

616.441-036.18-089

OPERACE BENIGNÍCH ONEMOCNĚNÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY NA CHIRURGICKÉ KLINICE FAKULTNÍ NEMOCNICE V HRADCI KRÁLOVÉ

¹MUDr. Jiří PŘÍBORSKÝ, ¹doc. MUDr. Jan BEDRNA, CSc., ¹MUDr. Milan CHOBOLA, ²MUDr. Jan ČÁP

¹Chirurgická klinika Fakultní nemocnice, Hradec Králové
(přednosta: doc. MUDr. J. Bedrna, CSc.)

²I. interní klinika Fakultní nemocnice, Hradec Králové
(přednosta: prof. MUDr. J. Kvasnička, CSc.)

Úvod

Benigní onemocnění štítné žlázy bývá častým důvodem k chirurgické intervenci jednak pro útlak okolních orgánů při zvětšení štítné žlázy, jednak pro funkční působení na celý organismus při tyreotoxikóze nebo při neúspěchu konzervativní léčby u zánětu štítné žlázy. Rozhodnutí o operačním výkonu vždy předchází pečlivé endokrinologické, scintigrafické, ultrazvukové a eventuálně CT vyšetření. Samotný operační výkon má i u benigních onemocnění štítné žlázy svá rizika a komplikace, které jsou v naší práci uvedeny.

Materiál a výsledky

Operace štítné žlázy patří na našem pracovišti k poměrně častým operačním výkonům. Na Chirurgické klinice FN v Hradci Králové jsme provedli od r. 1987 do r. 1992, tj. za 6 let, celkem 376 operačních výkonů na štítné žláze, z toho 299 u be-

nigních onemocnění. V naší sestavě převažují ženy nad muži, a to v poměru 4:1. Průměrný věk u operovaných žen byl 50 let a u mužů 50,5 roku. Nejmladší pacientkou byla 14letá dívka, nejstarší 86letá žena. Nejmladší muž byl 24letý, nejstarší 77letý (tab. 1). Mladší 14 let byli operováni na samostatném oddělení dětské chirurgie.

Při indikaci k operačnímu výkonu úzce spolupracujeme s endokrinologem I. interní kliniky FN v Hradci Králové. Operaci u benigních onemocnění štítné žlázy nejčastěji indikujeme u funkční tyreoidální poruchy, hlavně u tyreotoxikózy, a dále u mechanického syndromu, tzn. u stavů, kdy zvětšená štítná žláza komprimuje tracheu nebo jícnem a tím působí dýchací nebo polykací obtíže. Samozřejmě někdy i z kosmetických důvodů. U zánětů štítné žlázy typu Hashimotovy strumy operační výkon indikujeme tam, kde konzervativní terapie hormony štítné žlázy a eventuálně kortikoidy nevede ke zmenšení žlázy, nebo dokonce pokračuje další zvětšování štítné žlázy.

Tabulka 1

Počet operovaných pro benigní onemocnění štítné žlázy v rozmezí let 1987-1992

Operovaní			Věkové rozmezí
	n	%	průměrný věk
Ženy	238	79,6	14-86 roků 50 roků
Muži	61	20,4	24-77 roků 50,5 roků
Celkem	299	100	

Předoperační přípravu a vyšetření zajišťuje endokrinolog, jsou vyšetřeny hormony štítné žlázy, proveden UZ, eventuálně scintigrafické vyšetření, CT a punkční cytologie. Toxické strumy připravujeme před operací Lugolovým roztokem převážně v dávce 3x10 kapek denně. Carbimazol je podáván až do termínu operace.

Eufunkční strumy nepřipravujeme. Vlastní operaci provádíme v endotracheální anestezii. V poloze na zádech při mírném záklonu hlavy límcovým řezem na přední straně krku protínáme kůži, podkoží a m. platysma. Po odklopení proximálního kožního laloku protínáme podélně krční fascii, tupě rozhrnujeme svaly a tím se dostáváme k lalokům štítné žlázy. Po palpačním vyšetření obou laloků žlázy pod kontrolou zraku a posouzení charakteru změn se rozhodujeme o rozsahu chirurgického výkonu. V případě pochybností o biologické povaze změn provádíme rychlou peroperační biopsii. Rutinně neprovádíme vizualizaci n. laryngeus recurrens, příštítná tělíska vidíme při preparaci laloků štítnice. Poranění n. laryngeus recurrens se snažíme vyhnout přísnou preparací co nejbližší pouzdru žlázy a veškeré cévní struktury podvazujeme blízko povrchu štítné žlázy. Po skončení operace pacienty ve většině případů umísťujeme nejméně na 24 hodin na JIP.

Jak jsme již uvedli, v období let 1987-1992 jsme na Chirurgické klinice FN v Hradci Králové operovali celkem 299 nemocných pro benigní onemocnění štítné žlázy. Nejčastěji je v naší sestavě zastoupena operace pro eufunkční strumu, tj. 221 případů (73,9 %), toxickou strumu jsme operovali v 63 případech (21,1 %), Hashimotovu strumu ve 13 případech (4,3 %). Jedenkrát jsme operovali pro subakutní tyroiditidu a jedenkrát pro amyloidózu štítné žlázy (tab. 2). Ve většině případů eufunkčních strum byly provedeny subtotální resekce oboustranné (48 výkonů, tj. 20,3 %) nebo jednostranné (61 výkonů, tj. 25,8 %), dále totální jednostranné (63 výkonů, tj. 26,7 %) nebo kombinované, tzn. totální jednostranné a subtotální druhostranné resekce (49 výkonů, tj. 20,8 %), a to v po-

měrně vyrovnaném zastoupení. Poměrně vzácně byla provedena totální oboustranná resekce, a to pouze v 8 případech (3,4 %). Ve 2 případech jsme resekovali isthmus a v 5 případech jsme provedli prostou enukleaci solitárního adenomu. U toxických strum jsme téměř ve 40 % (25 výkonů) provedli subtotální oboustrannou resekci, o něco méně pak kombinovanou resekci totální jednostrannou a subtotální druhostrannou, a to v 19 případech, tj. 30,2 % výkonů. Totální jednostranná resekce byla provedena v 8 případech (tj. 12,7 %) a v 6 případech totální oboustranná resekce, tj. 9,5 procent výkonů (tab. 3).

Tabulka 2

Počet operací na štítné žláze

Diagnóza	n	%
Toxická struma	63	21,1
Eufunkční struma	221	73,9
Hashimotova struma	13	4,3
Jiná tyroiditida	1	0,3
Amyloidóza štít. žlázy	1	0,3
Celkem	299	100

Tabulka 3

Rozsah výkonů u eufunkčních a toxických strum

Typ operace	toxické strumy		eufunkční strumy	
	n	%	n	%
Resekce isthmu	0	0	2	0,8
Enukleace solit. adenomu	0	0	5	2,1
Subtotální resekce jednostranná	5	7,9	61	25,8
Subtotální resekce oboustranná	25	39,7	48	20,3
Totální resekce jednostranná	8	12,7	63	26,7
Totální resekce oboustranná	6	9,5	8	3,4
Totální resekce jednostranná a subtotální druhostranná	19	30,2	49	20,8
Celkem výkonů	63	100	236	100

V poslední době však výrazně ubylo subtotálních výkonů ve prospěch radikálních, zejména u

těžkých tyrotoxických strum, kde je většinou indikována oboustranná totální strumektomie. Hashimotova struma je na našem pracovišti operována radikálněji vzhledem k často popisované koincenci s tumorem. Operovali jsme celkem 26 velkých retrosternálních strum (tj. 8,7 % všech výkonů), z nichž bylo 25 eufunkčních a jedna toxická (tab. 4). Ve většině případů jsme vystačili s klasickým přístupem, pouze ve 3 jsme byli nuceni provést parciální sternotomii.

Tabulka 4

Retrosternální strumy

Celkový počet	n	%
	26	8,7
Eufunkční	25	8,4
Toxické	1	0,3
Hashimotova	0	0,0

Reoperace pro recidivu strumy je v naší sestavě zastoupena 22 případy (7,4 %), z nichž 15 bylo eufunkčních a 5 toxických (tab. 5). Většinu nemocných tvořili pacienti původně operovaní na jiných pracovištích. Příčinou reoperace byla recidiva adenomů po subtotálních resekcích nebo jen enukleacích. V těchto případech jsme většinou prováděli totální resekce nebo výkony kombinované, které však vzhledem ke změnám anatomickým poměrům byly technicky obtížné. U těchto

případů jsme zaznamenali vyšší procento pooperačních komplikací.

Tabulka 5

Reoperace na štítné žláze

Celkový počet	n
	22
Eufunkční	15
Toxické	5
Hashimotova	3

Při sledování pooperačních komplikací jsme se hlavně zaměřili na pooperační parézu n. laryngeus recurrens, kterou jsme verifikovali na základě ORL vyšetření. V naší sestavě jsme přechodnou jednostrannou parézu n. l. recurrens pozorovali v 7 případech (2,3 %), a to nejčastěji u jednostranných totálních resekci. Přechodnou oboustrannou parézu jsme pozorovali ve 2 případech (0,7 %) u kombinovaných výkonů. Trvalou parézu jednostrannou jsme pozorovali v 8 případech (2,7 %) a oboustrannou v 1 případě (0,3 %). Trvalé parézy rekurentu jsme pozorovali nejčastěji po totálních resekčních výkonech, a to zejména po reoperacích pro recidivu strumy. Další pooperační komplikaci, které jsme věnovali zvýšenou pozornost, byla pooperační hypoparathyreóza. V 8 případech (2,7 %) jsme zaznamenali přechodnou hypoparathyreózu a v 6 případech (2,0 %) přetrvávající.

Tabulka 6

Komplikace po operaci strumy

Typ operace	Hematom Serom	Paresis n. recurr.				Hypoparathyroidosis		Recid. Toxic.	Haemorrhagia	Exitus
		transitor.		permanens						
		unilat.	bilat.	unilat.	bilat.	transit.	perm.			
Enukleace solit. adenomu	1									
Subtotál. resekce jednostranná	4	1				1				
Subtotál. resekce oboustranná	8			2		2	3	3	1	
Totální resekce jednostranná	5	4		3		2		1		
Totální resekce oboustranná				1		1	2			1
Totální jednostran. a subtotál. druhostr.	1	2	2	2	1	2	1			
Celkem komplikací	19	7	2	8	1	8	6	4	1	1
Procento	6,4 %	2,3 %	0,7 %	2,7 %	0,3 %	2,7 %	2,0 %	1,3 %	0,3 %	0,3 %

Tato komplikace se nejčastěji vyskytovala u oboustranných výkonů, a to jak u totálních, tak u subtotálních. Recidivu toxické strumy jsme zaznamenali ve 4 případech (1,3 %), nejčastěji u subtotálních oboustranných resekcí (3 případy). Jedenkrát jsme byli nuceni revidovat operační ránu pro časné pooperační krvácení po subtotální oboustranné resekcii.

Jedenkrát jsme zaznamenali úmrtí v časném pooperačním období. Jednalo se o 85letou ženu s velkou nodózní strumou a řadou přidružených onemocnění (ICHS, DM, AS 3. st., chron. bronchitida). Pro kritický útlak průdušnice, útlak horní duté žíly a jícnu byla pacientka vitálně indikována k oboustranné totální strumektomii. Pooperační průběh byl komplikován respirační insuficiencí při těžké tracheobronchitidě a nutnosti arteficiální ventilace. Devátý den po operaci pacientka umírá pod obrazem těžkého hemoragického šoku při mnohočetných akutních stresových vředech v žaludku a duodenu.

Hematom nebo serom v operační ráně jsme pozorovali celkem v 19 případech (6,4 %). Hnisání operační rány jsme nepozorovali. Hypotyreózu jako pooperační komplikaci neuvádíme, protože ji spíše považujeme za očekávaný výsledek rozsáhlejšího výkonu než za komplikaci (tab. 6).

Diskuse

I když se zdá operační výkon pro benigní onemocnění štítné žlázy jednodušší než u maligních onemocnění, přesto má svá úskalí a ne vždy zůstane pro operovaného bez následků. Snaha o radikální výkon, zejména při reoperacích, samozřejmě zvyšuje riziko poškození n. laryngeus recurrens. Snad radikálnější postup již při primárních operacích pro benigní strumu povede k menší pravděpodobnosti recidivy strumy a tím i k menšímu procentu komplikací. Zároveň je třeba si uvědomit, že chirurgický výkon je jen jednou z etap léčení nemocného, úspěšnost léčby je závislá na úzké spolupráci chirurga s endokrinologem, a to jak při předoperační přípravě, tak i v pooperační péči.

Souhrn

Autoři ve svém sdělení popisují své zkušenosti s operacemi benigních onemocnění štítné žlázy. Za 6 let od r. 1987 do r. 1992 provedli na chirurgické klinice FN v Hradci Králové 299 operačních výkonů pro benigní onemocnění štítné žlázy.

Při indikacích k operaci úzce spolupracují s endokrinologickým pracovištěm I. interní kliniky FN v Hradci Králové. Při vlastním operačním výkonu kladou důraz na jeho radikalitu i u benigních onemocnění štítné žlázy, tak aby co nejvíce předešli možné recidivě onemocnění. Ve své práci se též věnují pooperačním komplikacím, jejichž procento je srovnatelné se světově udávanými údaji.

Literatura

1. ATTIE, J. N. - KHAFIF, R. A.: Preservation of Parathyroid Glands During Total Thyroidectomy (Improved Technic Utilizing Microsurgery). *Amer. J. Surg.*, 130, 1975, s. 399-404.
2. ESSELSTYN, C. B.: A Technique for Thyroidectomy. *Surg. Clin. North Amer.*, 55, 1975, s. 1031-1045.
3. JACOBS, J. K. - ALLAND, J. W. - BALLINGER, J. F.: Total Thyroidectomy. A Review of 213 Patients. *Ann. Surg.*, 197, 1983, s. 542-549.
4. MORAVEC, R. et al.: Indikace k operaci na štítné žláze. In: *Zborník prác 39. dňa Kostlivého*. 13. 12. 1985, s. 67-74.
5. NAHODIL, V. - NĚMEC, J. - ZEMAN, V.: Nové směry v otázce rozsahu operačního výkonu na štítné žláze. *Rozhl. Chir.*, 60, 1981, s. 223-228.
6. NAHODIL, V. - NĚMEC, J. - ZEMAN, V.: Indikace a technika totální tyreoidektomie. In: *Zborník prác 39. dňa Kostlivého*. 13. 12. 1985, s. 75-85.
7. NAHODIL, V. et al.: *Chirurgie štítné žlázy*. Praha, Avicenum 1989.
8. NĚMEC, J. et al.: *Diagnostika štítné žlázy*. Thomayerova sbírka. Praha, Avicenum 1988.
9. NOVÁK, A. et al.: *Chirurgická léčba nemocí štítné žlázy*. *Rozhl. Chir.*, 66, 1987, s. 168-195.
10. POLÁK, E. et al.: *Chirurgie štítné žlázy*. Praha, SZdN 1966.

Klíčová slova: Benigní struma; Způsob operace; Komplikace.

Do redakce došlo 14. 4. 1995