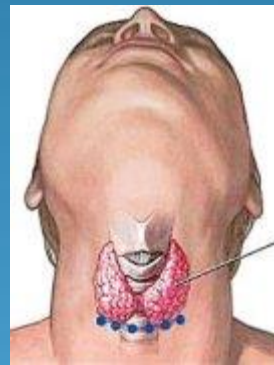


Nádorové ochorenia štítnej žľazy



MUDr. Helena Rolková

Klasifikácia nádorov štítnej žľazy:

A. benígne, jediným významným predstaviteľom je folikulárny adenóm. Na rozdiel od adenomatóznej uzlovej strumy je solitárny, dobre opuzdrený, má jednotnú štruktúru a líši sa od okolitého tkaniva, často utláča okolité tkanivo oproti tomu adenomatózne nenádorové uzly sú viaceré, zle ohraničené, neutláčajú okolité tkanivo

B. malígne, 4 hlavné typy:

1.papilárny karcinóm

2.folikulárny karcinóm

3.anaplastický karcinóm ek

4.medulárny karcinóm

5.ostatné malígne nádory, lymfóm, sarkóm a metastázy nádorov

Klasifikácia nádorov štítnej žľazy:

Diferencované karcinómy (Ca) - papilárny a folikulárny.

Väčšina karcinómov pochádza z epitelových buniek a patrí medzi karcinómy diferencované. Vyskytujú sa vo všetkých vekových kategóriách s maximom výskytu medzi 40. až 60. rokom, ženy sú postihnuté 3-krát častejšie ako muži.

Etiológia:

Nepochybný vyvolávajúci vplyv na neskorší výskyt karcinómu má žiarenie krčnej oblasti. Zvýšený výskyt karcinómu štítnej žľazy je tiež spojovaný s neliečenou autoimunitnou tyreoiditídou. Istú úlohu majú aj faktory genetické . Tiež je zvýšený výskyt karcinómov po výbuchu jadrovej elektrárne v Černobyle.



Klinický obraz:

- Diferencovaný Ca sa najčastejšie prejaví ako solitárny uzol tuhšej konzistencie, niekedy nerovných okrajov, ktorý je náhodne palpovaný pacientom pri obliekaní, holení alebo lekárom pri celkovom vyšetrení.
- Ďalším možným záchyтом je tlak či bolesť pri jeho raste a zmena konzistencie v už existujúcej strume.
- U starších ľudí môže karcinóm rásť pomaly, niekoľko rokov a jeho jediným prejavom je práve zväčšovanie strumy, ktorá potom vyvolá mechanické obtiaže.
- Menej často sa prejaví najskôr jeho metastázy v kostiach a vo zväčšených regionálnych lymfatických uzlinách a až potom sa nájde primárne tumorózne ložisko v štítnej žľaze. Metastazuje do spomínaných regionálnych lymfatických uzlín, pľúc vo forme miliárneho rozsevu a kostí.

Diagnostika:



Predovšetkým USG vyšetrenie, ktorým zistíme prítomnosť uzlu a posúdime echogenitu, ohraničenie uzla, prípadne i vzťah k okoliu a prerastanie. Vyšetrenie je však nešpecifické a neurčí povahu vyšetrovaných uzlov, preto musí byť doplnené aspiračnou biopsiou tenkou ihlou s cytologickým vyšetrením.. Funkcia štítnej žľazy u diferencovaného karcinómu nebýva zmenená.

Terapia:

Spočíva v odstránení celej štítnej žľazy (totálna tyreoidektómia), nasleduje liečba rádiojódom, ktorá využíva schopnosť malígneho tkaniva diferencovaného karcinómu vychytávať jód, čím sa zlikvidujú zvyšky štítnej žľazy i metastázy. Prípája sa aj supresívna liečba vysokými dávkami levotyroxínu s poklesom hladiny TSH, aby prípadne pozostatky nádoru nezačali rásť pod vplyvom TSH.



Kazuistika:

Pacientka 52-ročná

RA. Matka operovaná v 52-rokoch pre cystickú nodoznu strumu, brat matky operovaný pre papilárny Ca v 50-rokoch, sestra matky operovaná pre papil. Ca v 70-roku života, dcéra operovaná v 27-rokoch pre tyreotoxikózu.

OA: APE TE v 35-rokoch, r. 2000 comotio cerberi, hysterektómia a adnexotómia ako 44-ročná, operácia cerv. chrbtice ako 46-ročná, náhrada titanovými implant C 4 -5, C5-6 2008 extirpácia meningeómu v parietálnej oblasti, od r 2001 liečba art. hypertonie a HLP, osteopenia, VAS polytopný, P3x.

Nakoľko pacientka má problémy s chrbticou, bola cerv. chrbtica RTG 1993, potom 2004, kedy bolo realizované aj CT a MR, + po operácii ďalší rtg. Potom rtg r 2009, MR 2010.

Pacientka bola na endokrinológii 1-krát vyšetrená r. 1994 pre strumu dif. Sono –laloky ľahko zväčšené, norm, echogenity. Aspiračná cytológia v norme. Naordinovaný Euthyrox 75 mg na blokáciu rastu. Euthyrox užívala do roku 1999 - potom na kontroly prestala chodiť.

r. 2007 pre deglutinačné ťažkosti pri tuhej strave odoslaná na endokrinologické vyšetrenie

Sono- vpravo hypoechog. Ložisko 6x7x7mm vľavo hypoechog. ložisko 16,5x11x21 mm

Aspiračná cytológia bez zachytenia abnormálnych štruktúr. Nasadený Euthyrox 50 mg, ktorý pacientka užívala rok, potom vysadila liečbu.

29.11.2010 pri sonograf. vyšetrení carotid náhodne zistený tumor štítnej žľazy, odoslaná k endokrinológovi, kde bola na sone zistená progresia, vpravo uzol 7x6x7, vľavo centrálne 22x17x31 mm. Funkcia ŠŽ laboratórne v norme.

Pre progresiu rastu a pozit. RA odoslaná k totálnej strumektómii. Histologicky išlo o multifokálny papilárny carcinom ľavého laloka bez jednoznačných známk extratyreoidálnej propagácie. Pacientka sa následne v januári podrobila liečbe rádioaktívnym jódom. Po liečbe zachytené ešte 3 ložiská na krku. Následná liečba rádioaktívnym jodom je plánovaná na október 2011. Je sledovaná endokrinológom, substitučná liečba 150 mg L-thyroxinu. Príznaky hypothyreózy až na suchú pokožku úplne vymizli.

Záver:

Prognóza ochorenia je priaznivá. 90% pacientov prežíva viac ako 30 rokov.

Touto kazuistikou, som chcela poukázať na 3 faktory:

- význam rtg ožiarov v oblasti krku
- genetickú záťaž
- vplyv výbuchu jadrovej elektrárne v Černobyle v máji 1986.



Ďakujem za pozornosť.