

HIPERTIREOZA RISHFAQËSE PAS TIROIDEKTOMISË SUBTOTALE

— KSHM MEHMET DYBEKU —
(Katedra e endokrinologjisë)

Hipertireoza rishfaqëse është një ndërlikim i vonë që pason operimin e tiroidektomisë subtotale. Sipas autorëve të ndryshëm përqindja e rishfaqjeve ndryshon shumë dhe luhet nga 0.5% në 30% (1, 2, 3, 7, 9). Në këtë studim paraqesim rezultatet e punës sonë lidhur me rishfaqjen e hipertireozës pasoperatore.

Rezultatet dhe diskutimi

Nga studimi i 108 të sëmurëve të operuar për sindromën e hipertireozës gjatë viteve 1981-83, rezultojnë që prej tyre patën rishfaqje 12 vetë (11.11%) (Pasqyra nr. 1). Duke studiuar sipas llojit të hipertireozës, rishfaqjet pasoperatore u hasën 17.5% në rastet me sëmundjen e Basedovit, 8.5% në ato me gushë shumënyjore toksike dhe në asnjë rast në të sëmurët me adenomë toksike (Pasqyra nr. 2). Të ndarë sipas seksit, na rezultojnë që rishfaqjet pasoperatore u hasën në 9 femra dhe 3 meshkuj. Nga numri i përgjithshëm i femrave, 9.72% janë me hipertireozë, ndërsa nga numri i përgjithshëm i meshkujve 20% (Pasqyra nr. 3).

Klinika e rishfaqjes pasoperatore në përgjithësi është më e varfër se në rastet e Basedovit para ndërhyrjes kirurgjikale. Të sëmurët tanë kanë pasur, megjithëse të shprehura më lehtë se sa në rastin e Basedovit të paoperuar, takikardi, gushë dhe ekzoftalmi. Fillimisht të sëmurët kishin dobësi trupore, dobësi muskulore dhe takikardi. Gradualisht atyre iu shfaqën përsëri dridhjet djers, pagjumësia. Me kohë u vu re rritja e gjëndrrës tiroide. Ekzoftalmia është shenja që qëndron më gjatë pas operimit, qoftë edhe në të sëmurët me gjendje eutiroidiene pasoperatore. Pësha trupore pothuajse në të gjithë të sëmurët nuk ndryshoi. Gushta ishte në përmasa më të vogla sesa para operimit.

Ngandonjëherë kjo diagnozë vihet e shpejtuar, kur pas operimit nuk janë likuiduar ende shenjat e tirotoksikozës, prandaj theksojmë se jo gjithnjë diagnoza e hipertireozës rishfaqëse pas tiroidektomisë është e lehtë. Zgjatja e disa shenjave të mbetura javët e para dhe disa herë muajt e parë pas operimit si dridhjet, takikardia dhe ekzoftalmia, mund të merren gabimisht për rishfaqje pasoperatore. Kjo diagnozë e shpejtuar nga disa autorë është quajtur rishfaqje false (1, 2).

Që të vihet diagnoza e rishfaqjes së vërtetë pasoperatore, duhet pasur parasysh afati kur shfaqen këto shenja klinike dhe koha e zgja-

LLOI I NDERLIKIMIT PAS TIROIDEKTOMISE SUBTOTALE
NE TIROIDE GJATE PERIUDHES JANAR 1981 - Tetor 1983

N ^o / ₂	LLOI I NDERLIKIMIT	NUMURI RASTEVE	%
1	Kriza tirotoksike	1	0.92
2	Hipotireoza	17	15.74
3	Recidiva	12	11.11
4	Ekzoftalmi progresive	5	4.64
5	Gusha eutiroidiene	10	9.25
6	pa ndërlikime	63	58.33
7	Gjendje eutiroidiene	78	72.2

V.O Nga 108 të sëmurët e operuar 45 raste = 41.46% paraqiten me ndërlikime.

Me funksion normal janë Vlerësuar edhe ata me ekzoftalmi progresive dhe gushë eutiroidiene.

NDERLIKIMET PAS TIROIDEKTOMISE SUBTOTALE SIPAS
FORMES SE HTR NE 108 RASTET

N/R	FORMA E HTR	Nr RASTEVE	Lloji i ndërlikimeve										NDERLIKIMET %	
			KRIZA T. TOKSIKE	%	RECIDI-VA	%	Hipo-tireoza	%	Gusha eutiroidiene	%	Ekzofthimi progresive	%		%
1	Basedow	40	1	20%	7	17.5	11	27.5	2	5	4	40	25	62
2	GMNT	57	-	-	5	8.5	6	10.4	8	14	1	1.7	20	35
3	Adenoma Toksike	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	GJITHSEJ	108	1		12		17		10		5		45	41.46

NDERLIKIMET NE FUNKSIONIN E TIROIDES PAS TIROIDEKTOMISE
SUBTOTALE TE NDARE SIPAS SEKSIT DHE GRUP-MOSHES

Lloji i ndërlikimit	Seksi			Grup - Mosha							
	F	M	Gjiths	15-20	21-30	31-40	41-50	51-60	60+	Gjiths	
Kriza tirotoksike	1	-	1	1	-	-	-	-	-	1	
Hipotireoza	15	2	17	1	2	6	6	1	1	17	
Recidiva	9	3	12	-	1	2	6	3	-	12	
Exoftalmina progresive	4	1	5	-	1	2	2	-	-	5	
Gusha eutiroidjane	8	2	10	-	2	2	3	3	-	10	
Gjithsej	37	8	45	2	6	12	17	7	1	45	

tjes së tyre. Për sa i përket afatit të shfaqjes së saj, ka mendime se, për të thënë që kemi rishfaqje të vërtetë, duhet të kalojë 8-10 muaj pas operimit. Të tjerë mendojnë se duhet të kalojnë të paktën 6 muaj (1, 2, 9). Edhe ne, diagnozën e rishfaqjes pasoperatore e kemi vendosur pasi kanë kaluar 6 muaj pas ndërhyrjes kirurgjikale.

Për vënien e diagnozës na kanë ndihmuar provat diagnostike laboratorike, të cilat po i paraqesim më poshtë. Nga 12 të sëmurë me rishfaqje, TSH bazal u dozua në 8 raste, ETR në 9 raste, reflektogrami në 10 raste, kolesterolemia në 11 raste dhe prova e fiksimit me jod radioaktiv, si dhe shintigrama në 6 raste; prova me TRH u bë vetëm në 4 të sëmurë. Këto analiza dhe pozitiviteti i tyre paraqiten në pasqyrën nr. 4.

EXAMINIMET LABORATORIKE TE BERA NE 108 TE SEMURE QE IU NENSHTRUAN TIROIDEKTOMISE

Nr Ren	Lloji i ekzaminimit laboratorik	Numuri Rasteve	%
1	T. S. H. BAZAL	54	50
2	ETR	43	39.76
3	REFLEXOGRAMA	90	83.3
4	KOLESTEROLI	100	92.59
5	T. AKUMULIMIT + SINTIGRAMA	50	46.48

Gjithashtu, analizat laboratorike iu nënshtuan përpunimit statistikor dhe vlera diagnostike e tyre paraqitet në pasqyrat nr. 5, 6, 7, 8. Në vënien e diagnozës së rishfaqjes pasoperatore një vlerë të madhe ka matja e ETR dhe refleksogramës. Edhe matja e kolesterolit ka rëndësinë e saj, megjithëse dihet se është e ndryshme në shumë të sëmurë, pavarësisht nga ndryshimet e funksionit të tiroides. Sidoqoftë, vlera e saj është e kufizuar në të sëmurët tanë dhe e kemi gjetur në 63.6% të rasteve.

ETR

Norma 0.86 - 1.14 $\delta = 1$

Grup kontrolli	Recidiva	Hipotiroza
n = 20	n = 9	n = 8
M = 0.90	M = 2.35	M = 0.86
$\delta = \pm 0.04$ <small>deviacioni standard</small>	$\delta = \pm 0.15$	$\delta = 0.097$
m = 0.61 <small>gabimi i mesazhës</small>	m = 1.005	m = 0.034
CL = 0.02 <small>kufijtë pranu</small>	CL = 2.011	CL = 0.08
P < 0.05	P < 0.05	P = 0.05
<div>dallim sinjifikativ</div> <div>dallim sinjifikativ</div> <div>ska dallim</div>		

T. S. H. BAZAL

Norma 0-7 $\mu\text{ur/l}$

GRUP KONTROLLI	RECIDIVA	HIPOTIROZA
n = 19	n = 3	n = 11
M = 3.04	M = 2.45	M = 30.15
$\delta = 1.19$	$\delta = 2.15$	$\delta = 17.11$
m = 0.43	m = 0.16	m = 5.41
CL = 0.91	CL = 1.81	CL = 12.05
P < 0.05	P < 0.05	P < 0.01
<div>s'k dallim</div> <div>sëmundja nuk ndikon në këta parametra</div> <div>ka dallim</div> <div>ka dallim</div>		

REFLEKSOGRAMA

Norma 280-320 ml/sek

GRUP KONTROLLI	RECIDIVA	HIPOTIROZA
n = 10	n = 10	n = 16
M = 284 \pm	M = 216 \pm	M = 360
$\delta = 17.88$	$\delta = 295$	$\delta = 40.66$
m = 4	m = 9.33	m = 10.16
CL = 8.4	CL = 21.1	CL = 21.65
P < 0.05	P < 0.05	P < 0.05
<div>dallim sinjifikativ</div> <div>P < 0.01</div> <div>dallim sinjifikativ</div> <div>P < 0.01</div> <div>Dallim sinjifikativ</div> <div>P < 0.001</div>		

KOLESTEROLEMIA

Norma 160-250 mg%		
Grup kontrolli	Recidiva	Hipotiroza
$n = 18$	$n = 10$	$n = 13$
$M = 223.1$	$M = 166.0 \pm$	$M = 294 \pm$
$\delta = \pm 26.6$	$\delta = \pm 25$	$\delta = \pm 51.6$
$m = \pm 6.3$	$m = \pm 79$	$m = \pm 14.3$
$CI = \pm 13.1$	$CI = \pm 17.8$	$CI = \pm 31.1$
$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.01$
dallim sinjifikativ		
dallim sinjifikativ		

Prova e fiksimit me jod radioaktiv ka ndihmuar në vënien e diagnozës. Për sa i përket provës dinamike me THR, në të 4 të sëmurët që u është bërë ka rezultuar negative, gjë që ka një vlerë të madhe në diagnostikimin e rishfaqjes pasoperatore (17).

Për vlerësimin e rishfaqjes përfundimtare rëndësi ka koha e shfaqjes së saj, sepse në qoftë se në rishfaqjen e hershme apo të përkohshme kemi një pamjaftueshmëri të heqjes së indit tiroidian, në rishfaqjet e vona përfundimtare bëhet fjalë për mekanizma më të ndërlikuara.

Vëllimi apo pesha e pjesës së tiroides së mbetur ndryshon nga njëri autor në tjetrin dhe vlerësimet janë të ndryshme. Disa autorë (cituar nga 9) duke lënë 10 g ind tiroidian, rishfaqjen pasoperatore e kanë hasur në 5.5% të rasteve. Autorët që kanë lënë ind tiroidian më pak se 4 g e kanë gjetur rishfaqjen pasoperatore në 0.5 — 1.5% të rasteve (1, 7, 12). Por theksojmë që hipotireoza në ta është gjetur në përqindje më të lartë.

Tiroidektomia subtotalë ka për qëllim të frenojë sekretimin e shtuar të hormoneve të tiroides dhe të ruajë një sasi indi të gjendrës tiroide, të mjaftueshme për të siguruar gjendjen autiroidiane. Shumica janë të mendimit të lënë 4-8 g ind për çdo lob të tiroides (2, 10, 18). Studime të shumta mbi rishfaqjen pasoperatore ka bërë një autor (cituar nr. 1), i cili ka arritur në përfundimin se, në qoftë se heqja e gjerë çon në hipotireozë, ajo nuk e përjashton rishfaqjen.

Për sëmundjen e Basedovit problemi i rishfaqjes është në kompleks dhe nuk lidhet vetëm me peshën e tiroides së mbetur. Ka shumë mundësi që pesha e lënë mund të luajë rol, sidomos në rishfaqjet e hershme. Por si shpjegohen rishfaqjet pasoperatore që vijnë pas shumë vjetësh pas një periudhe kohe përmirësimi? Disa autorë mendojnë se në shumicën e rasteve tiroidektomia subtotalë ndalon procesin imun

basesovian nëpërmjet mekanizmash ende të paqarta. Në literaturë përshkruhen raste të sëmurësh që fillimisht kanë pësuar hipotireozë pasoperatore, por pas disa vjetësh ata kanë bërë rishfaqje të Basedovit pas mjekimit të tyre me hormon të tiroides (16).

Rasti i ynë. E sëmura A.C., 38 vjeç, me numër karte 15, bëri tirodektominë subtotalë të dyanshme për sëmundjen e Basedovit në vitin 1981. Mjekohej prej vitesh me antitiroidianë të sintezës. Fillimisht pas operimit pësoi hipotireozë klinike, gjë që u vërtetua dhe me provat laboratorike. ETR rezultoi 0.80, refleksograma 400 ml/sek, TSH bazal 20 mUI për litër. Pas një viti tek ajo u shfaqën shenjat e tirotoksikozës, gjë që u vërtetua edhe me ekzaminime laboratorike. TSH rezultoi 3 mUI/litër, ETR-1.14 dhe refleksograma 240 ml/sek. Të sëmurës iu fillua mjekimi me antitiroidianë të sintezës, betablokues dhe qetësues. Me këtë terapi ajo u ekuilibrua. Pra, në qoftë se në shumicën e të sëmurëve të operuar, operimi ndalon procesin imun basedovian, te të tjerët ai lë në vend një tiroide të vogël, mbi të cilën ky proces vazhdon të veprojë deri në rishfaqjen e tirotoksikozës (9, 10, 16). Mjekimi kirurgjikal vepron mbi ecurinë natyrore të Basedovit, duke pakësuar kundërrupëzat antitiroidianë dhe LATS-in (18). Ka mendime që duan ta shpjegojnë rishfaqjen pasoperatore me veprimtarinë e shtuar biologjike të indit mbetës të gjendrës tiroide, me toksicitetin e këtij indi (2, 5, 7, 12). Me sa duket edhe nga të dhënat e literaturës, mjaft probleme mbeten të panjohura, sepse ai mund të shpjegohet që disa rishfaqje, më tepër të hershme sesa të vonshme, vijnë pas një heqjeje pothuaj totale të gjendrës tiroide edhe kur kanë lënë 2-3 g ind tiroidian (4, 15).

Përgatitja parooperatore me jod ka rëndësi, sepse jodi, përveç veprimeve të tjera, ka veti të ulë aftësinë rigjeneruese të indit mbetës me toksicitet të lartë (2, 3, 5, 7). Rëndësi për rishfaqjen pasoperatore ka përgatitja e pamjaftueshme operatore dhe traumat psikike, gjë që përmendet nga të gjithë autorët.

Në gushën shumënyjore toksike, arsyet e rishfaqjes në këta të sëmurë kanë qenë dërgimi me vonesë në operim për arsye të zgjatjes së kohës së mjekimit me antitiroidianë (mbi 2 vjet) dhe vështirësitë operatore, sepse dihet që në gushën shumënyjore kirurgu e kanë të vështirë sesa në një gushë difuzë toksike. Edhe grada e hipertireozës luan rol në rishfaqjen pasoperatore. Në të sëmurët tanë 50% e atyre me rishfaqje ishin me kardiotireozë (Pasqyra nr. 9).

GRADA E HIPERTIREOZES NE TE SEMURET ME
NDERLIKIME NE FUNKSIONIN E TIROIDES PAS
TIROIDEKTOMISE SUBTOTALE TE DYANESHME.

Nr.30

N/R		Nr i RASTEVE	%
1	QUSHE SHUME TE MADHE ME FENOMENE KOMPRESIVE	7	23
2	ME KARDIOTIREOZE	6	20
3	HTR RECIDIVANTE PASOPERATORE	1	3.3
4	GJITHSEJ	14	46.66

Rishfaqja pasoperatore në adenomat toksike nuk u gjet në asnjë rast. Duke pasur parasysh që tiroidea në sëmundjen e Basedovit është viktimë, mjekimi kirurgjikal largon vetëm hipertiroidizmin, prandaj rishfaqjet janë të mundshme.

Disa autorë (cituar nga 4), të mbështetur në teorinë patogjenetike të kohëve të fundit, supozojnë që, duke hequr gjithë indin tiroidian në mënyrë rrënjësore, mund të ndërpritet procesi imunologjik që përcaktonte sëmundjen e Basedovit. Për këtë qëllim, ata bëjnë tiroidektominë totale ose mjekimin me jod radioaktiv me doza të mëdha (110 m.C). Sipas tyre, asnjë metodë tjetër nuk siguron eliminimin e rishfaqjes pasoperatore.

Autorë të tjerë, duke vënë re që rishfaqjet pas tiroidektomisë ishin të shpeshta, ndryshuan teknikën operatore dhe bënë heqjen totale të një lobi, si edhe heqjen subtotale të lobit tjetër dhe vunë re që rishfaqjet pasoperatore e ulën nga 14% në 4% (9).

Hipertireoza rishfaqëse pasoperatore jo vetëm që është një gjendje e pakënaqshme për të sëmurin dhe e invalidizon atë, por ajo është edhe e vështirë për t'u mjekuar. Mendohet që rishfaqja pasoperatore mund të ketë edhe shërim të vetvetishëm (6, 8, 11).

Nga rezultatet që janë marrë prej mjekimit me antitiroidienë të sintezës dhe me rioperim, mjekimi me jod radioaktiv me dozë 10-20 mC mbetet më i mirë, megjithëse edhe ky nuk është ideal (8, 13).

Ne jemi të mendimit se sasia e indit mbetës në gjendje tiroide luan një rol të rëndësishëm në hipertireozën rishfaqëse. Një pjesë e kirurgëve tanë kanë lënë rreth 15-20 g indi tiroidian, gjë që ka ridikuar për rishfaqjen. Zgjatja e kohës së mjekimit me antitiroidianë mbi 18-24 muaj mendojmë se ka ndikuar në rishfaqjen pasoperatore. Në rastet me Basedov, duhet bërë mjekim konservativ dhe, vetëm në raste të dështimit të kësaj terapie, pas një trajtimi prej 18 ose 24 muajsh, duhet bërë ndërhyrje kirurgjikale (1, 8, 9, 14).

Për sa i përket gushës shumënjyrore toksike, terapia konservative është pa perspektivë. Shërim përfundimtar nuk mund të ketë. Rikthimi i shenjave klinike nga nyjet toksike është i pashmangshëm, prandaj, pasi të përgatiten të sëmurët për 5-8 javë, për t'u vënë në gjendje të eutiroidisë, rekomandohet ndërhyrja kirurgjikale.

Dorëzuar në redaksi më 6.8.1986

BIBLIOGRAFIA

- 1) Abbes M. et coll.: A propos de 87 hyperthyroidies opérées. Ann. chir., 1974, 28, 9, 743.
- 2) Agafenov A.F.: Posleoperacionnij recidivnij zob., Moskva, 1966, 60.
- 3) Baranov S.V., Nikolajmoko F.H.: Rukovodstvo po vnutrjennim boleznam. Leningrad, 1966, 91.
- 4) Beaugs M.J.: Principles of thyroid surgery. London, 1975, 201.
- 5) Blondeau Ph. et coll.: Traitement chirurgical de la maladie de Basedow. A propos d'une expérience de 823 interventions. Sem. hop., 1979, 19, 984.
- 6) Blondin S.: Chirurgie du corps thyroïde. Paris, 1955, 80.
- 7) Bratus D.V., Çerekov P.M.: Hirurgičerkoe lečenje zabojevanij šitovidnoj zhelezi. Terap. arkiv., 1973, 9, 49.

- 8) Bricaire H. et coll.: Le traitement des hyperthyroidies. Rev. prat., 1976, 884.
- 9) Clot P.J., Duchatelle, J.: Traitement chirurgical de la maladie de Basedow. J. chir., 1984, 121, 1.
- 10) Colin S.: Surgery of glandule thyroïde. Në: «The medical Clin. of North America», 1975, 59, 1245.
- 11) Escher C. e coll.: Risultati a distanza in 36 Basedow sottoposti a terapia chirurgica. Min. medica, 1980, 71, 23.
- 12) Gravina E.: Le alterazioni funzionali della tiroide, Napoli, 1973, 101.
- 13) Hortolomei N., Juvara e coll.: Tratamentul chir. al hipertire oselan. Buku-resht, 1954, 5.
- 14) Linquette M., Febrej: Exploration fonctionnelle des hyperthyroidis. Rev. prat., 1976, 26, 3935.
- 15) Mieny C.J. and coll.: The management of Severe hyperthyroidism. W.J. surg., 1982, 6, 689.
- 16) Orgiazzi I.: Traetement des hyperthyroidise de l'adulte. Rev. prat., 1983, 33, 20, 1021.
- 17) Reinhold U.: Der Chirurgischen Hyperthyreose. Therapie. Hamburg, 1979.
- 18) Toft A.D.: Thyroid function after traetment of hyperthyroidsem. The lancet, 1975, II, 7, 576.

Summary

HYPERTHYROIDISM RECURRING AFTER SUBTOTAL THYROIDECTOMY

An analysis is presented of 108 cases of hyperthyroidism operated between 1981 and 1983. Relapse of the syndrome of hyperthyroidism occurred in 12 of them (11.18%). It was more frequent among patients with the Basedov disease (17.5% of the operated cases), less frequent among those with multinodular toxic struma and in none of those with toxic adenoma. Recurrent syndrome of hyperthyroidism was more frequent among women (9:3).

Résumé

L'HYPERTHYROÏDE RECIDIVANTE APRES THYROIDECTOMIE SUBTOTALE

108 malades opérés pendant les années 1981-1983 pour une hyperthyroïse ont fait l'objet de cette étude. Il résulte une récurrence après thyroïdectomie subtotale chez 12 malades (11,8% des cas) la plupart desquels présentaient antérieurement une maladie de Basedow (17,5% des sujets opérés) et les autres un goître toxique multinodulaire. On n'a pas constaté de récurrences chez les malades opérés pour une adénome toxique.

La récurrence de l'hyperthyroïse a été plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (rapport 9:3).