



Katedra Onkologii
Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego
ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ
Kliniki Onkologii w Poznaniu

Leczenie nowotworów tarczycy

Dr hab. n. med. Sylwia Grodecka-Gazdecka

2007



Klasyfikacja guzów tarczycy wg WHO

Guzy nabłonkowe

1. Łagodne

Gruczołak pęcherzykowy

Inne gruczołaki

2. Złośliwe

2.1. Rak pęcherzykowy

2.2. Rak brodawkowaty

2.3. Rak rdzeniasty

2.4. Rak niezróżnicowany

2.5. Inne raki

Chłoniaki

Mięsaki

Rak tarczycy

Epidemiologia

1600 zachorowań rocznie

Współczynnik zachorowalności

kobiety 4,9 / 100 000

mężczyźni 1,26 / 100 000

Rak tarczycy

Etiologia

- **ilość jodu w diecie**
niedobór – rak pęcherzykowy
nadmiar – rak brodawkowy
- **wiek i płeć**
- **narażenie na promieniowanie**
- **uwarunkowania genetyczne**

Rak tarczycy

Klasyfikacja TNM według UICC

Guz pierwotny – T

- T1** do 1 cm (nie przekracza torebki)
- T2** 1 – 4 cm (nie przekracza torebki)
- T3** > 4 cm (nie przekracza torebki)
- T4** każdy wymiar z przekroczeniem torebki
 - a – guz pojedynczy
 - b – guz mnogi

Węzły chłonne – N

- N0** nie stwierdza się przerzutów
- N1** są przerzuty
 - a. w węzłach chłonnych po stronie guza
 - b. w węzłach chłonnych obustronnie
 - lub po stronie przeciwnej
 - lub w węzłach śródpiersiowych

Rak brodawkowy – carcinoma papillare

70-80% wszystkich raków

Szczyt zachorowań przed 40 r. ż

Częściej kobiety

Wieloogniskowy

Przerzuty do węzłów chłonnych

**Częściej w rodzinach z wywiadem neo piersi,
jajników, nerki, OUN**

**Zespół Gardnera – rodzina polipowatość jelita,
rodzinne wole – choroba Cowdena, hamartomata**

Rak pęcherzykowy – carcinoma folliculare

5 – 15 % wszystkich raków

Częściej w obszarze niedoborów jodu

Atypia komórkowa, naciekanie naczyń i torebki

Przerzuty drogą krwionośną, głównie do płuc

Guz Hurlta – częściej wieloogniskowy

Hormonozależny od TSH – podanie tyroksyny w dawkach ponad fizjologicznych hamuje stymulację guza

Rak rdzeniasty – MTC carcinoma medullare (Horn)

5 % wszystkich raków

Odmiana sporadyczna – 75%

**Postać rodzinna lub element zespołów
MEN 2A i MEN 2B**

Wydzielanie:

**kalcytonina (>10 nanog/ml złe rokowanie)
ACTH, prostaglandyny, serotonina,
somatostatyna**

(Amino Precursor Uptake Decarboxylase)

Badanie mutacji protoonkogenu RET

Rak tarczycy

Stopnie kliniczne w raku zróżnicowanym

wiek < 45 r. ż

wiek > 45 r. ż.

I każde T i N, M0

T 1

N0

M0

II każde T i N, M1

T 2-3

N0

M0

III

T 4

N0

M0

każde T

N1

M0

IV

każde T i N

M1

Rak anaplastyczny (niezróżnicowany)

5% raków tarczycy

Duża dynamika

Duża aktywność mitotyczna

**Postać drobnokomórkowa, wrzecionowato-
komórkowe, olbrzymiokomórkowe**

Carcinoma pseudoosteoclasticum

Złe wyniki leczenia

ROZPOZNAWANIE RAKA TARCZYCY

4. Wywiad i badanie kliniczne

- guz szyi związany z gruczołem tarczowym
- pojedynczy guz tarczycy w wieku rozwojowym
- powiększenie węzłów chłonnych szyi
- nagłe powiększenie wola
- nagła duszność, chrypka, dysfagia

11. Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa

- nowotwór złośliwy
- guz pęcherzykowy
- zmiana łagodna
- materiał niediagnostyczny

3. Badanie usg - tarczycza i węzły chłonne

ROZPOZNAWANIE RAKA TARCZYCY c.d.

4. Stężenie hormonów tarczycy

5. RTG klatki piersiowej (dwie projekcje)

9. Badanie laryngologiczne z oceną ruchomości strun głosowych

7. Stężenie wapnia w surowicy

14. Inne wg wskazań (scyntygrafia szyi, KT szyi i górnego śródpiersia, kalcytonina i CEA, badanie genetyczne)

Wskazania do leczenia operacyjnego w chorobach tarczycy

- **Nowotwór złośliwy - podejrzenie lub rozpoznanie**
- **Guzek tarczycy < 20 r. ż. lub guzek lity z nietypowym obrazem histologicznym >60 r.ż.**
- **Powiększenie tarczycy z objawami sugerującymi nowotwór złośliwy**
- **Przerzuty raka do węzłów chłonnych**
- **Odległe przerzuty raka tarczycy**
- **Nadczynny guzek w młodym wieku**
- **Strach chorego z guzkiem tarczycy przed rakiem**

Zakres leczenia operacyjnego w raku tarczycy

Thyreoidectomia totalis

Wyjątek: rak brodawkowy w T1a N0 M0

**Całkowite = < 1 ml mięszu po każdej stronie, a jodochwytność < 20%,
brak podejrzenia nieradykalności w opisie hist. – pat.**

Wtórne wycięcie tarczycy – po wyniku hist.pat. 5-7 dni albo po 2-3 mies.

Zakres leczenia operacyjnego w raku tarczycy

Zawsze:

węzły przednie szyi (przedkrtaniowe, przed i przytchawicze, oraz tarczowe)

Węzły boczne szyi, jeżeli badalne i w usg oraz podejrzane o przerzuty

Rak rdzeniasty – zawsze węzły po stronie guza > 1 cm

Zakres leczenia operacyjnego w raku tarczycy - rak rdzeniasty

- **zawsze węzły po stronie guza > 1 cm**
- **w zaawansowanym - obustronne**
- **elektywne obustronne - w postaci rodzinnej**
- **u nosicieli mutacji RET – wskazania do elektywnej lymphadenektomii zależą od postaci raka rdzeniastego, wieku chorego i stężenia kalcytoniny**

POWIKŁANIA

- **Porażenie nerwu krtaniowego wstecznego z porażeniem strun głosowych – wymaga tracheostomii i rehabilitacji foniatrycznej**
- **Niedoczynność przytarczyc – wszczepia się plasterki przytarczyc do mięśnia m.o.s**
Niski poziom Ca^{++} - węglan wapnia + wit. D3
- **Rozmiękanie chrząstki tarczowatej lub pierścieni tarczycy – intubacja, czasem tracheostomia**
- **Uszkodzenie gałęzi zewnętrznej nerwu krtaniowego górnego**

LECZENIE UZUPEŁNIAJACE NOWOTWORÓW TARCZYCY

- **Terapia izotopem jodu 131 J**
- **Supresyjne dawki tyroksyny**
- **Teleradioterapia (rak anaplastyczny, niedoszczętny zabieg, chłoniaki)**
- **Chemioterapia**

PRZEŻYCIA CHORYCH NA RAKA TARCZYCY

	<i>5 lat</i>	<i>10 lat</i>	<i>20 lat</i>
<i>Carcinoma</i>			
<i>papillare</i>	<i>73%</i>	<i>60%</i>	<i>45%</i>
<i>folliculare</i>	<i>71%</i>	<i>48%</i>	<i>24%</i>
<i>anaplasticum</i>	<i>17%</i>	<i>10%</i>	<i>7%</i>

KONTROLA PO LECZENIU NOWOTWORÓW TARCZYCY

- **badanie kliniczne**
- **usg szyi**
- **stężenie tyreoglobuliny w surowicy**
- **ocena leczenia tyroksyną**
- **rtg klatki piersiowej**
- **scyntygrafia ciała po zastosowaniu ^{131}I**