

616.441-006.04-089

CHIRURGICKÁ LÉČBA KARCINOMU ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

MUDr. A. NOVÁK, MUDr. J. BURDA

Oddělení pro chirurgii hrudní a břišní s kardiochirurgickým střediskem,
Ústřední vojenská nemocnice, Praha
(přednosta: MUDr. J. Burda)

Na oddělení hrudní a břišní chirurgie ÚVN bylo od r. 1970 operováno 90 maligních strum, tj. 13,7 % z celkového počtu 658 všech operací na štítné žláze (tab. 1).

Operační indikace pro podezření na malignitu byla prováděna ve spolupráci s ONM oddělením ÚVN dle celkového klinického stavu a zejména se zřetelem aspirační biopsie tenkou jehlou. Tuto aspirační biopsii považujeme za tak důležitou, že si myslíme, že maligní struma se má operovat pouze tam, kde je toto vyšetření prováděno jako standardní vyšetření před operací. Za stejně důležité považujeme včasné operovat solitární adenomy scintigraficky studené, zejména u žen středního věku, protože je považujeme za biologicky nejisté, a zejména při prokázaných buněčných atypiích při aspirační biopsii je považujeme za absolutně indikované k operačnímu výkonu. Po operaci provádíme vždy ORL kontrolu, kontrolu hladiny Ca v séru a nemocné předáváme s histologickým vyšetřením do péče našeho ONM oddělení k rozhodnutí o dalším průběhu léčebného postupu.

Ve většině případů je pak zahájena další etapa komplexní terapie na radioizotopovém oddělení VÚE ve fakultní nemocnici v Motole.

Pokud jde o typy námi operovaných nádorů štítné žlázy, nejčastěji byl histologicky prokázán folikulární Ca (40krát), dále papilární Ca (34krát) a vzácný medulární Ca byl v naší sestavě zaznamenán 4krát. V posledních letech se v naší sestavě objevilo i 10 karcinomů, které vznikly na bázi rozvinuté tyreotoxikózy. 8krát šlo o folikulární Ca a 2krát o papilární Ca (tabulka 2).

U histologicky potvrzených malignit byla suspekce dle cytologického nálezu potvrzena nejčastěji u papilárního Ca, folikulárního Ca a u maligních lymfomů, a to téměř stoprocentně. U ostatních v 80 %. Pokud šlo o rozsah výkonů, respektovali jsme zásadně přání endokrinologa, pokud nás lokální operační nález nedonutil tento záměr změnit. Nejčastěji byla indikována jednostranná totální strumektomie na straně postižené nádorem a subtotální strumektomie na straně zdravé s ponecháním co nejmenšího zbytku štítné žlázy, aby byly co nejlepší podmínky pro následnou léčbu radiojódem a zároveň co nejmenší nebezpečí poškození rekurentu oboustranně.

Souhlasíme s názorem, že preparace rekurentů je dobrou prevencí jejich peroperačního poškození, ale zejména u nádorů je tato metoda i pro zkušeného chirurga mnohdy náročná a

Tab. 1

VÝSKYT Ca

	Ca	Ostatní	Celkem
1970	3	20	23
1971	3	42	45
1972	1	21	22
1973	3	25	28
1974	5	26	31
1975	7	27	34
1976	7	34	41
1977	8	47	55
1978	11	29	40
1979	5	44	49
1980	3	49	52
1981	4	35	39
1982	4	34	38
1983	4	29	33
1984	10	26	36
1985	10	40	50
1986	2	40	42
	90	568	658

Tab. 2

TYPY Ca PODLE HISTOLOGICKÉ KLASIFIKACE

1. Folikulární	40
2. Papilární	34
3. Medulární	4
4. Lymfomy	4
5. Anaplastické	8
	90

nedá se vždy provést. Při hodnocení, zda byl chirurgický nález dostatečný a zda je v souladu s indikací k rozsahu operačního výkonu pro Ca, je třeba provést srovnávací scintigrafii. Tato

metoda je velice objektivní i když se chirurgovi pro tuto objektivitu někdy nelíbí. Na našem oddělení operují maligní strumy pouze ti nejzkušenější, a proto nacházíme v 90 % výkon optimální a pouze v 10 % výkon přijatelný.

Pokud jde o komplikace, nejčastějšími komplikacemi jsou hypotyreózy. V případě maligních strum jsou to však komplikace relativní, protože radikální výkon a následná hluboká hypotyreóza jsou podmínkou pro další úspěšnou léčbu Ca štítné žlázy.

Z dalších komplikací došlo v naší sestavě 6× k jednostrannému postižení rekurentu a 2krát k oboustrannému postižení rekurentu, ale ani tento stav jsme nemuseli řešit tracheostomií. Ostatní komplikace viz tabulka 3.

Tab. 3

KOMPLIKACE

Paréza rekurentu	8
Ostatní (zánětlivé)	2
	10

U Ca štítné žlázy byla tedy nejčastější komplikací paréza rekurentu. Myslíme si, že nejlepší prevencí k zachování rekurentů je vložit tuto operaci do rukou zkušeného chirurga, který je schopen zvolit optimální chirurgický postup. Symptomatologie poškození rekurentu je velice variabilní. Většinou nemocných s jednostrannou parézou se fonace po cvičení slušně upravuje. Přetrvává pouze snadná hlasová únava a nemožnost hlasitého projevu.

Myslíme si, že část paréz chirurgovi uniká, protože u některých nemocných je fonace po operaci dobrá, ale zjevná paréza se objeví až při kontrole u endokrinologa. Proto je správné objektivizovat laryngologický nálezn před propuštěním z chirurgického oddělení ORL vyšetřením. Přesto však část pozdních paréz chirurgovi unikne. Dobré zkušenosti máme i s laryngoskopickou kontrolou bezprostředně po operaci anesteziologem. Tato nám umožní rychlou diagnózu oboustranné parézy rekurentu a umožní nám organizaci operační revize, kterou je třeba provést ještě týž den, nejlépe ve spolupráci s neurochirurgem. Rozhodně je ji třeba provést před provedením tracheostomie, aby

revize nervu byla provedena ve sterilním terénu. Nerv preparujeme zdola, tedy obráceně, než uvádí zastánci rutinní preparace rekurentu při operaci strumy, tj. v brázdě mezi tracheou a jícnem, a preparujeme ho směrem vzhůru. Po jeho izolaci je třeba ránu drénovat rukavicovým drénem a ne Redonovým drénem, jak se běžně provádí po operaci strumy, pro nebezpečí nasátí nervu. Po revizi nemocné extubujeme a sledujeme dýchání, klinický obraz a krevní plyny. Někdy je třeba i přes uvolnění nervu provést tracheostomií, kterou provádíme za 2 dny, aby byly vytvořeny podmínky k primárnímu hojení operační rány. Do té doby je nemocný zaintubován a tlumen. Tato včasná pooperační revize má velice dobrou prognózu, zejména je-li vložena do rukou zkušeného chirurga.

Souhrn

Autoři zhodnotili své zkušenosti s chirurgickou léčbou Ca štítné žlázy od r. 1970 do r. 1986. Jsou probrány indikace k operaci a nejčastější komplikace — paréza rekurentu a popsán postup při operační revizi pro oboustrannou parézu rekurentu s důrazem na včasnost pooperační revize.

Literatura

1. BUCKWALTER, J.: Surgical treatment of thyroid carcinoma. Arch. Surg., 98, 1969, s. 579—585.
2. DEMIDOV, V. P. et al.: Early diagnosis of thyroid cancer. Sov. Med., 1981, č. 10, s. 101—103.
3. DIDOLTAR, M. S. - MOORE, G. E.: Hormone — dependent medullary carcinoma of the thyroid. Amer. J. Surg., 128, 1974, č. 1, s. 100—102.
4. DIENSTBIER, Z. aj.: Nukleární medicína. Praha, Avicenum 1980. 375 s.
5. CHLÁDEK, V. aj.: Preservation of the recurrent nerve in thyroid carcinoma and cervical lymph node metastases. Čs. Otolaryng., 30, 1981, č. 4, s. 193—196.
6. MASCHENKO, N. S. et al.: Diagnostic errors and difficulties in thyroid cancer. Sov. Med., 1981, č. 10, s. 116 až 120.
7. NĚMEC, J.: Rakovina štítné žlázy. Praha, Avicenum 1978. 196 s.
8. NOVÁK, A. aj.: Chirurgická léčba nemocí štítné žlázy. Rozhl. Chir., 66, 1987, č. 3, s. 168—175.
9. WOLTERING, E. A. et al.: A method for intraoperative identification of the recurrent laryngeal nerve. Amer. J. Surg., 148, 1984, č. 4, s. 438—441.

Klíčová slova: Ca štítné žlázy; Paréza rekurentu.