

Χειρουργική του **Θυρεοειδούς Αδένα** και των **Παραθυρεοειδών αδένων**



Από τον
Περικλή Χρυσοχέρη MD, FACS,
Γενικό Χειρουργό,
Τμήμα Γενικής Λαπαροσκοπικής,
Ρομποτικής & Χειρουργικής
Παχυσαρκίας,
Ιατρικού Κέντρου Αθηνών

ΘΥΡΕΟΕΙΔΗΣ ΑΔΕΝΑΣ

Ο θυρεοειδής βρίσκεται στον λαιμό, μπροστά από την τραχεία και κάτω από τον λάρυγγα. Έχει συνήθως βάρος 15-20 γραμμάρια. Αποτελείται από δύο λοβούς (αριστερό και δεξί), ένα κεντρικό τμήμα που τους ενώνει (ισθμός θυρεοειδούς) και σε 50% έχουμε και πυραμοειδή λοβό στο κεντρικό τμήμα του αδένα. Ο θυρεοειδής παράγει ορμόνες (T3 και T4) που ρυθμίζουν τον μεταβολισμό του σώματος. Στις περιπτώσεις όπου αυτές οι ορμόνες παράγονται σε ποσότητες πάνω του φυσιολογικού, έχουμε **Υπερθυρεοειδισμό**. Σε αυτήν την περίπτωση οι ασθενείς εμφανίζουν απώλεια βάρους, παρότι τρώνε πολύ, έχουν αϋπνίες, υψηλή πίεση και ζεσταίνονται διαρκώς. Στην περίπτωση χαμηλής παραγωγής ορμονών και **Υποθυρεοειδισμού** ο ασθενής εμφανίζει υπνηλία, ληθαργικότητα, αύξηση σωματικού βάρους και συνήθως κρυώνει. Οι περισσότερες παθήσεις του θυρεοειδούς μπορούν να αντιμετωπιστούν με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και παρακολούθηση από Ενδοκρινολόγο Ιατρό.

Σαν χειρουργοί καλούμαστε να αφαιρέσουμε τον θυρεοειδή είτε ολικώς (Ολική θυρεοειδεκτομή) είτε ένα τμήμα αυτού (Υφολική θυρεοειδεκτομή ή Λοβεκτομή) ανάλογα με τις παθολογικές ενδείξεις που προκύπτουν.

ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΗ

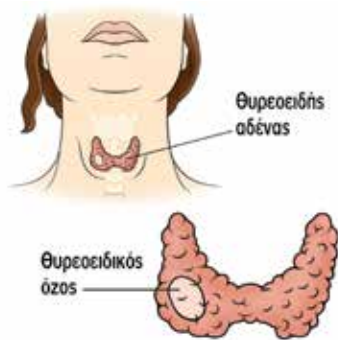
Είναι η διόγκωση του θυρεοειδούς, η οποία γίνεται εύκολα αντιληπτή από τον ασθενή σαν διόγκωση στον λαιμό. Μπορεί να συνοδεύεται από υπέρ ή υπό θυρεοειδισμό. Παλαιότερα παρατηρούνταν σε γεωγραφικές περιοχές της χώρας μακριά από την θάλασσα όπου υπάρχει έλλειψη ιωδίου. Συχνά δημιουργεί πιεστικά φαινόμενα στην περιοχή του τραχήλου και αυτό από μόνο του μπορεί να αποτελεί ένδειξη για θυρεοειδεκτομή. Συνήθως οι βρογχοκήλες περιέχουν και οζώδεις σχηματισμούς που ονομάζονται θυρεοειδικό όζοι.



ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΟΣ ΟΖΟΣ

Είναι μόρφωμα του θυρεοειδούς το οποίο έχει διαφορετική αρχιτεκτονική από τον υπόλοιπο αδέν. Μπορεί να είναι μονήρης ή πολλαπλοί και δημιουργούνται από υπερπλασία του θυρεοειδούς αδέν. Όταν διαγνωστούν, πρέπει να διαπιστωθεί, με σπινθηρογράφημα, εάν είναι ενεργοί ή ανενεργοί, (εάν δηλαδή παράγουν ή όχι θυρεοειδικές ορμόνες) και εάν «κρύβουν» κάποια κακοήθεια (αυτό διαπιστώνεται με διαδερμική παρακέντηση και βιοψία). Οι δυνατότητες που έχουμε σήμερα με την διαδερμική βιοψία είναι μεγάλες. Μπορούμε να ανιχνεύσουμε γονδιακές μεταλλάξεις όπως το BRAF mutation το οποίο θεωρείται σημάδι κακοήθους συμπεριφοράς, και έτσι είμαστε πιο ριζικοί και επιθετικοί στην αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών.

Όταν διαπιστώνεται κακοήθεια ή όταν οι όζοι είναι πολλαπλοί και συνεπώς δύσκολο να ελεγχθούν συνίσταται χειρουργείο.



ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ

Σχετικά σπάνιος (1% όλων των καρκίνων) αλλά ο πιο συχνός καρκίνος των ενδοκρινών αδένων. Υπάρχουν 4 τύποι, ο θυλώδης που είναι και ο πιο συχνός, ο θυλακιδώδης, ο μυελώδης και ο Αναπλαστικός που έχει την χειρότερη πρόγνωση.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Λόγω της εγγύτητας του θυρεοειδούς σε μεγάλα αγγεία, νεύρα, τον οισοφάγο και την τραχεία, οι χειρουργικές επεμβάσεις στην περιοχή απαιτούν εξαιρετικά λεπτούς χειρισμούς από εξειδικευμένους χειρουργούς. Γίνεται μια μικρή οριζόντια τομή 4-5 εκ. (ανάλογα και με το μέγεθος του παρασκευάσματος) στη βάση του τραχήλου. Ο θυρεοειδής (ολοκλήρης ή τμήμα αυτού) αφαιρείται, χωρίς να κόβουμε μύες του τραχήλου. Κατά το χειρουργείο είναι εξαιρετικά σημαντική η αναγνώριση και διαφύλαξη των παλίνδρομων λαρυγγικών νεύρων και των παραθυρεοειδών αδένων, που πρέπει να

παραμένουν άθικτοι. Τα νεύρα αυτά είναι μεταξύ τραχείας και οισοφάγου και βρίσκονται σχεδόν κολλημένα με το πίσω μέρος του θυρεοειδούς. Νευρώνουν τις φωνητικές χορδές και τυχόν τραυματισμός τους μπορεί να προκαλέσει από βραχνάδα μέχρι και δυσκολία στην αναπνοή/ασφυξία, για την οποία χρειάζεται τραχειοστομία. Χειρουργούμε με μεγεθυντικούς φακούς/γυαλιά για το λόγο αυτό, και χρησιμοποιούμε νευροδιεγέρτη. Ο νευροδιεγέρτης είναι ένα εργαλείο στα χέρια του έμπειρου χειρουργού, που βοηθάει στην ταυτοποίηση του παλίνδρομου λαρυγγικού, ειδικά στις περιπτώσεις που η θέση του νεύρου δεν είναι τυπική.

Από εκεί και πέρα είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε τις περιπτώσεις όπου ο λεμφαδενικός καθαρισμός του τραχήλου είναι απαραίτητος. Ο χειρουργός του θυρεοειδούς πρέπει να έχει την εμπειρία να εκτελεί λεμφαδενικό καθαρισμό εκεί που ενδεδεικνύται με τις ελάχιστες επιπλοκές. Ο λεμφαδενικός καθαρισμός (central or lateral neck dissection) ενδείκνυται προφυλακτικά σε περιπτώσεις όγκων T3-T4 σταδιοποίησης σε θυλώδη-Μυελώδη καρκινώματα ή σε περιπτώσεις διάγνωσης κλινικής ή απεικονιστικής καρκινωματοδούς διήθησης λεμφαδένων του τραχήλου.

Το τραύμα κλείνεται με πλαστική ραφή. Ο ασθενής παίρνει εξιτήριο την επόμενη μέρα μετά το χειρουργείο. Με το που γίνουν γνωστά τα αποτελέσματα της βιοψίας, το συμπλήρωμα θυροξίνης που πρέπει να λαμβάνει ο ασθενής, καθορίζεται από τον ενδοκρινολόγο του.

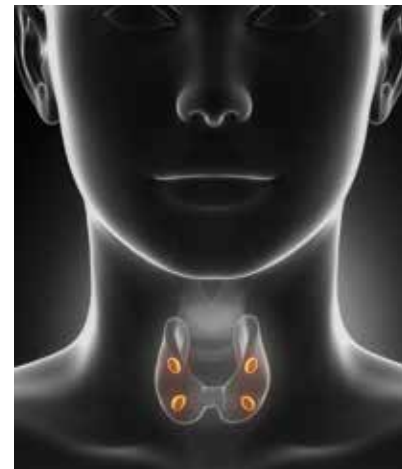


Τελευταία έχει γίνει λόγος και για την **ρομποτική/ ενδοσκοπική αφαίρεση του θυρεοειδούς με τομή από τη μασχάλη**. Έχει συζητηθεί σε πολλά από τα χειρουργικά συνέδρια. Πέραν του όποιου αισθητικού πλεονεκτήματος όμως, **πρέπει να αποδειχτεί πως η τεχνική αυτή, είναι το ίδιο ασφαλή με την κλασική μέθοδο θυρεοειδεκτομής**.



ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΕΙΣ ΑΔΕΝΕΣ

Βρίσκονται στο πίσω μέρος του θυρεοειδή, και είναι συνήθως τέσσερις και σε μικρότερο ποσοστό (~20%) μπορεί να υπάρχει και ένας πέμπτος. Παράγουν την παραθορμόνη η οποία είναι υπεύθυνη για τον μεταβολισμό του ασβεστίου στο σώμα.



Οι παραθυρεοειδείς αδένες αφαιρούνται χειρουργικά σε περιπτώσεις αδενώματος, υπερπλασίας ή καρκινώματος. Ειδικά στις δύο πρώτες περιπτώσεις μπορεί να έχουμε υπερπαραγωγή παραθορμόνης και Υπερπαραθυρεοειδισμό. Τα συμπτώματα αυτού περιλαμβάνουν ναυτία, τάση προς έμετο, μυϊκή αδυναμία, οστικούς πόνους, αυτόματα κατάγματα, κωλικό των νεφρών, νεφρολιθίαση, ή ακόμη νευρωσικές και ψυχωσικές εκδηλώσεις.

Οι χειρουργικές ενδείξεις σε ασυμπτωματικούς ασθενείς για παραθυρεοειδεκτομή σύμφωνα με το NIH είναι οι εξής

1. Ασβέστιο ορού >12mg/dl,
2. Ασβέστιο ούρων >400mg/24ωρο,
3. Νεφρολιθίαση,
4. Κυστική ινώδης οστεΐτις,
5. Επεισόδιο υπερασβεστιαιμίας,
6. Μείωση κατά 30% της Κάθαρσης κρεατινίνης.

Η διάγνωση γίνεται με αιματολογικές εξετάσεις και έλεγχο των επιπέδων ασβεστίου στο αίμα και στα ούρα. Επίσης, υπέρηχο ή και αξονική τραχήλου και σπινθηρογράφημα.

Η χειρουργική προσέγγιση είναι παρόμοια με της θυρεοειδεκτομής. ♦

*Περικλής Χρυσόχερης,
American Board of Surgery Certified
Ειδικότητα Γενικής Χειρουργικής,
Boston University Medical, Fellowship at the
Department of Surgery Harvard Medical School*

www.chrysoheris.com