

CERTITUDINI ȘI CONTROVERSE ÎN TRATAMENTUL CARCINOAMELOR DIFERENȚIATE (MEDITAȚII PE MARGINEA UNUI CAZ CLINIC DE CARCINOM FOLICULAR TIROIDIAN)

I.Kun, Annamaria László, Cristina Cristea

Clinica de Endocrinologie
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

În tratamentul cancerelor tiroidiene diferențiate există mai multe controverse în literatura de specialitate. Lucrarea de față are ca scop discutarea certitudinilor și contoverselor în acest domeniu pe marginea unui caz de carcinom folicular tiroidian. Complexitatea cazului constă atât prin faptul că n-au fost alese cele mai adecvate decizii cu privire la tratamentul bolnavei, cât și prin lipsa colaborării corespunzătoare cu ea.

În 1962 i s-a extirpat o adenopatie laterocervicală dreaptă, dar diagnosticul i-a fost pus numai în 1974, descoperind o metastază într-un alt ganglion laterocervical. Debutul este atipic, deoarece această formă de cancer dă obișnuit metastaze osoase și pulmonare, propagându-se pe cale hematogenă. În 1975 i s-a efectuat o tiroidectomie aproape totală cu limfadenectomie laterocervicală stângă. Măsura este discutabilă în favoarea unei tiroidectomii totale.

După date nesigure, ar fi primit iod radioactiv în doză totală de aproximativ 600 mCi. Această doză a fost exagerat de mare cu potențial cancerigen (leucemii).

Tratamentul substitutiv-supresiv cu hormoni tiroidieni introdus după radiodoterapie a fost insuficient ca doză. Așa a ajuns bolnava într-o stare mixedematoasă gravă cu pericardită și cord mixedematos cu fenomene de insuficiență cardiacă. Fiind transferată la noi în această stare în 1992 de la Clinica Medicală nr.2 din Târgu-Mureș, i-am administrat hormoni tiroidieni în doze corespunzătoare tratând totodată și insuficiența paratiroidiană (rezultată probabil prin extirparea glandelor paratiroidiene cu ocazia tiroidectomiei) precum și insuficiența corticosuprarenală cronică.

În urma acestor tratamente starea bolnavei se ameliorează mult și reinternările din 1993, 1994 și 1996 confirmă această schimbare. Totuși supresia de TSH cu T_3 100 microg/zi recomandată și de literatura medicală nu a fost corespunzătoare. Este posibil ca bolnava să fi luat neregulat Tiroton^R-ul, sau acțiunea sa supresivă era insuficientă. De aceea în anul acesta am trecut la T_4 (în doze de 200 microg/zi) având în vedere că datele mai noi susțin că pentru efectul feed-back negativ asupra TSH-ului este responsabil în primul rând T_4 circulant, transformat în T_3 în celulele adenohipofizare. Suprimarea TSH-ului este un deziderat important în astfel de stări, acest hormon având un potențial cancerigen tiroidian.

