, doză întotdeauna bine tolerată. Rolul tratamentului hormonal nu este numai cel de substituție. El este și TSH frenator, contribuind astfel la inhibarea dezvoltării metastazelor la distanță care, în multe cazuri, se dezvoltă sub influența TSH-ului endogen.

Concluzii

1. O dată cu lărgirea sferei investigaționale, progresele medicinei nucleare, punctiile citodiagnostice, sonografia, efectul supresiv TSH al terapiei preoperatorii cu hormon tiroidian, tomografia computerizată și mai nou, IRMN, permit un diagnostic tot mai precis în momentul deciziei terapeutice chirurgicale.

Cu toate acestea evaluarea intraoperatorie macroscopică a leziunilor, împreună cu examenul histopatologic extemporaneu rămin, în multe cazuri cele mai sigure elemente de evaluare și individualizare a terapiei chirurgicale corroborate, desigur, și cu elementele de diagnostic preoperator).

2. Tratamentul primar al majorității carcinoamelor tiroidiene rămîne rezecția chirurgicală. Operația de elecție pentru noi o reprezintă tiroidectomia cvasitotală D'Argent. Tiroidectomia totală extracapsulară o rezervăm la cazurile cu leziuni tumorale evidente macroscopic ale ambilor lobi tiroidieni.

Fragilitatea proverbială a recurentului nu trebuie să oprească chirurgicalul de la a-l descoperi și prepara intraoperator, dar îl indică la atenție mărită și gesturi chirurgicale delicate, în pași mici.

3. Limfadenectomia largă și corect efectuată este curativ eficientă, deoarece cancerul tiroidian este limfofil și evoluează multă vreme loco-regional.

Deși studii recente au demonstrat că adenopatiile metastatice loco-regionale în cancerele tiroidiene ale bolnavilor tineri, forme diferențiate, nu au o semnificație prognostică deosebită, noi am constatat lipsa recidivelor atunci când extirparea s-a făcut larg, în limite sănătoase, neinvadate tumoral. Se pare că limfadenectomia aduce cele mai mari beneficii în adenopatiile extinse, ale vîrstnicilor, în ceea ce privește rata supraviețuirilor.

4. Chirurgia cancerului tiroidian se adresează, în primul rînd, chirurgilor experimentați, atît ca problemă de tactică operatorie, cit și ca problemă de tehnică chirurgicală.

Bibliografie

1. *Attie J.N., Khafif R.A., Steckler R.M.*: Elective neck dessection in papillary carcinoma of the thyroid. *Am.J.Surg.* 1971, 122, 464-471;
2. *Becker H.D., et al.*: Chirurgie der malignen Struma. In: *Becker HD, Heinze HD (ed) Maligne Schilddrüsentumoren.* Springer, Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo, 136;
3. *Bologa S.*: Principiile chirurgiei radicale în cancerul tiroidian, Comunicare la Consfătuirea Cancerul tiroidian, Iași, mai 1989;
4. *Chiricuță I. et al.*: Conduita Institutului Oncologic Cluj în cancerul tiroidian. *USSM Endocrinologie, București*, în colab. cu *Fil. Neamț*, Simpozionul cu tema: Probleme ale chirurgiei tiroidei, Piatra Neamț, 20 septembrie 1973;
5. *Chiricuță I., Gavrilescu T.*: Cancerul și alte tumori ale sistemului endocrin - Cancerul tiroidian. *Colecția Enciclopedia Oncologică*;
6. *Clark O.H.*: Total thyroidectomy: the treatment of choice for patients with differentiated thyroid cancer. *Ann. Surg.* 1982, 196, 361;
7. *Colcock B. P.*: Evaluation of the thyroid nodule. *Surg. Clin. North Am.* 1970, 50, 541;
8. *Crile G. jr.*: Treatment of carcinomas of the thyroid. In: *Inman D.R., and Young S. (ed): Thyroid neoplasia, Academic Press. London, 1968*;
9. *Edis A.J., Ayala I.A., Egdahl R.H.*: Surgery of the thyroid. In: *Manual of endocrine surgery.* Springer, Berlin - Heidelberg - New York, 1975;
10. *Hickey R. C., Samaan N.A.*: Human parathyroid autotransplantation. *Arch. Surg.* 1975, 110, 892;
11. *Huber P., Riccabona G.*: Diagnostik und Therapie der Schilddrüsenerkrankungen vom Gesichtspunkt des Chirurgen aus. In: *Klinische Chirurgie für die Praxis.* Thieme, Stuttgart, 1967,145;
12. *Iida F., Yonekura M., Miyakawa M.*: Study of intraglandular dissemination of thyroid cancer. *Cancer*, 1969, 24, 764;
13. *Mazzafern E.L., Young R.L.*: Papillary thyroid carcinoma: a lo year follow-up report of the impact of therapy in 576 patients. *Am. J. Med.* 1981, 70, 511;
14. *Shumaoka K. et al.*: Clinical differentiation between thyroid cancer and benign goiter. *J.A.M.A.* 1962, 181, 179;

15. *Young R.L. et al.: Pure follicular thyroid carcinoma: Impact of therapy in 214 patients. J.Nucl.Med. 1980, 21, 733.*

PRESENT-DAY SURGICAL TREATMENT OF THYROID CANCER

S.Bologa, R. A.Nicula, E.Nesgoe

The authors present the pre- and postoperative diagnostic elements, the criteria of individualizing primary surgical treatment to primary lesions and obvious clinical adenopathies, applied surgical procedures and tolerance in time of the substituting therapy with hormone extracts in 398 malignant thyroid tumours recognized in 1018 thyroidectomies. The current method of investigation allow a more and more precise diagnosis at the moment of therapeutic decision. The microscopic and macroscopic evaluation of the lesions intraoperatively, however, remains in many cases the safest criterion of individualizing surgical therapy. The primary treatment of most thyroid carcinomas remains surgical resection, quasi-total D'Argent thyroidectomy, associated with wide lymphadenectomy.
