

Prof. univ. dr. FANE GHELASE

CHIRURGIE

VOL. III

PATOLOGIE CHIRURGICALĂ

Editura SITECH
Craiova, 2013

| | | |
|---------|------------------------------|----|
| Prefață | Prof. univ. Dr. Fane GHELASE | 13 |
|---------|------------------------------|----|

PATOLOGIA GÂTULUI

| | | |
|--|--|----|
| Capitolul 1. GLANDA TIROIDĂ | F. Ghelase, Vivianca Găban, M. Șt. Mugurel | 15 |
| 1.1. Noțiuni de anatomie și fiziologie | | 15 |
| 1.2. Bolile inflamatorii - tiroiditele | | 17 |
| 1.2.1. Tiroiditele acute | | 17 |
| 1.2.2. Tiroidita subacută de Quervain | | 18 |
| 1.2.3. Tiroidite cronice autoimune | | 19 |
| 1.2.4. Tiroidite cronice specifice | | 22 |
| 1.3. Gușile | | 22 |
| 1.3.1. Forme clinice de gușă | | 30 |
| 1.4. Hipertiroidiile | | 38 |
| 1.4.1. Boala Basedow | | 42 |
| 1.4.2. Nodulul toxic tiroidian | | 44 |
| 1.4.3. Gușa multinodulară toxică | | 45 |
| 1.5. Cancerul tiroidian | | 50 |

PATOLOGIA TORACELUI

| | | |
|---|--------------------------------------|----|
| Capitolul 2. Patologia toraco-pleuro-pulmonară | A. Dobrinescu, F. Ghelase, A. Borugă | 61 |
| 2.1. Traumatismele toracelui | | 61 |
| 2.1.1. Traumatismele închise | | 61 |
| 2.1.2. Traumatismele închise cu leziuni endotoracice | | 64 |
| 2.1.3. Leziunile traumatiche ale plămânului | | 66 |
| 2.1.4. Traumatismele toracice închise cu leziuni ale cordului, pericardului și vaselor mari | | 69 |
| 2.1.5. Traumatismele totacice închise cu leziuni diafragmatice | | 70 |
| 2.2. Plăgile toracelui | | 71 |
| 2.3. Empiemele pleurale | | 73 |
| 2.3.1. Pleurezia purulentă | | 73 |
| 2.3.2. Pleureziile purulente tuberculoase | | 82 |
| 2.4. Pneumotoraxul spontan | | 83 |
| 2.4.1. Clasificare | | 84 |
| 2.5. Cancerul bronho-pulmonar | | 91 |

PATOLOGIA SÂNULUI

| | | |
|---|--------------------------------------|-----|
| Capitolul 3. Patologia sânnului (glandei mamare) | F. Ghelase, Anca Ruxandra, D. Mercuț | 101 |
| 3.1. Infecțiile sânnului | | 101 |
| 3.1.1. Infecțiile acute - mastita acută | | 101 |
| 3.1.2. Mastitele cronice | | 104 |
| 3.2. Bolile distrofice ale sânnului | | 108 |
| 3.2.1. Distrofii posttraumatice | | 108 |
| 3.2.2. Boala fibrochistică (mastopatia fibrochistică, maladia Reclus) | | 108 |
| 3.3. Tumorile mamare | | 110 |
| 3.3.1. Tumorile benigne | | 110 |
| 3.3.2. Tumorile maligne | | 115 |

| | | |
|--|---|------------|
| Capitolul 4. Patologia pereților abdomenului | D. Mercuț, E. Trașcă, C. Siloși | 133 |
| 4.1. Hernii, eventrații, eviscerații | | 133 |
| 4.1.1. <i>Herniile peretelui antero-lateral</i> | | 133 |
| 4.1.2. <i>Varietăți topografice de hernie</i> | | 139 |
| 4.2. Herniile rare | | 151 |
| 4.3. Herniile diafragmului | F. Ghelase, Șt. D. Mogoș | 151 |
| 4.3.1. <i>Herniile embrionare</i> | | 152 |
| 4.3.2. <i>Herniile hiatusului esofagian</i> | | 152 |
| 4.3.3. <i>Herniile retro-costo-xifoidiene</i> | | 159 |
| 4.3.4. <i>Herniile posttraumatice ale diafragmului</i> | | 160 |
| 4.3.5. <i>Eventrațiile diafragmului</i> | | 160 |
| 4.3.6. <i>Tumorile diafragmului</i> | | 161 |
| 4.4. Eventrații și eviscerații | | 161 |
| 4.4.1. <i>Eventrațiile</i> | | 161 |
| 4.4.2. <i>Eviscerațiile</i> | | 166 |
| | | |
| Capitolul 5. Patologia joncțiunii eso-gastrice și a esofagului..... | F. Ghelase, Violeta Pițurlea, | 170 |
| D.I.Vâlcea | | 170 |
| 5.1. Anatomia și fiziologia joncțiunii eso-gastrice | | 170 |
| 5.2. Tulburări funcționale (motorii) ale esofagului | | 171 |
| 5.2.1. <i>Achalazia cardiei</i> | | 171 |
| 5.3. Diverticuli esofagului | | 175 |
| 5.4. Boala de reflux gastro-esofagian | | 177 |
| 5.5. Esofagitele caustice | | 180 |
| 5.6. Sindromul Mallory Weiss | | 189 |
| 5.7. Traumatismele esofagului | | 191 |
| 5.8. Tumorile esofagului | | 193 |
| 5.8.1. <i>Tumorile benigne ale esofagului</i> | | 193 |
| 5.8.2. <i>Tumorile maligne ale esofagului</i> | | 194 |
| | | |
| Capitolul 6. Patologia stomacului și duodenului | F. Ghelase, D. Mercuț, E. Sandu, A. Borugă | 201 |
| 6.1. Bolile ulceroase | | 201 |
| 6.1.1. <i>Ulcerul gastric</i> | | 201 |
| 6.1.2. <i>Ulcerul duodenal</i> | | 211 |
| 6.1.3. <i>Ulcerul acut de stres</i> | | 222 |
| 6.1.4. <i>Ulcerale endocrine</i> | | 223 |
| 6.1.5. <i>Ulcerale recidivate postoperatorii</i> | | 225 |
| 6.2. Complicațiile ulcerelor gastroduodenale | | 227 |
| 6.2.1. <i>Ulcerul gastroduodenal perforat</i> | | 227 |
| 6.2.2. <i>Stenozele piloroduodenale</i> | | 233 |
| 6.2.3. <i>Malignizarea ulcerului gastric</i> | | 237 |
| 6.2.4. <i>Hemoragia</i> | | 237 |
| 6.3. Complicațiile chirurgiei gastrice | | 237 |
| 6.4. Tumorile stomacului | | 243 |
| 6.4.1. <i>Tumorile benigne</i> | | 243 |
| 6.4.2. <i>Tumorile maligne</i> | | 245 |
| 6.4.3. <i>Tumorile epiteliale gastrice maligne</i> | | 245 |
| 6.4.4. <i>Tumorile gastrice maligne mezenchimale</i> | | 261 |

| | |
|--|--|
| Capitolul 7. Patologia intestinului subțire, marelui epiploon și a mezenterului | |
| D. Mărgărețescu, Șt.L.D. Mogoș, F. Ghelase, V. Șurlin, G.F.R. Mogoș | 263 |
| 7.1. Boala Crohn | 263 |
| 7.2. Diverticulul Meckel | 267 |
| 7.3. Tumorile de intestin subțire | 268 |
| 7.3.1. Tumorile benigne | 268 |
| 7.3.2. Tumorile maligne | 268 |
| 7.3.3. Tumorile carcinoide | 269 |
| 7.4. Enterocolita acută necrozantă la adulți | F. Ghelase, G.F.R. Mogoș |
| | 272 |
| 7.5. Patologia marelui epiploon și mezenterului | D. Mărgărețescu, V. Șurlin, G.F.R. Mogoș |
| | 275 |
| 7.5.1. Marele epiploon | 275 |
| 7.5.2. Mezenterul | 278 |
| Capitolul 8. Patologia colonului | |
| F. Ghelase, Șt.L.D. Mogoș, Sevastița Iordache, Șt. Pătrașcu | 284 |
| 8.1. Noțiuni de anatomie chirurgicală | 284 |
| 8.2. Dismorfiile colonice | 285 |
| 8.2.1. Megacolonurile | 285 |
| 8.2.2. Dolico colonul | 288 |
| 8.3. Diverticuloza colică | 289 |
| 8.4. Bolile inflamatorii ale colonului și rectului | 290 |
| 8.4.1. Rectocolita ulcerohemoragică (RCUH) | 290 |
| 8.4.2. Boala Crohn a colonului | 294 |
| 8.4.3. Infamatiї specifice | 295 |
| 8.5. Tumorile colonului | 297 |
| 8.5.1. Tumorile benigne ale colonului | 297 |
| 8.6. Tumorile maligne | 304 |
| 8.6.1. Cancerul colonului | 304 |
| Capitolul 9. Patologia apendicelui | |
| F. Ghelase, V. Băleanu, G.F.R. Mogoș | 326 |
| 9.1. Noțiuni de anatomie | 326 |
| 9.2. Apendicita acută | 326 |
| 9.3. Apendicita cronică | 341 |
| 9.4. Tumorile apendicelui | 342 |
| Capitolul 10. Patologia rectului | |
| F. Ghelase, L. Martin, D.I.Vâlcea, V. Băleanu | 343 |
| 10.1. Anatomia chirurgicală a rectului | 343 |
| 10.2. Prolapsul rectal | 345 |
| 10.3. Tumorile rectale | 347 |
| 10.3.1. Tumorile benigne | 347 |
| 10.3.2. Tumorile maligne | 347 |
| Capitolul 11. Patologia anală și perineală ... | |
| D. Cârțu, V. Băleanu, L. Martin, A. Rotaru, F. Ghelase | 371 |
| 11.1. Noțiuni de anatomie | 371 |
| 11.2. Patologia benignă | 373 |
| 11.2.1. Leziuni congenitale | 373 |
| 11.2.2. Leziuni traumatice | 373 |
| 11.2.3. Infecții nespecifice anale și perineale | 374 |
| 11.2.4. Tuberculoza anoperineală | 377 |
| 11.2.5. Boala hemoroidală | 378 |
| 11.2.6. Fisura anală | 384 |
| 11.3. Tumori anale | F. Ghelase, L. Martin |
| | 386 |
| 11.3.1. Tumori anale benigne | 386 |

| | | |
|----------------|---|-----|
| Respect pentru | 11.3.2. Tumori anale benigne. Cancerul anal | 387 |
| | 11.4. Boala pilonidală sacrococigiană | 391 |
| | 11.5. Stafilocociile cronice fistulizante | 392 |
| | 11.6. Chirurgia radio în practica proctologică | 393 |
| | 11.7. Coagularea prin radiofrecvență, opțiune nouă pentru tratamentul hemoroizilor interni în stadiu incipient cu sângerare | 396 |

PATOLOGIA GLANDELOR ANEXE ALE TUBULUI DIGESTIV

| | |
|---|--|
| Capitolul 12. Patologia chirurgicală hepatică ...F. Ghelase, Adriana Bădulescu, V. Șurlin, D. Toma ... | 399 |
| 12.1. Chistul hidatic hepatic | D.Toma, F. Ghelase 399 |
| 12.1.1. Etiopatogenie | 400 |
| 12.1.2. Anatomie patologică | 402 |
| 12.1.3. Fiziopatologie | 404 |
| 12.1.4. Tabloul clinic | 406 |
| 12.1.5. Examene paraclinice | 407 |
| 12.1.6. Diagnosticul | 407 |
| 12.1.7. Forme clinice | 412 |
| 12.1.8. Evoluție și complicații | 413 |
| 12.1.9. Tratamentul | 414 |
| 12.2. Tumori hepatice | Adriana Bădulescu 420 |
| 12.2.1. Tumori benigne hepatice | Adriana Bădulescu 421 |
| 12.2.2. Tumori maligne hepatice | Adriana Bădulescu 424 |
| 12.3. Hipertensiunea portală | V. Șurlin 437 |
| Capitolul 13. Patologia căilor biliare extrahepatice | F. Ghelase, T. Brătîloveanu, A. Borugă .. 447 |
| 13.1. Anomalii congenitale | 447 |
| 13.2. Litiaza biliară | 449 |
| 13.2.1. Litiaza veziculară | 452 |
| 13.2.2. Colecistitele acute | 461 |
| 13.2.3. Litiaza căii biliare principale (C.B.P.) | 466 |
| 13.3. Tumori ale căilor biliare extrahepatice | 476 |
| 13.5. Icterele colestactice (mecanice) | 482 |
| Capitolul 14. Patologia pancreasului | F. Ghelase, Adriana Bădulescu, D. Mercuț, V. Șurlin 494 |
| 14.1. Pancreatita acută (P.A.) | F.Ghelase, D. Mercuț 494 |
| 14.1.1. Clasificare | 494 |
| 14.1.2. Patogenia | 495 |
| 14.1.3. Fiziopatologia | 495 |
| 14.1.4. Anatomie patologică | 497 |
| 14.1.5. Diagnostic clinic | 500 |
| 14.1.6. Atitudinea practică în fața unei P.A. | 502 |
| 14.1.7. Evoluție. Complicații | 504 |
| 14.1.8. Tratamentul | 505 |
| 14.2. Pancreatita cronică | V. Șurlin 511 |
| 14.2.1. Etiopatogenie | 511 |
| 14.2.2. Anatomie patologică | 511 |
| 14.2.3. Tabloul clinic | 512 |
| 14.2.4. Examene paraclinice | 512 |
| 14.2.5. Diagnosticul diferențial | 512 |
| 14.2.6. Evoluție și complicații | 513 |
| 14.2.7. Tratamentul | 513 |

| | | |
|---|--|------------|
| 14.3. Tumorile pancreasului | Adriana Bădulescu | 515 |
| 14.3.1. Cancerul pancreasului exocrin | | 515 |
| 14.3.2. Tumorile pancreasului endocrin | | 521 |
| Capitolul 15. Patologia chirurgicală a splinei | D. Mărgăritescu, G.F.R. Mogoș | 525 |
| 15.1. Anomaliile splinei | | 526 |
| 15.2. Traumatismele splinei | | 526 |
| 15.3. Hiperplenismul | | 529 |
| 15.4. Splenomegaliile inflamatorii | | 530 |
| 15.5. Tumorile splinei | | 531 |
| 15.6. Indicațiile splenectomiei | | 532 |

PATOLOGIA SPAȚIULUI RETROPERITONEAL

| | | |
|--|--|------------|
| Capitolul 16. Patologia chirurgicală a spațiului retroperitoneal .. | V. Șurlin, F. Ghelase, D.I. Vâlcea .. | 534 |
| 16.1. Date de anatomie | | 534 |
| 16.2. Tumorile retroperitoneale primitive | | 535 |
| 16.3. Abscesele retroperitoneale | | 540 |
| 16.4. Hematoamele retroperitoneale | | 541 |
| 16.5. Fibroza retroperitoneală | | 541 |
| 16.6. Limfoamele retroperitoneale | | 543 |

ABDOMENUL ACUT CHIRURGICAL

| | | |
|--|--|------------|
| Capitolul 17. Peritonitele | F. Ghelase, C. Siloși, A.Borugă, D.Toma | 545 |
| 17.1. Peritonitele acute difuze | | 546 |
| 17.2. Forme clinice | | 560 |
| 17.2.1. Peritonite secundare | | 560 |
| 17.2.2. Peritonite primare | | 561 |
| 17.2.3. Peritonite terțiare | | 562 |
| 17.3. Peritonite localizate (abcese peritoneale)..... | | 567 |
| Capitolul 18. Ocluziile intestinale..... | D. Mercuț, C. Siloși, E. Trașcă | 570 |
| Capitolul 19. Infarctul enteromezenteric | V.Șurlin, F. Ghelase | 590 |
| Capitolul 20. Hemoragiile digestive | F. Ghelase, Sevastița Iordache, A. Rotaru | 595 |
| 20.1. Generalități – clasificare | | 595 |
| 20.2. Hemoragiile digestive superioare non-variceale | | 596 |
| 20.2.1. Etiologie..... | | 597 |
| 20.2.2. Clasificarea hemodinamică a H.D.S..... | | 598 |
| 20.2.3. Diagnosticul H.D.S. | | 601 |
| 20.2.4. Evoluția și prognosticul H.D.S. nonvariceale | | 607 |
| 20.2.5. Tratamentul H.D.S. non-variceale | | 607 |
| 20.2.6. Strategii diagnostice și terapeutice..... | | 613 |
| 20.3. Hemoragiile digestive inferioare (H.D.I.)..... | | 628 |

PATOLOGIE SISTEMICĂ

| | | |
|--|--|------------|
| Capitolul 21. Patologia sistemului vascular | A. Rotaru, Luciana Rotaru, C. Petcu, D. Cârțu | 630 |
| 21.1. Patologia arterială..... | C. Petcu, D. Cârțu | 630 |
| 21.1.1. Etiopatogenia bolilor arteriale..... | | 630 |

| | |
|--|-----|
| 21.1.2. Boli arteriale cu etiopatogenie incomplet elucidată | 634 |
| 21.1.3. Clasificarea marilor sindroame arteriale | 635 |
| 21.2. Arteriopatiile cronice | 636 |
| 21.2.1. Clasificarea etiopatogenică | 636 |
| 21.2.2. Clasificarea topografică a arteriopatiilor cronice | 636 |
| 21.3. Forme anatomo-clinice evolutive | 636 |
| 21.4. Forme etiologice | 640 |
| 21.4.1. Tratamentul | 641 |
| 21.4.2. Particularități în arteriopatia cronică obliterantă cu alte localizări | 644 |
| 21.4.3. Ischemia acută de membru inferior (IAMI) | 650 |
| 21.5. Patologia venelor..... A. Rotaru, Luciana Rotaru | 653 |
| 21.5.1. Boala varicoasă | 653 |
| 21.5.2. Boala tromboembolică | 660 |
| 21.5.3. Insuficiența venoasă cronică a membrilor inferioare | 668 |

TRAUMATOLOGIE

| | | |
|---|--|------------|
| Capitolul 22. Politraumatismele | Luciana Rotaru, F. Ghelase, D. Popa, R. Mercuț, | 673 |
| 22.1. Politraumatismele | Luciana Rotaru | 673 |
| 22.1.1. Clasificarea politraumatismelor | | 674 |
| 22.1.2. Particularitățile politraumatismelor | | 675 |
| 22.1.3. Algoritme de evaluare și management ale pacientului traumatizat | | 675 |
| 22.2. Traumatismele abdominale | F. Ghelase | 701 |
| 22.3. Traumatismele părților moi | F. Ghelase, D. Popa, R. Mercuț | 708 |
| 22.3.1. Plăgile și contuziile | | 708 |
| 22.3.2. Sindromul de compartiment acut al membrilor | D. Popa, R. Mercuț | 708 |
| 22.3.3. Sindroame de compartiment abdominal | | 713 |
| 22.3.4. Sindromul de strivire (Bayaters syndrom) | | 714 |
| Capitolul 23. Noțiuni de chirurgie laparoscopică | F. Ghelase | 717 |
| 23.1. Principiul operațiilor laparoscopice | | 718 |
| 23.2. Contraindicațiile laparoscopiei | | 719 |
| 23.3. Indicațiile laparoscopiei | | 720 |
| 23.4. Laparoscopia în abdomenul acut | | 720 |
| 23.4.1. Abdomenul acut nontraumatic | | 720 |
| 23.4.2. Abdomenul acut traumatic | | 723 |
| Capitolul 23. Transplantul de organe. Principii de bază | V. Șurin | 725 |
| 23.1. Imunologia transplantului | | 725 |
| 23.2. Rejetul transplantului | | 728 |
| 23.3. Tratamentul imunosupresiv | | 729 |
| 23.4. Procurarea de organe | | 730 |
| 23.4.1. Selecția donatorului | | 732 |
| 23.4.2. Protocol de lucru | | 733 |
| 23.4.3. Managementul donatorului | | 733 |
| 23.4.4. Donatorul asistolic | | 734 |
| 23.4.5. Prezervarea grefei | | 734 |
| 23.4.6. Factorii de care depinde funcționarea unui transplant | | 735 |
| BIBLIOGRAFIE | | 736 |

Capitolul 1

GLANDA TIROIDĂ

FANE GHELASE, VIVIANCE GĂBAN, MUGUREL GHELASE

1.1. NOȚIUNI DE ANATOMIE ȘI FIZIOLOGIE

Tiroida, glanda endocrină nepereche, situată în regiunea antero-laterală a gâtului, cântărește în medie 25 – 30g, cu variații individuale minime în funcție de vârstă și unii factori geografici.

Glanda tiroidă este situată între aponevroza cervicală superficială și profundă, în loja tiroidiană, delimitată anterior de musculatura subhioidiană (cuprinsă în fascia cervicală mijlocie), lateral de mușchii omohioidieni și sternocleidomastoidieni și posterior de coloana cervicală și musculatura prevertebrală, în fața căreia se interpun, până la glandă, esofagul și traheea pe linia mediană și pachetul vasculo-nervos al gâtului, lateral. Glanda este legată de trahee și cartilajele laringieni (tiroid și cricoid) prin fascii și tractusuri ligamentare realizând un ansamblu solidar, care explică ascensiunea corpului tiroidian în timpul deglutiției.

Are forma literei „H” și prezintă:

- 2 lobi laterali, în formă de piramidă triunghiulară, cu baza orientată caudal, fiecare lob prezintă o față internă sau medială, în raport cu laringele, traheea, faringele și esofagul, o față laterală acoperită de musculatura regiunii anterioare a gâtului și o față posterioară în raport cu pachetul vasculo-nervos al gâtului, nervii recurenți și glandele paratiroidice;
- Istmul tiroidian – leagă cei doi lobi, încrucișând pe linia mediană al 2-lea și al 3-lea inel traheal;
- Lobul piramidal – piramida Lalouette – inconstant, pleacă de pe marginea superioară a istmului și are direcție ascendentă, mai frecvent la stâna liniei mediane.

Vascularizația arterială este asigurată constant de două trunchiuri arteriale perechi (arterele tiroidiene superioare și tiroidiene inferioare) și inconstant de alte trei artere (arterele tiroidiene mijlocii și artera tiroidiană imă):

- **artera tiroidiană superioară** – ramură din artera carotidă externă, se ramifică la polul superior al glandei, ramura internă se anastomozează cu omoloaga din partea opusă, pe marginea superioară a istmului;
- **artera tiroidiană inferioară** – ramură din trunchiul tiro-bicervicoscapular al subclaviei, abordează lateral baza fiecărui lob și se anastomozează subistmic cu cea din partea opusă;
- **artera tiroidiană mijlocie**, inconstantă, ramură din artera carotidă primitivă, poate constitui

Respect per sursă importantă de sângerare intraoperatorie;

- **artera tiroidiană ima** (a. tiroidiană mediană Neubauer) artera unică, inconstantă, provine din crosa aortei și abordează caudal istmul tiroidian.

Drenajul venos al glandei tiroide este asigurat de venele tiroidiene superioare, inferioare și mijlocii (inconstant), satelite arterelor, tributare venei jugulare interne.

Drenajul limfatic al corpului tiroidian se face în:

- ganglionii paratraheali, situați posterior de glanda tiroidă, în raporturi strânse cu nervii recurenți;
- ganglionii lanțului jugular intern;
- ganglionii mediastinului superior, în mod accesoriu.

Histologic - tiroida este formată din acini grupați în lobuli, despărțiți de un țesut conjunctiv bogat în vase și nervi, aflat în continuitate cu capsula tiroidiană. Acinii au formă sferică, limitați de un epiteliu cubic și conțin substanța coloidă, densă, bogată în iod. În copilărie sunt mici și săraci în coloid; cresc și își îmbogățesc conținutul în coloid până la vârsta adultă, pentru a redeveni de tip infantil la vârstele avansate. Sunt largi și plini de coloid în repaus, limitați de celule aplatizate, iar în perioada activă celulele marginale devin mai înalte și mai numeroase.

FIZIOLOGIE

La nivelul glandei tiroide se sintetizează două tipuri de hormoni:

- **hormonii iodați: triiodotirozina (T_3) și tiroxina (tetraiodotironina T_4)** care au următoarele acțiuni:
 - măresc consumul tisular de oxigen;
 - acționează asupra metabolismului glucidic având efect hiperglicemiant prin stimularea proceselor de neoglucogeneză și glicogenoliză;
 - stimulează catabolismul proteic;
 - stimulează metabolismul lipidelor cu efect hipolipemiant și hipocolestero-lemiant;
 - stimulează creșterea și diferențierea tisulară;
- **tirocalcitonina, secretată de celulele "C"** (parafoliculare), are rol în metabolismul fosfo-calcic: scade concentrația plasmatică a fosforului și calciului, favorizează depunerea la nivelul oaselor și eliminarea lor renală. Secreția de tirocalcitonină este stimulată de creșterea concentrației calciului plasmatic.

Metabolismul hormonilor iodați începe prin absorbția selectivă a iodului mineral plasmatic de către tiroidă, sub formă de ioduri, urmată de oxidarea iodurilor și legarea iodului de tirozină (aminoacid sintetizat de celulele foliculare, prezent în coloid); se formează astfel monoiodotirozina (M.I.T.) și diiodotirozina (D.I.T.), cu activitate hormonală slabă. Prin cuplarea acestor precursori hormonal iau naștere substanțele hormonale active: tiroxina (T_4 – tetraiodotironina) și triiodotironina (T_3), care poate fi eliberate în sângele circulant sau stocate în acinii tiroidieni sub formă de tireoglobulină (glucoproteină cu greutate moleculară mare); în funcție de necesitățile metabolice ale organismului pot fi eliberați din molecula de tireoglobulină de către o protează și mobilizați în circulația sistemică, prin intermediul căreia ajung la nivel tisular, unde vor activa sistemele enzimatice responsabile de procesele oxidative.

Secreția hormonilor iodați este controlată de hipofiza anterioară prin intermediul TSH-ului (**Thyroid-Stimulating-Hormone**), a cărei acțiune este contracarată de hipotalamus prin secreția de TRH (**Thyroid-Releasing-Hormone**) precum și de concentrația sanghină de T_4 prin relație de feed-back negativ.

Diferiți factori care acționează prin intermediul hipotalamusului pot antrena o supraproducție de TSH, eliberând TRH-ul și implicit o creștere a nivelului circulant de T_4 , cu creșterea metabolismului tisular. Hipotalamusul poate induce și independent hipersecreția de TSH, secretând substanțe responsabile de edemul retrobulbar și de infiltrația mușchilor orbitei, antrenând apariția exoftalmiei.

Unele substanțe (propiltiouracil) acționează ca antitiroidiene, stopând formarea de tiroxină prin inhibiția oxidării iodului organic. Iodul absorbit sub forma soluției Lugol inhibă secreția de tiroxină deja formată. Iodul radioactiv (I_{131}) este concentrat selectiv la nivelul tiroidei, unde poate altera și distruge alveolele tiroidiene, controlând astfel hipotiroidiile. În sfârșit, tiroidectomia induce regresia semnelor de hipertiroidie prin ablația aproape totală a țesutului tiroidian; țesutul tiroidian rămas se hipertrofiază sub influența TSH-ului, suficient pentru evitarea unei hipotiroidii secundare.

1.2. BOLILE INFLAMATORII – TIROIDITELE

Tiroiditele sunt inflamații ale glandei tiroide normale și reprezintă 1% din totalul afecțiunilor tiroidiene; dacă inflamația se dezvoltă pe o gușă preexistentă poartă denumirea de strumită. Strumitele sunt mai frecvente decât tiroiditele, ca urmare a transformărilor distrofice (adenomatoase, chistice, hemoragice) și distorsiunilor vasculare pe care acestea le antrenează, zonele cu vascularizație mai redusă fiind mai sensibile la infecție.

1.2.1. TIROIDITELE ACUTE

ETIOPATOGENIE

Tiroiditele acute sunt mai frecvente la femei între 20-40 ani, apariția lor fiind favorizată de episoadele de congestie premenstruală, după utilizarea anticoncepționalelor sau din timpul sarcinii. Germenii pot proveni din următoarele surse:

- infecții microbiene sau virale sistemice: scarlatina, difteria, febră tifoidă, pneumonii acute, gripă etc;
- infecții de vecinătate: infecții ale căilor aeriene superioare, amigdalite acute, focare infecțioase dentare, amigdalitene etc;
- focare infecțioase la distanță: erizipel, osteomielită, apendicită acută.

Germenii ajung la nivelul glandei tiroide vehiculați pe cale limfatică, sanghină sau prin contiguitate de la un focar septic din vecinătate.

ANATOMIE PATOLOGICĂ

Infecția interesează în mod obișnuit un singur lob, rareori toată glanda, în lipsa unui tratament adecvat și precoce, în parenchim apar microabcese, care confluează într-un focar supurativ unic - **tiroidita supurată**.

TABLOUL CLINIC

Debutul este brusc, cu febră, frisoane și dureri vii în regiunea cervicală anterioară, care iradiază spre urechi și ceafă, se accentuează la deglutiție și se însoțesc de disfagie, disfonie, mai rar de dispnee.

Examenul local evidențiază tumefierea regiunii, cu tegumentele eritematoase, infiltrate, foarte dureroase la palpăre; perceperea fluctuenței marchează momentul abcedării. Adenopatia latero-cervicală este totdeauna prezentă.

DIAGNOSTICUL

Diagnosticul pozitiv se stabilește pe baza anamnezei (debut brusc de tip infecțios), examenului local (semnele celsiene) și examenele biologice (leucocitoză, VSH crescut, PBI moderat crescut, RIC foarte scăzut).

Diagnosticul diferențial se face cu: congestiile tiroidiene intrapartum, gușile cu hemoragii interstițiale sau intrachistice, cancerele tiroidiene pentru formele trenante cronice și flegmoanele gâtului pentru formele supurate.

EVOLUȚIA

Sub tratament corect și precoce, se obține, de regulă, remisiunea procesului inflamator. În rarele cazuri de tiroidită supurată procesul rămâne unilateral, abcesul poate fistuliza la tegumente, mai rar în trahee sau esofag. Este posibilă și fuzarea spre spațiile profunde ale gâtului sau spre mediastin prin teaca pachetului vasculo-nervos al gâtului, cu apariția unei mediastinite grave, cu pronostic incert

TRATAMENTUL

Tratamentul profilactic presupune tratarea corectă a infecțiilor generale, infecțiilor din focarele de vecinătate, precum și profilaxia gușilor în focarele endemice.

Tratamentul curativ va fi diferențiat în funcție de faza evolutivă a bolii:

- **în faza de congestie** (invazia microbiană), tratamentul este medical: repaus, comprese alcoolizate, antiinflamatorii nesteroidiene și/sau steroidiene, antibioterapie condusă în funcție de etiologia probabilă, dedusă din circumstanțele etiopatogenice ale tiroiditei, la care se adaugă terapia specifică cu extract tiroidian sau T_3 pentru blocarea TSH-lui.
- **în faza de supurație** tratamentul este chirurgical și constă în incizia, evacuarea și drenajul colecției purulente, se va recolta obligatoriu puroi pentru examenul bacteriologic și antibiogramă.

1.2.2. TIROIDITA SUBACUTĂ DE QUERVAIN (1904) (granulomatoasă, pseudotuberculoasă cu celule giganto-foliculare)

Este un proces inflamator în general autolimitat; este mai frecventă decât este diagnosticată; în practică realizând 5% din întreaga patologie tiroidiană, poate fi întâlnită la orice vârstă, în special la sexul feminin (raportul F/B = 3/1)

ETIOPATOGENIE – virală, sugerată de existența unei infecții locale premergătoare (angină) sau generale (rujeolă, parotidită peidemică) este confirmată. La identificarea unor adenovirusuri (gripal, Epstein-Barr etc), componenta autoimună accesorie ca și predispoziția genetică nu pot fi excluse.

ANATOMIA PATOLOGICĂ

Inflamația este focală, lobară sau extinsă la toată glanda, care aderă la țesuturile învecinate, deși există de regulă un edem, care conferă un spațiu de clivaj în care disecția se face fără dificultate. Microscopic se constată lărgirea foliculilor, infiltrație cu mononucleare, limfocite, neutrofile și celule epiteloide gigante multinucleate, fibroză veziculară și a țesuturilor perivasculare.