



MD 3004 F1 2006.03.31

REPUBLICA MOLDOVA



(19) Agenția de Stat
pentru Proprietatea Intelectuală

(11) 3004 (13) F1
(51) Int.Cl: A61B 17/00 (2006.01)

(12) BREVET DE INVENȚIE

Hotărârea de acordare a brevetului de invenție poate fi revocată în termen de 6 luni de la data publicării	
<p>(21) Nr. depozit: a 2005 0226 (22) Data depozit: 2005.08.08</p>	<p>(45) Data publicării hotărârii de acordare a brevetului: 2006.03.31, BOPI nr. 3/2006</p>
<p>(71) Solicitanți: ȚĂBĂRNĂ Gheorghe, MD; DORUC Andrei, MD; DORUC Serghei, MD; ȚĂBĂRNĂ Andrei, MD (72) Inventatori: ȚĂBĂRNĂ Gheorghe, MD; DORUC Andrei, MD; DORUC Serghei, MD; ȚĂBĂRNĂ Andrei, MD (73) Titulari: ȚĂBĂRNĂ Gheorghe, MD; DORUC Andrei, MD; DORUC Serghei, MD; ȚĂBĂRNĂ Andrei, MD</p>	

(54) Metodă de tiroidectomie lărgită inferioară în cancerul glandei tiroide

(57) Rezumat:

1
 Invenția se referă la medicină, în special la oncologie și poate fi aplicată pentru efectuarea tiroidectomiei cu tumoare malignă răspândită pe țesuturile moi ale părții anterioare a gâtului, pe trahee, mai jos de istmul glandei tiroide.

Esența invenției constă în efectuarea unei incizii a pielii și țesutului subcutanat în formă de U de la nivelul treimii medii a gâtului, apoi pe marginea anterioară a mușchiului sternocleidomastoidian în jos până la incizura jugulară și se excizează zona de piele afectată deasupra tumorii, pe clavicule se rezeacă mușchii anteriori ai gâtului. După care se deschid tecile musculare ale mușchilor sternocleidomastoidieni cu separarea lor și se efectuează revizia tumorii. Apoi se efectuează mobilizarea lobului glandei clinic neafectat, se

2
 5 ligaturează și se excizează artera tiroidiană superioară, medie și inferioară, se mobilizează nervul recurent și traheea, după care se înlătură în bloc lobul glandei tiroide neafectat, mușchii anteriori ai gâtului, țesutul paratraheal, inelele 3...4 traheale afectate și porțiunea afectată a nervului recurent, apoi se aplică o anastomoză a traheii cu laringele și se restabilește nervul recurent. Se separă și se înlătură blocul lobului afectat, apoi se efectuează hemostaza definitivă, se drenează și se suturează țesuturile pe straturi în caz că defectul nu este mare, iar în caz de defect masiv, se efectuează plastia cutanată.

Revendicări: 1

MD 3004 F1 2006.03.31

MD 3004 F1 2006.03.31

3

Descriere:

Invenția se referă la medicină, în special la oncologie și poate fi folosită pentru efectuarea tiroidectomiei cu tumoare malignă răspândită pe țesuturile moi ale părții anterioare a gâtului, pe trahee, mai jos de istmul glandei tiroide.

5 Este cunoscută metoda de rezecție a glandei tiroide care constă în aceea că se efectuează incizia după Kocher. În direcție transversală se excizează fascia cu venele jugulare superficiale, mușchii sternohioidieni și sternotiroidieni cu deschiderea plăgii sub fascia a patra a gâtului după Șevkunenکو. Foița parietală a fasciei se deschide în plan longitudinal și transversal, după necesitate, pentru accesul spre părțile laterale ale lobilor glandei. Apoi se efectuează revizia glandei tiroide. Se efectuează incizia lamei pretraheale, care unește capătul superior și inferior al istmului cu traheea și, după necesitate, se separă apofiza piramidală a glandei. Pe sub istm se introduce pensa Bilrot, se desprinde istmul de trahee și se excizează. Apoi lobul se ia cu un fir de ață și se trage în direcție laterală, apoi se excizează foița fascială dintre lobul glandei tiroide și trahee. După care, prin introducerea pensei în spațiul interfascial, se separă polul superior al lobului de la trahee și nervul laringian superior, separând astfel artera tiroidiană superioară de la nervul laringian superior. Apoi se aplică pe etape pense pe marginea lobului, pe ramurile arterei tiroidiene superioare și pe vene, în limitele foiței viscerale a fasciei patru a gâtului. Astfel se separă polul inferior al lobului de la nervul recurent. Apoi se aplică pense pe foița fasciei dintre glandă și trahee, se efectuează hemostaza și se separă lobul de la trahee. Apoi, după înlăturarea primului lob, se efectuează aceleași manipulații pentru al doilea lob și apofiza piramidală. Mai apoi se efectuează hemostaza definitivă, se drenează, iar tegumentele se suturează pe straturi [1].

10 Dezavantajul metodei date constă în aceea că nu poate fi înlăturat complet procesul tumoral din cauza răspândirii lui pe țesuturile moi pe partea anterioară a gâtului, trahee, mai jos de istmul glandei tiroide ceea ce conduce la apariția recidivelor locale și a metastazelor la distanță într-o perioadă scurtă de timp.

15 Problema pe care o rezolvă invenția constă în elaborarea unei metode de înlăturare a glandei tiroide afectate de un proces canceromatos cu răspândire pe țesuturile moi ale părții anterioare a gâtului, trahee, mai jos de istmul glandei tiroide, de a înlătura tumoarea în bloc și de a preîntâmpina apariția recidivelor.

20 Esența invenției constă în efectuarea unei incizii a pielii și țesutului subcutanat în formă de U, care începe de la nivelul treimii medii a gâtului, apoi pe marginea anterioară a mușchiului sternocleidomastoidian, în jos, până la nivelul incizurii jugulare cu excizia zonei de piele afectată deasupra tumorii, apoi pe claviculă se rezecă mușchii anteriori ai gâtului, apoi după rezecarea pielii și țesutului subcutanat, lamboul de piele se separă în părți, după care se deschid tecile musculare ale mușchilor sternocleidomastoidieni cu separarea lor, se efectuează revizia tumorii pentru determinarea gradului de răspândire, apoi se efectuează mobilizarea lobului clinic neafectat, se ligaturează și se excizează artera tiroidiană superioară, medie și inferioară, se mobilizează nervul laringian recurent și traheea, după care se înlătură în bloc lobul glandei tiroide, mușchii anteriori ai gâtului, țesutul celular paratraheal, inelele traheale 3...4 afectate și porțiunea afectată a nervului laringian recurent, apoi se aplica o anastomoză a traheii cu laringele și se restabilește nervul recurent, după înlăturarea blocului lobului clinic neafectat se efectuează separarea și înlăturarea blocului lobului afectat, apoi se efectuează hemostaza definitivă, drenarea, restabilirea țesuturilor neafectate și suturarea tegumentelor pe straturi, în caz că defectul nu este mare, iar în caz de defect masiv, se efectuează plastia cutanată.

25 Rezultatul invenției constă în înlăturarea tumorii cu răspândire pe țesuturile moi ale părții anterioare a gâtului, trahee și cartilajul tiroid, mai jos de istmul glandei tiroide, înlăturarea tumorii în bloc și preîntâmpinarea apariției recidivelor.

30 Indicațiile pentru efectuarea tiroidectomiei lărgite inferioare sunt răspândirea procesului canceromatos pe țesuturile moi ale regiunii anterioare ale gâtului și traheii, mai jos de istmul glandei tiroide.

35 Metoda se aplică în modul următor.

40 La internare pacientul este supus investigațiilor clinice și paraclinice și se stabilește diagnosticul. Apoi, el este pregătit pentru intervenție chirurgicală. În timpul operației se efectuează o incizie a pielii și țesutului subcutanat în formă de U, care începe de la nivelul treimii medii a gâtului, apoi pe marginea anterioară a mușchiului sternocleidomastoidean, în jos până la nivelul incizurii jugulare, unde incizia este arcuită. Se efectuează excizia zonei de piele afectată deasupra tumorii, pe claviculă se rezecă mușchii anteriori ai gâtului, apoi, după rezecarea pielii și țesutului subcutanat, lamboul de piele se separă în părți, după care se deschid tecile musculare ale mușchilor sternocleidomastoidieni cu separarea lor, se efectuează revizia tumorii pentru determinarea gradului de răspândire, apoi se efectuează mobilizarea lobului clinic neafectat al glandei, se ligaturează și se excizează artera tiroidiană superioară, medie și inferioară, apoi se mobilizează nervul laringian recurent și traheea, după care se

MD 3004 F1 2006.03.31

4

5
10
15
20
25

înlătură în bloc lobul glandei tiroide, mușchii anteriori ai gâtului, țesutul celular paratraheal, inelele traheale 3...4 afectate și porțiunea afectată a nervului laringian recurent, apoi, cu aplicarea anastomozei traheii cu laringele și restabilirea nervului, după înlăturarea blocului lobului clinic neafectat se efectuează separarea și înlăturarea blocului lobului afectat, apoi se efectuează hemostaza definitivă, drenarea, restabilirea țesuturilor neafectate și suturarea tegumentelor pe straturi, în caz că defectul nu este prea mare, iar în caz de defect masiv, se efectuează plastia cutanată.

Exemplu

10
15
20

Pacientul P., 50 ani a fost internat cu recidiva unui cancer de glandă tiroidă cu concreșterea în inelele traheii după o intervenție neradicală. Cu 8 ani în urmă s-a adresat la spitalul orașenesc cu acuze la o formațiune în regiunea anterioară a gâtului. A fost efectuată o intervenție chirurgicală cu presupunerea unei gușe nodulare. După intervenția chirurgicală, la analiza histologică s-a determinat un cancer folicular al glandei tiroide cu concreșterea în capsula glandei. În perioada postoperatorie s-a efectuat o cură de gama-terapie în regiunea cicatricei postoperatorii. Peste 8 ani s-a depistat progresarea procesului canceromatos al glandei tiroide cu concreșterea în trahee cu acuze de dificultăți de respirație și eliminări de spută cu sânge. La internare se determină în regiunea glandei tiroide o formațiune de consistență densă, neregulată, mobilă la deglutiție, fără a concrește cu pielea, dureroasă la palpare și cu diametrul de 15 cm. La analiza histologică se constată cancer folicular. La examenul radiologic și tomografia porțiunii cervicale a traheii se determină concreșterea în trahee cu îngustarea lumenului de la 1...3 inel al traheii.

25

S-a efectuat intervenția chirurgicală conform invenției revendicate. În timpul operației s-au înlăturat 1...4 inele traheale și s-a aplicat anastomoza. Perioada postoperatorie a fost fără complicații. Un timp îndelungat nu s-au înregistrat recidive.

(57) Revendicare:

30
35
40
45

Metodă de tiroidectomie lărgită inferioară în cancerul glandei tiroide, care constă în efectuarea unei incizii a pielii și țesutului subcutanat în formă de U de la nivelul treimii medii a gâtului, apoi pe marginea anterioară a mușchiului sternocleidomastoidian în jos până la incizura jugulară cu excizia zonei de piele afectată deasupra tumorii, pe clavicule se rezecă mușchii anteriori ai gâtului, după care se deschid tecile musculare ale mușchilor sternocleidomastoidieni cu separarea lor, se efectuează revizia tumorii, se efectuează mobilizarea lobului glandei clinic neafectat, se ligaturează și se excizează artera tiroidiană superioară, medie și inferioară, se mobilizează nervul recurent și traheea, după care se înlătură în bloc lobul glandei tiroide neafectat, mușchii anteriori ai gâtului, țesutul paratraheal, inelele 3...4 traheale afectate și porțiunea afectată a nervului recurent, apoi se aplică o anastomoză a traheii cu laringele și se restabilește nervul recurent; se efectuează separarea și înlăturarea blocului lobului afectat, apoi se efectuează hemostaza definitivă, drenarea și suturarea țesuturilor pe straturi, în caz că defectul nu este mare, iar la un defect masiv, se efectuează plastia cutanată.

(56) Referințe bibliografice:

1. SU 1456103 A1 1989.02.07

Șef Secție:	GUȘAN Ala
Examinator:	GROSU Petru
Redactor:	UNGUREANU Mihail