

**ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ
ΣΤΗΝ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
2002**

**ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ**

**ΕΚΔΟΤΕΣ
Ε. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ - Κ. ΚΑΡΑΛΙΩΤΑΣ**

ΣΥΝΕΔΡΟΝ

8.6.

ΔΕΚΑΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

Α. Χατζηγεωργιάδης, Σ. Κόκκινος, Κ. Μπλούχος, Α. Μαρίνης,
Κ. Ζώη, Φ. Δεμιρόπουλος, Ν. Μακρής, Ε. Μολής

Η θυρεοειδεκτομή αποτελεί την πιο συχνή ενδοκρινική εγχείρηση, επειδή και η βρογχοκήλη είναι η συχνότερη χειρουργική ενδοκρινική πάθηση. Η χειρουργική του θυρεοειδούς αρχικά συνοδεύτηκε από πολλές και σοβαρές επιπλοκές. Ο Kocher είναι ο χειρουργός, που τυποποίησε την θυρεοειδεκτομή κάνοντας την ασφαλή και αποτελεσματική¹. Η καλύτερη γνώση της ανατομίας και παθολογίας του θυρεοειδούς αδένου, η ανάπτυξη νέων εγχειρητικών τεχνικών και εργαλείων, η καλύτερη αντισήψια και η πρόοδος της αναισθησίας προσφέρουν καλύτερη περιεγχειρητική προετοιμασία και παρακολούθηση και έχουν μηδενίσει την θνητότητα και περιορίσει την νοσηρότητα της θυρεοειδεκτομής σε χαμηλά επίπεδα. Αρκετοί τύποι θυρεοειδεκτομής χρησιμοποιούνται μέχρι σήμερα για να αντιμετωπιστούν οι καλοήθεις και οι κακοήθεις παθήσεις του αδένου και να προληφθούν η βλάβη του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου, του άνω λαρυγγικού νεύρου και των παραθυρεοειδών αδένων. Τα τελευταία τριάντα χρόνια η νέα προσέγγιση στη χειρουργική του θυρεοειδή αδένου είναι η ολική θυρεοειδεκτομή, ως η μόνη εγχείρηση για όλες τις παθήσεις που εμπλέκονται και οι δύο λοβοί του θυρεοειδούς αδένου.

Σκοπός της εργασίας μας είναι να παρουσιάσουμε την εμπειρία μας από την χειρουργική του θυρεοειδούς αδένου σε ένα Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο κατά την διάρκεια μιας δεκαετίας.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ - ΜΕΘΟΔΟΙ

Κατά την διάρκεια της δεκαετίας 1991-2000 αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας 186 ασθενείς με καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις του θυρεοειδούς. Πρόκειται για 24 (12,9%) άνδρες ηλικίας 26-69 και μ.ο. 53,5 έτη και 162 (87,1%) γυναίκες ηλικίας 20-74 και μ.ο. 51,66 έτη. Η διάγνωση της πάθησης επιτεύχθηκε με την κλινική εικόνα και εξέταση, τον ορμονολογικό έλεγχο (TSH, T₃, T₄, αντιθυρεοειδικά αντισώματα) τον αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο, το υπερηχογράφημα, την αζονική τομογραφία και το σπινθηρογράφημα του θυρεοειδούς, καθώς και την βιοψία με λεπτή βελόνη. Ενδείξεις για θυρεοειδεκτομή αποτέλεσαν: το μεγάλο μέγεθος και τα πιεστικά φαινόμενα από τον αδένου, η αποτυχία ή άρνηση συντηρητικής αγωγής, η υπόνοια ή διαπίστωση καρκινώματος, η καταδυνάμνη ή οπισθοστερνική βρογχοκήλη, η υποτροπή της νόσου και τέλος αισθητικοί λόγοι. Ειδικότερα 122 ασθενείς έπασχαν από μη τοξική βρογχοκήλη, 40 από τοξική βρογχοκήλη και 23 από μονήρη όζο θυρεοειδούς και ένας ασθενής είχε χειρουργηθεί αλλού και νοσηλεύτηκε στην κλινική μας λόγω επιπλοκής (πίνακας Ι). Καταγράφηκε το είδος της πάθησης, το είδος της εγχείρησης, η παρουσία καλοήθων και κακοήθων παθήσεων και οι επιπλοκές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο μετεγχειρητικός χρόνος νοσηλείας ήταν μία ημέρα για τις λοβεκτομές και υφολικές θυρεοειδεκτομές και δύο ημέρες για τις σχεδόν ολικές και ολικές θυρεοειδεκτομές για την καλύτερη παρακολούθηση της ενδεχόμενης μετεγχειρητικής υπασβεστιαϊμίας.

Οι εγχειρήσεις στις οποίες υποβλήθηκαν καταγράφονται στο πίνακα ΙΙ. Αναλυτικότερα οι ασθενείς με μη τοξική βρογχοκήλη αντιμετωπίστηκαν κυρίως με υφολική θυρεοειδεκτομή (πίνακας ΙΙΙ). Οι ασθενείς με τοξική βρογχοκήλη αντιμετωπίστηκαν κυρίως με λοβεκτομή (πίνακας ΙV), ενώ οι ασθενείς με μονήρη όζο με λοβεκτομή και υφολική του άλλου (πίνακας V). Η ιστολογική εξέταση τεκμηρίωσε την ύπαρξη 120 ασθενών με πολυοζώδη μη τοξική βρογχοκήλη, 3 ασθενών με νόσο του Grave, 4 ασθενών με νόσο του Plummer και 33 ασθενών με τοξικό αδένωμα, 19 ασθενών με αδενώματα, 2 ασθενών με θυρεοειδίτιδα Hashimoto και 17 (9,13%) ασθενών με καρκίνο του θυρεοειδούς. Η πλειονότητα των καρκίνων ήταν θυλακιώδη (6 ασθενείς, 35,29%) και λιγότερο θηλώδη (4 ασθενείς, 23,52%), ενώ σημαντική είναι και η παρουσία καρκινωμάτων Hurtle (5 ασθενείς, 29,41%). Αξιοσημείωτο είναι επίσης και η συνύπαρξη καρκίνου με άλλη θυρεοειδοπάθεια σε 12 (70,5%) περιπτώσεις. Δεν υπήρξε θάνατος στους ασθενείς που χειρουργήθηκαν στην κλινική μας. Ένας ασθενής με αναπλαστικό καρκίνωμα θυρεοειδούς που

χειρουργήθηκε σε άλλο νοσοκομείο παρουσίασε μετεγχειρητική αιμορραγία με αναιμία και νοσηλεύτηκε στην κλινική μας. Κατά την νοσηλεία του παρουσίασε επανειλημμένα επεισόδια αιμορραγιών και τελικά κατέληξε. Οι υπόλοιπες επιπλοκές παρουσιάζονται στον πίνακα VI και βρίσκονται μέσα στα σε παραδεκτά ποσοστά.

Πίνακας I. Παθήσεις θυρεοειδούς	v=198	%
Πολυοζώδης μη τοξική βρογχοκήλη	120	65,51
Νόσος Plummer	4	2,15
Νόσος Grave	3	1,61
Τοξικό αδένωμα	33	17,74
Θυρεοειδίτιδα Hashimoto	2	1,07
Καλοήθεις όζοι (αδενώματα)	19	10,21
Καρκίνος θυρεοειδούς	*17	9,13

Πίνακας II. Τύπος θυρεοειδεκτομής	v	%
Λοβεκτομή & ισθμεκτομή	17	09,13
Λοβεκτομή & υφολική άλλου λοβού	40	21,50
Ευρεία υφολική θυρεοειδεκτομή	87	46,77
Σχεδόν ολική θυρεοειδεκτομή	14	07,55
Ολική θυρεοειδεκτομή	28	15,05
Σύνολο	186	100,00

Πίνακας III. Θυρεοειδεκτομή σε μη τοξική βρογχοκήλη (v=120, 64,51% A/G 9/111)	
Λοβεκτομή & ισθμεκτομή	3
Λοβεκτομή & υφολική άλλου λοβού	16
Υφολική θυρεοειδεκτομή	71
Σχεδόν ολική θυρεοειδεκτομή	11
Ολική θυρεοειδεκτομή	19

Πίνακας IV. Θυρεοειδεκτομή σε τοξική βρογχοκήλη (v=40, 21,50% A/G 8/32)	
Λοβεκτομή & ισθμεκτομή	8
Λοβεκτομή & υφολική άλλου λοβού	14
Υφολική θυρεοειδεκτομή	13
Σχεδόν ολική θυρεοειδεκτομή	2
Ολική θυρεοειδεκτομή	3

Πίνακας V. Θυρεοειδεκτομή σε μονήρη όζο (v=23, 12,36 % A/G 2/21)	
Λοβεκτομή & ισθμεκτομή	6
Λοβεκτομή & υφολική άλλου λοβού	10
Υφολική θυρεοειδεκτομή	2
Σχεδόν ολική θυρεοειδεκτομή	1
Ολική θυρεοειδεκτομή	5

Πίνακας VI. Επιπλοκές θυρεοειδεκτομής	v
Αιμορραγία τραύματος	*1
Φλεγμονή τραύματος	1
Κάκωση κάτω λαρυγγικών-παροδική	5
Κάκωση κάτω λαρυγγικών-μόνιμη	1
Υποπαραθυρεοειδισμός	1
Παροδική υπασβεσταιμία	5
Υποθυρεοειδισμός ιατρογενής	114

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η θυρεοειδεκτομή αποτελεί επέμβαση που εκτελείται στα νοσοκομεία της περιφέρειας από γενικούς χειρουργούς που έχουν ενδιαφέρον για τη χειρουργική του θυρεοειδούς. Η χειρουργική του θυρεοειδούς αρχίζει τα τέλη του 1800 και συνοδεύεται με πολλές και σοβαρές επιπλοκές, όπως σηψαιμία, αιμορραγία, τετανία, παράλυση φωνητικών χορδών, αλλά και θάνατος. Ο Kocher είναι ο πρώτος χειρουργός που τυποποιεί την θυρεοειδεκτομή, κάνοντας τη ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο θεραπείας των παθήσεων του αδένα, και την καθιερώνει δημοσιεύοντας το 1917 μια σειρά 5000 επεμβάσεων με θνητότητα μικρότερη του 1%¹. Ταυτόχρονα η καλύτερη περιεγχειρητική προετοιμασία και παρακολούθηση των ασθενών μαζί με τη πρόοδο της αναισθησιολογίας και της εντατικής θεραπείας έχουν πια εκμηδενίσει την θνητότητα από την επέμβαση και περιορίσει την νοσηρότητα σε χαμηλά επίπεδα. Ανάλογα με την έκταση της εκτομής του αδένα προσδιορίζεται και η ονομασία της επέμβασης. Η μικρότερης έκτασης εκτομή που είναι επιστημονικά παραδεκτή είναι η μονόπλευρη ολική λοβεκτομή, κυρίως για αφαίρεση τοξικού αδενώματος. Οι υπόλοιποι τύποι θυρεοειδεκτομής που χρησιμοποιούνται μέχρι σήμερα είναι: ολική λοβεκτομή του ενός λοβού με υφολική λοβεκτομή του άλλου, αμφοτερόπλευρη ολική λοβεκτομή (ολική θυρεοειδεκτομή), αμφοτερόπλευρη υφολική λοβεκτομή (υφολική θυρεοειδεκτομή), ετερόπλευρη λοβεκτομή με υφολική του άλλου και σχεδόν ολική θυρεοειδεκτομή. Ενδείξεις θυρεοειδεκτομής αποτελούν: το μεγάλο μέγεθος και τα πιεστικά φαινόμενα από τον αδένα, η αποτυχία ή άρνηση συντηρητικής αγωγής, η υπόνοια ή διαπίστωση καρκινώματος, η καταδυνάμενη ή οπισθοστερνική βρογχοκήλη, η υποτροπή της νόσου και τέλος αισθητικοί λόγοι.

Στα περισσότερα δευτεροβάθμια νοσοκομεία της χώρας η χειρουργική του θυρεοειδούς αποτελεί συνήθως και τη μόνη ενδοκρινική χειρουργική πρακτική και εμπειρία.. Αναλυτικότερα η πολυοζώδης μη τοξική βρογχοκήλη αποτελεί τη συχνότερη θυρεοειδική πάθηση (4% του γενικού πληθυσμού και 10% σε ενδημικές περιοχές) και αποτελεί περίπου το 80% των χειρουργικών

ασθενών με παθήσεις του θυρεοειδούς². Οι επεμβάσεις που εφαρμόζονται είναι η υφολική, η σχεδόν ολική και ολική θυρεοειδεκτομή, γιατί πάσχει όλο το παρέγχυμα και περιορισμένες επεμβάσεις συνοδεύονται από υποτροπή^{3,4}. Στο υλικό μας από πολυοζώδη μη τοξική βρογχοκήλη έπασχαν 120 ασθενείς (64,51%) και αντιμετωπίστηκαν κυρίως με υφολική (75%) και λιγότερο με σχεδόν ολική (9,16%) και ολική (15,84%) θυρεοειδεκτομή. Αντίθετα από τοξική βρογχοκήλη έπασχαν 40 ασθενείς (21,5%), κυρίως επρόκειτο για τοξικά αδενώματα (33 ασθενείς, 82,5%) και αντιμετωπίστηκαν με λοβεκτομή και μερικές φορές με συμπληρωματική υφολική εκτομή του άλλου (82,5%), ενώ οι ασθενείς με νόσο του Graves και Plummer αντιμετωπίστηκαν με υφολική, ολική και σχεδόν ολική θυρεοειδεκτομή^{5,6,7}. Με μονήρη 'ψυχρό' όζο του θυρεοειδούς αντιμετωπίστηκαν 23 ασθενείς (12,36%) κυρίως με λοβεκτομή, εκτός από τις περιπτώσεις καρκινώματος που διενεργήθηκε ολική θυρεοειδεκτομή^{8,9,10}. Ο καρκίνος του θυρεοειδούς είναι κατά 98% καλά διαφοροποιημένος με υπεροχή του θηλώδους καρκινώματος (60-80%), σε αντίθεση με τους ασθενείς μας που υπερείχε το θυλακίωδες καρκίνωμα (35,29%) και το καρκίνωμα από Hurtle κύτταρα (29,41%). Αξιοσημείωτη είναι και η συνύπαρξη του καρκίνου του θυρεοειδούς σε 12 ασθενείς με άλλη πάθηση και η ανακάλυψη του υπήρξε τυχαίο παθολογοανατομικό εύρημα. Η αντιμετώπιση του διαγνωσμένου καρκίνου του θυρεοειδούς έγινε με ολική θυρεοειδεκτομή, που τείνει να γίνει σχεδόν η εγχείρηση εκλογής.

Παρ' ότι έχει μηδενιστεί σήμερα η θνητότητα, παραμένει κάποιου βαθμού νοσηρότητα, ως αποτέλεσμα της εμφάνισης επιπλοκών, που σε έμπειρα χέρια η συχνότητα τους είναι εξαιρετικά χαμηλή. Οι επιπλοκές εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες, όπως η έκταση της εκτομής, η φύση της πάθησης, η υπερλειτουργία του αδένα και οι προηγηθείσες επεμβάσεις. Οι σοβαρότερες άμεσες επιπλοκές είναι η βλάβη του κάτω λαρυγγικού (ετερόπλευρη και αμφοτερόπλευρη) και άνω λαρυγγικού, ο υποπαραθυρεοειδισμός (παροδικός και μόνιμος υπασβεστιαϊσμός), η μετεγχειρητική αιμορραγία και η φλεγμονή του τραύματος. Απώτερες επιπλοκές είναι ο υποθυρεοειδισμός και η υποτροπή της βρογχοκήλης και του υπερθυρεοειδισμού. Τα αποδεχτά ποσοστά βλάβης του κατω λαρυγγικού και του υποπαραθυρεοειδισμού είναι μικρότερα του 1%^{11,12,13}. Η βλάβη του κατω λαρυγγικού και των παραθυρεοειδών ήταν <1% αντίστοιχα, ενώ σε 114 ασθενείς χρειάστηκε θεραπεία υποκατάστασης και ένας παρουσίασε φλεγμονή του τραύματος. Οι επιπλοκές μας κυμάνθηκαν στα πλαίσια της βιβλιογραφίας.

Νεώτερη προσέγγιση στην χειρουργική του θυρεοειδούς τα τελευταία χρόνια αποτέλεσε η επιλογή της ολικής θυρεοειδεκτομής ως της μόνιμης εγχείρησης για όλες τις παθήσεις, που ενέχονται και οι δύο λοβοί του θυρεοειδούς⁴. Η άποψη αυτή αν και δεν έχει υιοθετηθεί από όλους τους χειρουργούς, προσφέρει ριζική λύση τόσο στις καλοήθειες (αποφεύγεται η επανεγχείρηση, που συνοδεύεται από μεγαλύτερες επιπλοκές) όσο και στις κακοήθειες παθήσεις του αδένα (πολυεστιακή μορφή του καρκίνου). Ταυτόχρονα προσφέρει τη δυνατότητα καλύτερης μετεγχειρητικής παρακολούθησης στα διαφοροποιημένα καρκινώματα του θυρεοειδούς καθιστώντας ευκολότερη τη ραδιοϊσοτοπική και βιοχημική ανάδειξη των μεταστάσεων. Πιθανολογείται ότι ο κίνδυνος κάκωσης των λαρυγγικών και των παραθυρεοειδών αδένων είναι μεγαλύτερος στην ολική εκτομή, αν και υπάρχουν εργασίες που υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην εμφάνιση των παραπάνω επιπλοκών μεταξύ ολικής και υφολικής θυρεοειδεκτομής, όπως και μεταξύ ειδικών κέντρων ενδοκρινικής χειρουργικής και δευτεροβάθμιων νοσοκομείων από γενικούς χειρουργούς με εκπαίδευση στη χειρουργική του θυρεοειδούς¹⁴.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η θυρεοειδεκτομή αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση για τις παθήσεις του θυρεοειδούς με μηδενική θνητότητα και χαμηλή νοσηρότητα ακόμη και σε μη ειδικά κέντρα ενδοκρινικής χειρουργικής. Πρέπει να έχουμε υπ' όψη, μας ότι συνυπάρχει πολλές φορές σε καλοήγη πάθηση και καρκίνωμα του θυρεοειδούς. Η ολική θυρεοειδεκτομή τείνει να αποτελέσει σήμερα τη εγχείρηση εκλογής για όλες τις παθήσεις που αφορούν στους δύο λοβούς του θυρεοειδούς.

* συνύπαρξη καρκινώματος και άλλης θυρεοειδοπάθειας

8.7.

ΥΠΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΟΛΙΚΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ

Ε. Κωστάκη, Σ. Σιμήνου, Μ. Χανδόλιας,
Μ. Σταλίκας, Κ. Σαλιάγκας, Θ.Χρυσίδης

Η μετεγχειρητική υπασβεστιαίμια είναι η πιο συχνή επιπλοκή σε θυρεοειδεκτομή, κυρίως σε ολική (22%), παρά σε υφολική (12%). Αιτιολογικοί παράγοντες που οδηγούν σε υπασβεστιαίμια, παροδική ή μόνιμη μετά από ολική θυρεοειδεκτομή είναι οι εξής:

- Θλάση ή κάκωση παραθυροειδών αδένων
- Ολική εκτομή τους (εξαιτίας μη αναγνώρισης αυτών ή δύσκολης παρασκευής τους)

Κατά την υπασβεστιαίμια εμφανίζονται συγκεκριμένα συμπτώματα τα οποία εξαρτώνται από την απόλυτη τιμή της συγκέντρωσης του ασβεστίου στο αίμα και από την ταχύτητα της πτώσης του επιπέδου του. Τα συμπτώματα αυτά είναι ανησυχία, νευρικότητα, αιμωδίες – συνεπεία της διέγερσης του νευρομυϊκού συστήματος-. Ενώ σε βαρύτερες μορφές εμφανίζονται γενικευμένοι σπασμοί, λαρυγγόσπασμος, παροδική-καρδιακή ανεπάρκεια, ακόμη και άπνοια.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση του ποσοστού εμφάνισης υπασβεστιαίμιας μετά από θυρεοειδεκτομή στην κλινική μας, με παράλληλη ανασκόπηση των βιβλιογραφικών δεδομένων.

(Συνεχίζεται από την προηγούμενη σελίδα)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Thomson N W, Olsen W R, Hoffman G L. The continuing development of the technique of thyroidectomy. *Surgery* 1973; 73: 913
2. Vander J B, Gaston E A, Dawber T R. The significance of non-toxic thyroid nodules: final report of a 15-year study of the incidence of thyroid malignancy. *Ann Inter Med* 1968;69:537-41
3. Reeve T S, Delbridge L, Cohen A, Crummer P. Total thyroidectomy: the preferred option for the multinodular disease *Ann Surg* 1987;207:782-9
4. Gough I R, Wilkinson D. Total thyroidectomy for management of thyroid disease *World J Surg*, 2000; 24: 962-5
5. Topping O, Tallstedt L, Wallin G, et al. Thyroid Study Group: Graves' hyperthyroidism: treatment with antithyroid drugs, surgery, or radioiodine; a prospective randomized study *J Clin Endocrinol Metab* 1996;81:2986-93
6. Miccoli P, Vitti P, Rago T, et al. Surgical treatment of Graves' disease; subtotal or total thyroidectomy? *Surgery* 1996; 120:1020-6
7. Siegel R D, Stephanie L L. Toxic nodular goitre: toxic adenoma and toxic multinodular goitre. *Endocrin Metab Clin North Am* 1998; 27:151-9
8. Harms A R, Huysmans D A. Treatment of benign nodular thyroid disease *N Engl J Med* 1998;338:1438-42
9. Takahiro O, Masatoshi I, Takao O. Management of hyperthyroidism due to Graves' and nodular diseases *World J Surg*, 2000; 24: 9-5
10. Wong C, Wheeler M. Thyroid Nodules: Rational Management *World J Surg*, 2000; 24: 934-41
11. Delbridge L, Reeve T, Khadra M, Poole A. Total thyroidectomy: the technique of capsular dissection *Aust N Z Surg* 1991;62:96
12. O' Brien C J. Complications of thyroidectomy: the benefits of personal audit *Aust N Z Surg* 1997;67:A25
13. Pattou F, Combemale F, Fabre S, et al. Hypocalcaemia following thyroid surgery incidence and prediction of outcome *World J Surg*, 1998; 22: 718-23
14. Reeve T, Curtin A, Fingleton L, et al. Can total thyroidectomy be performed as safely by general surgeons in provincial areas as by surgeons in specialist endocrine surgical units? *Arch Surg* 1994;129:834-9