

Clinica chirurgicală nr. II și chirurgie cardiovasculară (cond.: prof. dr. I. Pop D. Popa, doctor-docent, membru corespondent al Academiei de științe medicale) din
Tirgu-Mureș

FORME ANATOMO-CLINICE RARE ALE TIROIDITELOR *

dr. T. Georgescu, dr. A. Pop, dr. Z. Naftali, dr. C. Pană, dr. T. Grozescu,
dr. Gh. Vasilescu, dr. Ana Csizér, dr. M. Liebhart

Tiroiditele, indiferent de forma lor anatomo-clinică, sînt afecțiuni rare. Formele acute par a fi mai frecvente (*Milcu*, 4), iar dintre cele cronice, tiroidita limfomatoasă Hashimoto (2, 5, 6, 11, 12). Tiroidita cronică Riedel și subacută de Quervain, sau cum sînt denumite mai recent tiroidoze (7), sînt foarte rare.

În Clinica chirurgicală II și chirurgie cardiovasculară Tîrgu-Mureș, din totalul de 344 de bolnavi cu afecțiuni ale glandei tiroide internați în intervalul 1967—1972, doar 11 au fost cu tiroidite și numai 8 cu forme subacute și cronice. Dintre acestea din urmă, 3 au fost tiroidite Hashimoto, 2 tiroidite Riedel și 3 tiroidite Quervain. Acest număr redus de cazuri în statistica noastră ca și în alte statistici, ne îndreptățește să le denumim forme rare.

* Lucrare comunicată la a IX-a Sesiune științifică a cadrelor didactice de la I.M.F., Tirgu-Mureș, 4—5 I 1974

Tiroidita Hashimoto, descrisă în anul 1912 de autorul al cărui nume îl poartă, are și în prezent o etiologie neclarificată. Trei teorii caută să-i explice apariția.

— Teoria constituției limfoide, bazată pe hipertrofia timusului, evidențiată de pneumomediastinografie, susținută de *Anderson* și *Widder*, sprijinită de *Michie* și *Irvine* (citați de *Tóth* și *Grosz*, 12).

— Teoria infecțiilor virotice, mai ales virusul parotiditei.

— Teoria autoimună a lui *Witebsky*, acceptată azi unanim, și care explică apariția bolii prin imunizarea față de tireoglobulinele proprii. Tiroidita autoimună Hashimoto poate să apară în asociere cu alte afecțiuni autoimune cum sînt: P.C.E. B. Addison, Lupus eritematos disseminat etc.

Tiroidita Hashimoto are o evoluție cronică, apărînd în exclusivitate la femei în vîrstă de obicei în menopauză, așa cum am observat și noi. Creșterea în volum a glandei este difuză, interesînd ambii lobi, dură, nedureroasă. În general se asociază cu hipofuncție tiroidiană în urma distrugerii țesutului glandular. Toate cazurile noastre de tiroidită Hashimoto au fost însoțite de hipofuncție tiroidiană, evidențiată de M. B. scăzut, cît și de curba de fixare scăzută a izotopului (I^{131}). În literatură se menționează în plus lipsa de reactivitate la testul cu TSH (12) și apariția de noduli reci, elementele cele mai importante de diagnostic. Un alt element diagnostic important este hipergamma globulinemia pe care am observat-o și noi în 2 din cazuri.

Foarte rar, dar semnalat în literatură, s-a observat și asociația adenom toxic și tiroidită Hashimoto (1) în care scintigrama arată nodul cald, iar clinic, semnele toxice proprii adenomului toxic tiroidian.

În general diagnosticul este dificil și se stabilește de regulă pe baza examenului histopatologic extemporaneu sau definitiv. Confuzia cu cc. tiroidian este foarte frecventă, din cauza semnelor clinice ale evoluției, V.S.H. crescut.

Toate cazurile noastre ne-au fost trimise cu suspiciunea de cc. tiroidian.

Tiroidita Riedel, apare spre deosebire de cea Hashimoto mai frecvent la tineri și în aceeași măsură la ambele sexe. Cele două cazuri ale noastre, unul din ele de sex feminin și altul masculin, sînt în vîrstă de 37 și respectiv de 39 ani. Consistența formațiunii tumorale situată de regulă unilateral, este dură lemnoasă, de unde și denumirea de tiroidită lemnoasă.

Tiroidita Riedel este forma cea mai rară dintre tiroiditele cronice, 0,5—4% după *Albeaux-Fernet* și *Lindem* (citați de *Soustelle*) (9). Această formă antrenează frecvent simptome de compresiune și chiar paralizie recurențială, care pe lângă aspectul local se pretează de asemenea la confuzie cu cc. tiroidian. Dacă procesul de fibroză este extins, tiroidita Riedel poate fi însoțită de hipotiroidism. În cazurile noastre, explorarea cu izotopi a fost impracticabilă, tocmai datorită acestui fapt.

Tiroidita Riedel se consideră a fi tot o boală autoagresivă (6).

Tiroidita subacută granulomatoasă, gigantofoliculară *Quervain*, a fost descrisă pentru prima dată de *Quervain* în 1904. Ea este cunoscută în afara denumirilor de mai sus, sub aceea de tiroidită pseudotuberculoasă. Este o inflamație nesupurativă, al cărei agent patogen nu a fost depistat. Sugerează etiologia virotică, fiind frecvent asociată cu afecțiunile respiratorii (3, 8). Pare a fi o reacție hiperergică. Afecțiunea a fost deseori

confundată cu Tbc. tiroidian sau cu tiroidita Riedel, iar în cazurile noastre cu cc. tiroidian.

Apare mai frecvent la femei, cam 4—6:1, între vârsta de 30—50 ani; în cazistica noastră 2 femei și un bărbat, 35, 55 și respectiv 68 ani (S. I., C. A. și B. P.).

Diagnosticul precoce este dificil de stabilit, deoarece simptomele inițiale nu se referă la tiroidă. Apar dureri toracice cu iradiere în facies, occiput, umăr, mialgii ale membrilor inferioare (8, 10), ca și în cazurile noastre unde am observat în plus astenie, adinamie. Tiroida se mărește apoi în volum difuz, dar nu prea mult și este dură, V.S.H. crescut. Apar fenomene de compresiune.

Sînt descrise în literatură și forme acute, în care apare frisonul și febra (în caz de origine infecțioasă) evoluția putînd merge spre abcedare (3).

Diagnosticul diferențial față de celelalte forme de tiroidită este dificil, el este posibil de regulă doar prin examenul histologic, extemporaneu, examen obligator în toate formele de tiroidă. Explorarea cu I^{131} a arătat că RIC este mult sub limitele normale în toate cazurile. În ceea ce privește tratamentul, acesta este medical și chirurgical. În tiroidita Hashimoto s-a încercat cu rezultate bune tratamentul antibiotic cortizon, hormoni tiroidieni (6, 11, 12).

Tratamentul chirurgical a fost indicat în cazurile în care: — nu s-a putut exclude malignizarea; — dacă prezintă fenomene de compresiune; — dacă terapia conservatoare nu dă rezultate; — prezența unei tu. tiroidiene asociată sau o gușă nodulară toxică (1, 5, 6, 8, 9, 10).

Tratamentul tiroiditei Riedel este chirurgical. datorită fenomenelor de compresiune, adecvat situației locale.

Tiroidita subacută Quervain poate beneficia de tratament cu corticosteroizi și antibiotice, iar în caz de hipertireoză asociată, iod, pentru punerea în repaus a glandei (3, 10).

Toate cazurile noastre au fost supuse tratamentului chirurgical sau asociat astfel:

În tiroidita Hashimoto s-a practicat tiroidectomia subtotală în asociere cu antibiotice și corticosteroizi. În tiroidita Riedel, într-un caz s-a practicat hemitiroidectomie totală stg. și subtotală dr. (B. I.) iar celălalt caz hemitiroidectomie totală stg., ambele urmate de tratamentul antibiotic postoperator. În tiroidita Quervain, în două cazuri (B. P. și S. I.), s-a practicat hemitiroidectomia totală stg. subtotală dr., iar într-un caz (C. A.) hemitiroidectomie totală dr. urmată de antibiotice și corticosteroizi.

Examenul histopatologic este singurul care poate tranșa diagnosticul, stabilind forma histologică a tiroiditei.

În tiroidita Hashimoto (fig. nr. 1) examenul histopatologic evidențiază o infiltrație atât a zonelor veziculare cit și a interstițiului cu elemente limfoplasmocitare. Elementele veziculare cu coloid palid sau goale se găsesc în compartimentele delimitate de un schelet collagen, se observă aspectul de distrofie mucoidă.

Tiroidita Riedel (fig. nr. 2) se caracterizează printr-o bogăție a țesutului conjunctiv collagenizat, infiltrat de limfocite și plasmocite. Veziculele tiroidiene sînt mici și mijlocii avînd epiteliul de tip secretor.

Tiroidita subacută de Quervain (fig. nr. 3) se caracterizează prin focare celulare de tipul histiocitelor în mijlocul cărora apar celule gigante

T. GEORGESCU ȘI COLAB.: FORME ANATOMO-CLINICE RARE
ALE TIROIDITELOR

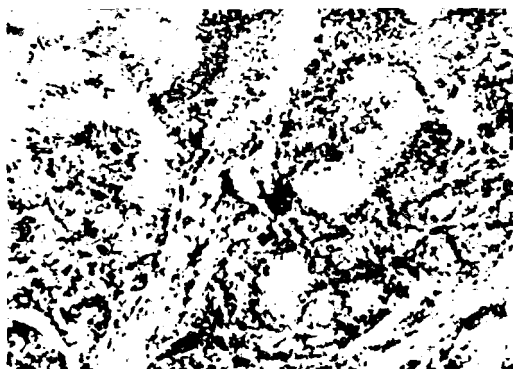


Fig. nr. 1

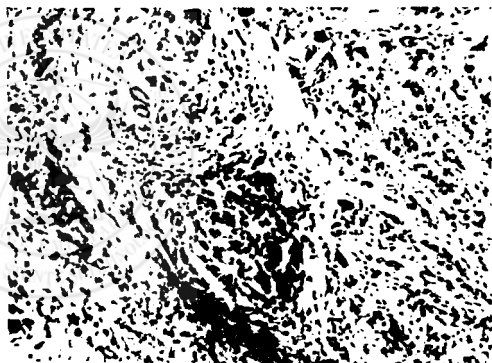


Fig. nr. 2



Fig. nr. 3

de tipul celor de corp străin. Țesutul conjunctiv sărac reprezentat conține infiltrații limfoplasmocitare în grup.

Discuții

Am prezentat această lucrare deoarece formele de tiroidite amintite sînt rare și deci mai puțin cunoscute, cît și pentru dificultățile de diagnostic și tratament pe care le ridică.

Etiologia este încă insuficient clarificată. Tiroidita Hashimoto și Riedel sînt considerate azi ca boli autoimune, iar cea Quervain de natură virotică. Tiroiditele cronice denumite în prezent tiroidoze, sînt stări preblastomatoase.

Procesul de tiroidită a survenit în 6 cazuri pe tiroidă normală și numai în 2 cazuri pe gușă preexistentă (strumite).

Diagnosticul inițial a fost în toate cazurile de neo. tiroidian, în două dintre ele suspiciunîndu-se și un proces de tiroidită.

Examenul histologic extemporaneu a fost efectuat în 5 din cazuri, precizîndu-se cu această ocazie diagnosticul de tiroidită, fără a se cunoaște însă forma histologică.

Tratamentul inițial este medical, iar în caz de eșec, suspiciune de malignizare sau fenomene compressive, cel chirurgical își găsește indicația.

Sosit la redacție: 6 martie 1974.

Bibliografie

1. Berthezene F., Mornex R., Pousset G., Guillaud M.: Presse Méd. (1971), 79, 9, 403; 2. Furszyfer J. și colab.: Mayo clin. prac. (1970), 45, 8, 586; 3. Grebe S. F., Schultis K.: Med. Welt (1972), 23, 5, 143; 4. Milcu Șt.: Gușă endemică. Ed. Acad. R.P.R., București, 1957, vol. 1; 5. Nagy Gy., Niedermüller F.: Magyar Sebészet (1966), 2, 87; 6. Petrányi G., Magyar I.: A belgyógyászat alapvonalai, Medicina Kiadó, Budapest, 1960; 7. Simionescu N.: Histogeneza cancerului tiroidian. Ed. Acad. R.S.R., București, 1966, 59; 8. Saphir O.: A text on systemic pathology. Grune and Stratton, New York—London, 1959, vol. II, 1413; 9. Soustelle J., Vuillard P.: Lyon Chir. (1971), 67, 2, 142; 10. Thomopoulos P., Mignon F., Lévy R.: Concours Méd. (1971), 93, 39, 5858; 11. Tkacs F. Sz.: Probl. Endokrin. (1972), 18, 1, 7; 12. Tóth S., Grosz J.: Magyar Sebészet (1970), 1, 34.