

Nenad Laketić¹, Kata Kovačić, Aleksandar Simić

PROŠIRENA BOLEST DIFERENTOVANOG TIREOIDNOG KARCINOMA ZBOG ODLAGANJA TOTALIZACIJE TIREOIDEKTOMIJE – PRIKAZ SLUČAJA

Apstrakt: Diferentovani tireoidni karcinomi predstavljaju najčešće karcinome u tireoidnoj patologiji. Najčešći DTC je papilarni karcinom koji pokazuje tendenciju širenja i davanja metastaza limfnim putem. Pored širenja osnovnog oboljenja iz primarnog fokusa u lokalne i regionalne limfne žlezde uočava se tendencija intraglandularne limfogene diseminacije bolesti, kao i multicentrični karakter karcinoma.

Iz ovog razloga nakon postavljanja dijagnoze papilarnog karcinoma štitaste žlezde terapija izbora bi trebala biti totalna tireoidektomija (sa eventualnom disekcijom vrata), uz dopunsko lečenje radioaktivnim jodom.

Rad:

Diferentovani tireoidni karcinomi su najčešći od svih karcinoma štitaste žlezde i čine oko 90 %, najlakše se dijagnostikuju i najbolje leče.

Papilarni tireoidni karcinomi se javljaju u 75 % slučajeva, folikularni tireoidni karcinomi u 10 % i Hürthl cell karcinomi u oko 2–4 % slučajeva.

Pacijentkinja G. K. (1990) se javila prvi put kod lekara 2009. godine zbog uočene nodozne strume desnog lobusa. Urađena FNA ukazala je na benignu promenu štitaste žlezde. Pacijentkinja je adekvatno dijagnostički obrađena i septembra 2009. godine učinjena desna lobektomija. Definitivni PH nalaz je ukazao na papilarni karcinom (klasični tip) 40mm. Nakon operacije je uvedena supstitucionna terapija.

Kompletizacija tireoidektomije nije savetovana.

Zbog limfadenopatije desne strane vrata pacijentkinja je operisana februara 2015, kada je učinjena leva hemitireoidektomija (kompletirana totalna tireoidektomija) i funkcionalna disekcija desne strane vrata.

¹ Nenad Laketić, Specijalna bolnica Čigota, Zlatibor, laketic.cigota@gmail.com

Definitivni PH nalaz:

Levi lobus štitaste žlezde u kome se nalazi nekoliko sitnih fokusa papilarnog karcinoma štitaste žlezde prečnika do 1mm, što predstavlja intraglandularnu limfogenu diseminaciju karcinoma. Jedan od fokusa se nalazi i u okolnom vezivno-vaskularnom periglandularnom tkivu.

Limfni nodusi desne strane vrata: od ukupno izolovanih 12 LN u 5 LN se nalaze metastaze karcinoma.

Limfni nodus iz račve karotide sadrži metastaze karcinoma.

Juna 2015. godine u našoj ustanovi primila terapijsku dozu I-131 od 5,55 GBq. Na postterapijskom scintigramu uočeno više konfluentnih zona nakupljanja radioaktivnog joda od submentalnog regiona do jugularne jame.

Pri aplikaciji Th-doze TSH=64.0 mIU/l, Tg>300ng/ml, antiTgAt=20 U/ml.



Slika 1. Ciljani postterapijski snimak glave i vrata (jun 2015)

U okviru pripreme za drugu reoperaciju urađen MDCT (septembar 2015): Medio-sagitalno ispod donjeg pola tireoidne hrskavice i uz prednju konturu traheje diferencira se kružna promena, hipodenzna, veličine 11 x 7mm. U loži desnog režnja štitaste žlezde i pozadi hiperdenozna formacija 22 x 14mm. Kaudalnije uz anteromedijalnu konturu traheje desno hiperdenozna nodusna zona 15 x 12mm.

Druga reoperacija oktobra 2015. godine, kada je učinjena centralna disekcija sa desne strane, ekstirpacija LGL lateralno od desne VCI, ekstirpacija LGL prela-
ringealno.

Definitivni PH nalaz:

LN desne strane vrata: Dva LN sa metastazom papilarnog karcinoma štitaste žlezde.

Prelaringealni LN: Od 2 LN u 1 LN se nalaze metastaze papilarnog karcinoma.

LN centralno: od 12 LN u 11 LN se nalaze metastaze papilarnog karcinoma.

Druga doza I-131 od 5,55 GBq aplikovana je krajem januara 2016.

Pri aplikaciji Th-doze TSH>75.0 mIU/l, Tg=76.8 ng/ml, antiTgAt=20 U/ml.

Na postterapijskom scintigramu uočavaju se dva fokusa nakupljanja radioaktivnog joda, jedan u jugularnoj jami, a druga iza manubrijuma grudne kosti.



Slika 2. Ciljani postterapijski snimak glave i vrata (februar2016)

Nakon prijema doze u terapiju ponovo uvedena supresivno-supstituciona terapija preparatima levotiroksina.

Diskusija: Papilarni karcinom štitaste žlezde predstavlja najčešći karcinom štitaste žlezde sa odličnim prognostičkim pokazateljima. Naime, petogodišnje preživljavanje je između 97 % i 99 % pacijenata. Iz ovog razloga u literaturi se sve češće sreću dileme koliko je postoperativna terapija radioaktivnim jodom zaista neophodna.

S druge strane, karakteristike papilarnog karcinoma koje govore u prilog radikalnog lečenja (totalna tireoidektomija i dopunska terapija radioaktivnim jodom) su čest multicentrični karakter neoplazme, tendencija intratireoidnog limfogenog širenja, kao i tendencija širenja u lokalne i regionalne limfne žlezde. Od manjeg značaja (ali ne i zanemarljivog) je i mogućnost dediferencijacije papilarnog karcinoma u naročito agresivan anaplastični karcinom.

Rizične grupe prema protokolu za lečenje radioaktivnim jodom su osobe mlađe od 15 i starije od 45 godina. Iskustva naše ustanove govore da je populacija koja je pod najvećim rizikom da ima proširenu ili upornu bolest upravo ona između 15 i 30 godina starosti.

U ovom radu prikazali smo slučaj mlade ženske osobe kojoj je urađena hemitireoidektomija i postavljena je dijagnoza papilarnog karcinoma. Šest godina nakon prve operacije urađena je nova operacija kada je odstranjen preostali režanj i patološke limfne žlezde kontralateralne strane vrata. Fokusi papilarnog karcinoma u režnju su promera do 1mm, dok su patološke limfne žlezde bile promera oko 20mm. Ne može se očekivati da su fokusi karcinoma od 1mm dali metastaze kontralateralno, koje su navedenih dimenzija.

Pretpostavka je da patološke lgl, koje su na istoj strani kao primarni karcinom (operisan 2009), predstavljaju kasnu manifestaciju proširene bolesti iz ovog primarnog fokusa. Fokusi mikrokarcinoma u suprotnom režnju predstavljaju intraglandularno limfogeno širenje karcinoma, kako se patolog izjasnio. Kako se patohistološki ne može razlikovati intratireoidno proširena bolest od de novo multifokalne neoplazme bez posebnih bojenja, u obzir dolazi i multifokalnost karcinoma u levom lobusu.

Zaključak je da je 2009. godine kompletirana tireoidektomija i da je primenjena terapija radioaktivnim jodom desilo bi se nekoliko pozitivnih situacija:

1. sprečilo bi se intratireoidno limfogeno širenje karcinoma / pojava novih fokusa u okviru multicentričnog karcinoma;
2. izvršila bi se ablacija tkivnih ostataka tireoidne lože i sprečila pojava novih fokusa karcinoma dalje tokom života;
3. izvršilo bi se terapijsko delovanje na (pretpostavka) mikrometastaze u limfnim čvorovima iste strane.

Zaključak: Nakon postavljanja dijagnoze papilarnog karcinoma štitaste žlezde terapija izbora bi trebalo biti totalna tireoidektomija (sa eventualnom disekcijom vrata), uz dopunsko lečenje radioaktivnim jodom. Jedino na ovaj način možemo smanjiti verovatnoću da se bolest proširi i/ili postane inoperabilna.

Takođe, praćenje pacijenata u smislu nivoa markera u krvi (Tg i antiTgAt) je značajno lakše.

Literatura:

1. Robert E. Henkin, Nuclear Medicine, Mosby, 2006.
2. Emilio Bombardieri et al, Advances in Nuclear Oncology, Informa Healthcare 2007.
3. The Patophysiologic Baics of Nuclear medicine (Second Edition), Abdelhamid Elgazzar, Springer, 2006.
4. Georg F. W. Scheumann et al., Prognostic significance and surgical management of locoregional lymph node metastases in papillary thyroid cancer, World Journal of Surgery, 1993.