

Disecția radicală a gâtului în cancerul tiroidian avansat

Al. Grigorovici¹, M. Costache¹, C. Velicescu¹, G. Savin¹, D. Ciobanu², C. Preda³

¹Clinica a III-a Chirurgică, Spitalul "Sf. Spiridon", Iași, România

²Laboratorul de anatomie patologică Spitalul "Sf. Spiridon", Iași, România

³Clinica de Endocrinologie Spitalul "Sf. Spiridon", Iași, România

Rezumat

Tiroidectomia totală cu disecția radicală a gâtului oferă avantaje de necontestat în cancerul tiroidian avansat. În perioada ianuarie 2000 – septembrie 2009 au fost spitalizați și operați în Clinica a III-a Chirurgică a Spitalului "Sf. Spiridon" Iași, 189 pacienți cu leziuni tiroidiene maligne din care 164 (86,77%) carcinom papilar. Diagnosticul a fost confirmat anatomopatologic. Pacienții au avut vârsta medie de 51,40 ani (extreme 19-81 ani). Ponderea semnificativă a fost reprezentată de sexul feminin (F: M = 2,85:1). Au fost realizate 59 de tiroidectomii totale cu disecție radicală ori modificată a gâtului. Au fost complicații imediate respectiv 6 hemoragii postoperatorii care au necesitat reintervenție pentru hemostază, 7 leziuni recurențiale, iar în 8 cazuri s-a identificat recidivă tumorală în primii 2 ani postoperator. Tiroidectomia totală cu disecție radicală sau radicală modificată a gâtului a devenit o procedură de elecție în cancerul tiroidian avansat (cel mai bun rezultat îl are cancerul tiroidian papilar la sexul feminin vârsta sub 55 ani).

Cuvinte cheie: cancer tiroidian, disecție radicală a gâtului, tiroidectomie totală

Abstract

Radical neck dissection in advanced thyroid cancer

We try to ascertain whether total thyroidectomy with radical

neck dissection offers a survival and recurrence advantage for thyroid cancer. Between January 2000 and September 2009 in the 3rd Surgical Unit of the "Sf. Spiridon" Hospital of Iași 189 operations were performed for malignant thyroid disorders, 164 (86,77%) of which were performed for the papillary or follicular cancer. The diagnosis was confirmed by histopathological examination. The patients had a medium age of 51,48 (extremes 19 – 81 years). Women had a greater proportion, as expected (sex ratio F:M = 2,85:1). 59 total thyroidectomy with radical or modified radical neck dissection were performed. There were immediate (6 bleedings which needed reoperation for haemostasis, 7 unilateral recurrent laryngeal nerve injury) and late complications (8 cases of recurrence in the first 2 years). Total thyroidectomy with radical neck dissection became the elective method for advanced thyroid cancer (the best results were for papillary cancer, female and age over 55).

Key words: thyroid cancer, radical neck dissection, total thyroidectomy

Introducere

Tiroidectomia totală cu sau fără disecții ganglionare limitate reprezintă o soluție ideală în cancerul tiroidian cu rezultate medii pe termen lung. Trecerea la tratamentul chirurgical complex ce include tiroidectomia totală asociată cu disecția radicală sau radicală modificată a gâtului a îmbunătățit semnificativ prognosticul pacienților cu cancer tiroidian avansat.

Material și metodă

S-au analizat retrospectiv date cuprinse în dosarele pacienților internați în Clinica a III-a Chirurgică a Spitalului "Sf. Spiridon" Iași în perioada ianuarie 2000 – septembrie 2009

Correspondență: Conf. Dr. Al. Grigorovici
Clinica a III-a Chirurgică,
Spitalul "Sf. Spiridon" Iași
Bd. Independenței nr. 1, 700111, Iași
Tel/Fax. 0232-210817
E-mail: lxndrgrgrvc8@gmail.com

pentru tratamentul unor afecțiuni tiroidiene maligne, iar evaluarea rezultatelor s-a făcut cuprinzând informații din urmărirea chirurgicală ulterioară. Toți pacienții au fost investigați și diagnosticați în cursul unor internări prealabile în Clinica Endocrinologică sau Clinica ORL. În Clinica a III-a Chirurgicală în această perioadă s-au practicat 189 intervenții pentru afecțiuni tiroidiene maligne dintre care 59 tiroidectomii totale cu disecție radicală/ radical modificată a gâtului și 34 cu disecție selectivă compartiment central sau lateral a gâtului. Tehnica chirurgicală a constat din tiroidectomie totală însoțită de disecția radicală a gâtului ce a cuprins evidarea limfoganglionară a compartimentului lateral sau median, rezecția mușchiului SCM, mușchi subhioidieni, nerv recurent când acesta a fost înglobat în tumoră, rezecție de claviculă (abord mediastin superior), și a venei jugulare interne, eventual adenectomia carotidei, utilizând drenajul aspirativ al lojelor tiroidiene pentru 48 de ore. În lipsa complicațiilor pacienții au fost externati în ziua a treia postoperator, iar evoluția pe termen lung a fost urmărită prin reevaluări clinice în Clinica a III Chirurgicală și investigații în Clinica Endocrinologică unde s-a inițiat și urmărit terapia hormonală de substituție precum și terapia prin radioiod (cazuri selecționate) postoperator.

Rezultate

În perioada ianuarie 2000 - septembrie 2009 s-au practicat 189 de intervenții pentru afecțiuni tiroidiene maligne, dintre care: 65 tiroidectomii totale, 34 tiroidectomii totale cu disecție selectivă a gâtului, 59 tiroidectomii totale cu disecția radicală sau radical modificată a gâtului, 15 intervenții de totalizare a tiroidectomiei (datorită descoperirii unui cancer tiroidian ocult la pacienții cu lobectomie pentru afecțiune benignă), 12 re-intervenții pentru completarea tiroidectomiei cu disecție radicală sau radical modificată a gâtului (din care 8 pentru recidivă ganglionară la mai puțin de 2 ani), 2 traheostomii și 2 cervicotomii exploratorii.

Din cei 189 de pacienți operați pentru afecțiuni tiroidiene maligne, 138 au fost carcinoame tiroidiene papilare, 26 carcinoame foliculare, 12 carcinoame medulare, 8 carcinoame anaplastice, 3 metastaze de la un cancer cu o altă localizare și 2 limfoame maligne nonhodgkinian (Fig. 1). 68 de pacienți au fost diagnosticați în Clinica de Endocrinologie cu puncție cert malignă confirmată ulterior prin examenul la parafină, 106 pacienți cu puncție suspectă care ulterior, prin examenul la parafină, s-a dovedit a fi neoplasm tiroidian și 15 au fost diagnosticați postoperator prin examenul histopatologic la parafină (bolnavi care au avut o lobectomie tiroidiană și care au fost supuși ulterior totalizării tiroidectomiei). Au fost excluși din studiu pacienții cu puncție suspectă care s-a dovedit a fi benignă la examenul la parafină. S-a constatat o creștere constantă a incidenței carcinomului tiroidian, printr-o creștere reală a incidenței cât și probabil diagnosticului mai precoce și mai exact al acestei afecțiuni. Lotul de studiu a cuprins 140 de femei și 49 de bărbați (raportul F:B = 2,85). Distribuția pe grupe de vârstă evidențiază o incidență maximă a cancerului tiroidian în decada a șasea de viață, cu o medie de 51,48 ani (extreme 19-81 de ani)(Fig. 2). În ceea ce privește stadializarea,

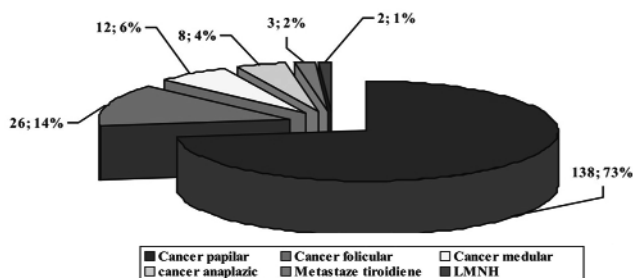


Figura 1. Tipul de cancer

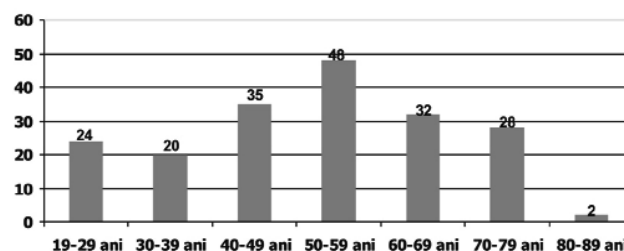


Figura 2. Distribuția pe grupe de vârstă a pacienților cu neoplasm tiroidian

am folosit stadializarea TNM stabilită de AJCC (1,2,6). (Tabel 1) Carcinoamele anaplastice sunt considerate în stadiul T4. Ganglionii limfatici regionali sunt cei din compartimentul cervical median și lateral și mediastinal superior. (Tabel 2) Pentru neoplasmele tiroidiene papilare stadializarea este diferită pentru cei până în 45 de ani (stadiul I orice T, orice N, M0 și stadiul II - orice T, orice N, M1) față de cei peste 45 de ani (stadiul I - T₁N₀M₀, stadiul II - T₂N₀M₀, stadiul III T₁₋₃,N₁M₀;T₃N₀M₀, stadiul IV T₄N₀,M₁; orice T, orice N, M1). Pentru neoplasmele tiroidiene medulare clasificarea este aceeași ca pentru neoplasmele papilare peste 45 de ani iar cele anaplastice sunt considerate stadiul IV. (Tabel 3)

În lucrarea de față cei 91 de pacienți operați au fost diagnosticați și operați în următoarele stadii:

- 68 de pacienți în stadiul I (indiferent de forma histo-

Tabelul 1. T - tumora primară

Tx	Tumora primară nu poate fi evaluată
T0	Fără evidențierea tumorii primare
T1	Tumora ≤ 2 cm diametru maxim, limitată la tiroidă
T2	Tumora > 2 cm dar ≤ 4 cm diametru maxim, limitată la tiroidă
T3	Tumora > 4 cm limitată la tiroidă sau orice altă tumoră cu extensie extratiroidiană minimă
T4a	Tumora de orice dimensiune cu extensie dincolo de capsula tiroidiană ce invadează țesutul celular subcutanat, laringe, trahee, esofag, nervul recurent
T4b	Tumora invadează fascia prevertebrală, artera carotidă sau vasele mediastinale

Tabelul 2.

N	Ganglionii limfatici regionali
N _x	Ganglionii regionali nu pot fi evaluați
N ₀	Fără metastaze în ganglionii regionali
N ₁	Metastaze în ganglionii regionali

logică);

- 72 de pacienți în stadiul II (indiferent de forma histologică);
- 26 de pacienți în stadiul III (indiferent de forma histologică);
- 23 de pacienți în stadiul IV (indiferent de forma histologică);

Pentru tratamentul chirurgical a celor 189 de pacienți s-a folosit tiroidectomia totală sau tiroidectomia totală însoțită de disecția radicală sau radical modificată a gâtului și tiroidectomia totală cu disecție selectivă a gâtului. (Fig. 3)

S-au efectuat 65 de tiroidectomii totale plus 34 tiroidectomii totale cu disecții selective a gâtului (52,38%); (pentru pacienții aflați în stadiile I sau II, cu excepția cancerului tiroidian medular), 59 tiroidectomii totale însoțite de disecție radicală sau radical modificată a gâtului (31,21%); (pentru pacienții aflați în stadiul III sau IV sau cei cu neoplasm tiroidian medular indiferent de stadiu) și 2 intervenții paleative (traheostomii) și 2 cervicotomii exploratorii (pentru un neoplasm tiroidian avansat, depășit chirurgical).

La cei 59 pacienți cu disecție radicală sau radical modificată s-au practicat:

- 29 disecții radicale (cu rezecții de venă jugulară internă, sternocleidomastoidian, nerv spinal accesori și eviderare ganglionară a nivelelor I-V);
- 30 disecții radical modificate (cu păstrarea a cel puțin unei structuri non limfatice față de cei cu disecție radicală sau păstrarea unui alt element anatomic);

Trebuie menționat că din cei 59 pacienți, 3 au avut disecție radicală bilaterală iar doi au avut disecție radical modificată pe o parte și în al doilea timp (la 6 respectiv 10 luni după prima intervenție) disecție radicală pe partea opusă.

În ceea ce privește complicațiile postoperatorii imediate,

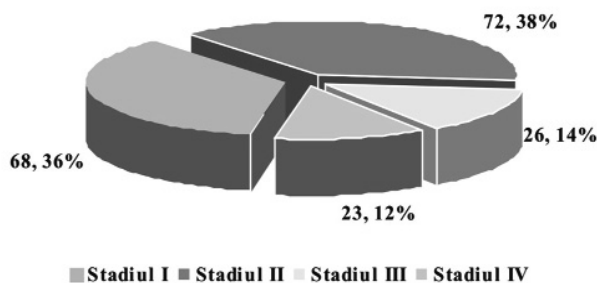


Figura 3. Numărul de pacienți în funcție de stadiu

Tabelul 3.

M	metastaze la distanță
M _x	Metastazele la distanță nu pot fi evaluate
M ₀	Fără metastaze la distanță
M ₁	Metastaze la distanță

din cei 189 de pacienți operați, s-au înregistrat 6 cazuri de sângerare (3,17%) (la care s-a reintervenit pentru hemostază), 7 (3,70%) cazuri de leziune de nerv recurent unilateral (pacienți aflați în stadiul IV ce prezentau invazie de nerv recurent), restul de 176 (93,12%) fiind fără complicații imediate.

Pacienții au fost urmăriți postoperator prin reevaluare clinică la 6, 12 și 24 de luni și investigați în Clinica de Endocrinologie. Din cei 189 de pacienți, la 6 luni postoperator, 15 pacienți (7,93%) prezentau hipoparatiroidism permanent. De asemenea la 24 de luni au existat 8 (4,23%) recidive postoperatorii pentru care s-a reintervenit (3 cazuri la < 1 an iar 5 cazuri la > 1 an), toți cei 8 pacienți fiind în lotul celor 12 cu neoplasm tiroidian cărora li s-a practicat disecție radicală a gâtului după tiroidectomie totală în primul timp.

Deci recidiva în cazul disecției radicale a gâtului este de 13,55% (5,08% înainte de 1 an iar restul de 8,47 % după un an). La cei 8 pacienți cu recidivă s-a practicat disecție unilaterală, la doi pacienți practicându-se și disecția controlaterală după recidivă ganglionară controlaterală la 6 și respectiv 10 luni postoperator.

Discuții

Cancerul tiroidian este o tumoră malignă mai puțin întâlnită, însă este cel mai frecvent cancer al sistemului endocrin. Afectează mai mult femeile iar vârsta la care se întâlnește mai des este 25-65 de ani (4). Cel mai eficient tratament în cancerul tiroidian este cel chirurgical curpizând diferite tehnici.

Conceptul de eviderare ganglionară în cancerul tiroidian a fost introdus pentru prima dată de Kocher în 1880. Clasic, tehnica disecției radicale a gâtului a fost descrisă mai târziu (1906) de către George Crile. Tehnica a fost popularizată mai târziu (1933) de către Blair și Martin (1941).

Anii '60-'70 au fost marcați de o schimbare semnificativă în tratamentul afecțiunilor maligne situate la nivelul gâtului. Aceasta poate fi exemplificată prin chirurgia conservatoare (cu păstrarea de țesut și implicit funcție) ce dezvoltă noi tehnici chirurgicale. În 1953 Pietrantonio, un susținător al disecției electiv bilaterale a gâtului a recomandat totuși păstrarea nervilor spinali accesorii și cel puțin a unei vene jugulare interne (1,7).

În 1967 Bocca și Pignataro au descris o operație în care au îndepărtat toate grupele limfatice dar au păstrat sternocleidomastoidianul, nervul spinal accesori și vena jugulară internă, numind această operație disecție funcțională a gâtului. După această intervenție s-au dezvoltat o multitudine de tehnici modificate, cât mai specifice pentru stadiile incipiente ale cancerului. În 1989 Medina sugerează că limfadenectomiile pot

fi: comprehensive, selective sau extinse. În 1991 Robbins folosește termenul de “selectiv” pentru a deosebi pacienții cărora li s-a păstrat cel puțin un grup ganglionar. Există în continuare dezbateri asupra terminologiei și a tehnicilor.

În lucrarea de față am folosit clasificarea lui Spiro din 1994:

- 1) Disecția radicală a gâtului (include disecția a 4 sau 5 nivele ganglionare):
 - disecția radicală convențională;
 - disecția radical modificată;
 - disecția radical extinsă;
 - disecția radical extinsă modificată.
- 2) Disecția selectivă a gâtului (disecția a 3 nivele ganglionare):
 - disecția supraomohoidiană a gâtului;
 - disecția jugulară (nivele II-IV);
 - disecția altor (oricare) 3 nivele ganglionare;
- 3) Disecția limitată a gâtului (resecția a mai puțin de 2 nivele ganglionare):
 - disecția ganglionilor paratraheali;
 - disecția ganglionilor mediastinali;
 - disecția altor (oricare) 1 sau 2 nivele ganglionare.

Nivelele ganglionare luate în considerare la disecția radicală a gâtului sunt următoarele: nivelul I grupul ganglionar submentonier și submandibular, nivelul II grupul ganglionar jugular superior (anterior, posterior, superior, inferior), nivelul III grupul ganglionar jugular mijlociu (anterior, posterior, superior, inferior), nivelul IV grupul ganglionar jugular inferior (anterior, posterior, superior, inferior), nivelul V grupul ganglionar al triunghiului cervical posterior, nivelul VI grupul ganglionar pre, paratraheal și precricoidian și nivelul VII ganglionii mediastinului superior.

La rândul ei, disecția radical modificată poate fi de 3 feluri: tip I cu păstrarea nervului spinal accesoriu, tip II cu păstrarea VJI și/sau nervul spinal accesoriu și tip III cu păstrarea VJI și/sau nervul spinal accesoriu și mușchiul SCM.

Apresiasi rezultatelor în chirurgia cancerului tiroidian se face prin apariția recidivei tumorale care este cel mai important factor prognostic.

În cancerul tiroidian incipient (stadiul I sau II) este suficientă tiroidectomia totală însoțită de evidarea ganglionară a compartimentului medial sau lateral a gâtului (disecție selectivă a gâtului) acest lucru nefiind recomandat însă în cancerul tiroidian medular, fiind indicată disecția radicală a gâtului indiferent de stadiu (3,4).

În cancerul tiroidian avansat (stadiul III sau IV) precum și în cancerul tiroidian medular tiroidectomia totală însoțită de disecția radicală a gâtului uni sau bilaterală este soluția recomandată pentru a îmbunătăți rata recurenței (3).

În general pacienții tineri cu cancer tiroidian papilar au un

prognostic mai bun decât pacienții vârstnici în ciuda metastazelor ganglionare mai frecvente la pacienții tineri. Unele studii sugerează că disecția radical modificată a gâtului (bilateral) poate preveni reintervenția pentru recurența ganglionară dar se pare că nu ar influența prognosticul la pacienții tineri (5). În contrast cu aceștia, supraviețuirea pacienților în vîrstă se pare că este scăzută la cei care prezintă recurențe ganglionare. Deci pacienții în vîrstă cu factori de risc pentru recurența ganglionară controlaterală sunt candidații ideali pentru disecția radical modificată bilaterală.

Deși folosită, se pare că disecția selectivă a gâtului duce la o recurență crescută ceea ce o face o tehnică inefficientă în cancerul tiroidian avansat (în special cancerul nonpapilar). Există însă și alte studii care demonstrează că această tehnică este suficient de sigură pentru a preveni recurența.

Astfel, disecția radicală a gâtului în cancerul tiroidian avansat, deși o tehnică chirurgicală complexă, nelipsită de incidente și complicații intra și perioperatorii, este soluția terapeutică de primă intenție în cancerurile tiroidiene avansate cu rezultate bune pe termen lung într-un centru de chirurgie specializat.

Bibliografie

1. Muller CD, Newlands S, Quinn FB Jr, Ryan MW. Neck dissection: classification, indications and techniques. Grand Rounds Presentation, UTMB (The University of Texas Medical Branch), Dept. of Otolaryngology January 16. 2002 p. 7-18.
2. Bailey Byron J. Head and neck surgery otolaryngology, 3rd. Philadelphia-New York: Ed. Lippincott-Raven; 2001. p. 1345-66.
3. Moley JF, DeBenedetti MK. Patterns of nodal metastases in palpable medullary thyroid carcinoma: recommendations for extent of node dissection. Ann Surg. 1999;229(6):880-7; discussion 887-8.
4. Carling T, Udelsman R. Thyroid tumors. În: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, editors. Cancer: principles and practice of oncology, 7th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 1502-19.
5. Voutilainen PE, Multanen MM, Leppäniemi AK, Haglund CH, Haapiainen RK, Franssila KO. Prognosis after lymph node recurrence in papillary thyroid carcinoma depends on age. Thyroid. 2001;11(10):953-7.
6. Thyroid. În: American Joint Committee on Cancer.: AJCC Cancer Staging Manual, 6th ed. New York: Springer; 2002. p. 77-87.
7. Edis AJ. Surgical treatment for thyroid cancer. Surg Clin North Am. 1977;57(3):533-42.
8. Ohshima A, Yamashita H, Noguchi S, Uchino S, Watanabe S, Toda M, et al. Indications for bilateral modified radical neck dissection in patients with papillary carcinoma of the thyroid. 2000;135(10):1194-8; discussion 1199.