

Nediferencirani – anaplastični karcinomi štitnjače

Pišu: mr.sc. Ivo Trogrlić i Dragan Trogrlić
Firma „ Dren „ DOO Žepče
tel/fax: 00387-(0)32-881-774, Mob: 00387-61-461-517

Papilarni i folikularni karcinom koju su opisani u prethodnim nastavcima pripadaju grupi diferenciranim (zrelim) karcinomima štitnjače. Njihova diferenciranost (zrelost) direktno utiče na brzinu njihovog rasta i agresivnost. Zadržavajući većinu osobina koje imaju i normalne ćelije štitnjače ovi karcinomi se odlikuju sporim rastom i dobrom prognozom. Dodatna osobina koja karakteriše ove karcinome je i ta da u većini slučajeva zadržavaju sposobnost nakupljanja joda što otvara mogućnost liječenja ovih tumora i radioaktivnim jodom. Sve ovo utiče na prognozu bolesti i procent izlječenja od ovih tumora značajno je veći nego kod velike većine zloćudnih tumora drugih organa. U ovom nastavku govorit ćemo o nediferenciranim karcinomima štitnjače, koji su, na svu sreću, dosta rijetka oboljenja obzirom da od njih umire preko 90% oboljelih.

Anaplastični karcinomi štitnjače

Anaplastični (nediferencirani) karcinomi štitnjače su jedni od najzloćudnijih tumora koji napadaju čovjeka. Najčešće obolijevaju starije osobe a učestalost im se povećava u starijoj dobi. Češći je u muškaraca. Za razliku od, prethodno opisanih, papilarnog i folikularnog karcinoma koji se rijetko razvijaju iz dobroćudnog čvora, oko polovine anaplastičnih karcinoma razvija se iz hladnih čvorova štitnjače, dok se druga polovina razvija iz diferenciranih karcinom štitnjače, posebno iz prethodno dijagnostičiranog folikularnog karcinoma. Ova pretvorba iz jednog u drugi oblik raka štitnjače nije jasna i ne zna se kod kojih pacijenata postoji rizik za ovakvu progresiju bolest i zbog toga se dio liječnika kod dijagnoze folikularnog karcinoma odlučuje za totalno uklanjanje štitnjače, bez obzira na njegov stadij, jer svaka ćelija folikularnog karcinoma koje ostane nakon operacije može biti podloga za razvoj izrazito zloćudnog anaplastičnog raka. Ima dokaza da se anaplastični karcinom razvija iz zaostalih ćelija folikularnog karcinoma koji su nakon operacije bili liječeni radioaktivnim jodom. Pretpostavka je da radioaktivni jod može izazvati dodatno oštećenje na genetskom materijalu ćelije folikularnog karcinoma, što može biti okidač za razvoj anaplastičnog karcinoma.

Slika 1 Anaplastični karcinom štitnjače



Anaplastični karcinom raste brzo i često oštećuje lokalne strukture čime ugrožava disanje, gutanje i krvotok što uzrokuje krvarenja zdravog tkiva u neposrednoj blizini tumora. Kod dijela pacijenata, uslijed razaranja štitnjače od strane tumora, dolazi do velikog povećanja hormona štitnjače i pojave hipertireoze, jer je štitnjača žlijezda koja ima sposobnost deponovanja svojih hormona i njenim oštećenjem dolazi do oslobađanja

hormona u krv i pojave hipertireoze. Stupanj hipertireoze zavisi od toga u kojoj je mjeri tumor ošteti štitnjaču. Bolest se razvija podmasko bez izraženih simptoma. Prvi znak je

krvarenje i naglo povećanje štitnjače (**slika 1**), ali ti simptomi se javljaju kasno kad se bolest već proširila izvan tkiva štitnjače. Kod većine onih kod kojih se tumor otkrije u stadiju kad je operacija moguća bolest se otkriva slučajno najčešće rutinskim pregledom štitnjače. Tumor metastazira u okolne i udaljene limfne čvorove i pluća. Kod oko 20% oboljelih nalaze se metastaze kostiju što uzrokuje bolove i spontane lomove. Čak polovina oboljelih umire zbog lokalne invazije, dok su kod druge polovine uzrok smrti razvoj udaljenih metastaze.

Liječenje anaplastičnih karcinoma

Prognoza anaplastičnog karcinoma je loša i oko 90% pacijenata umire unutar 12 mjeseci od postavljene dijagnoze. Kirurško liječenje najčešće nije moguće jer se tumor, u trenutku dijagnoze, kod većine pacijenata proširio izvan štitnjače. Operacija je moguća tek kod 5-10% oboljelih čime se otvara mogućnost dužeg preživljavanja. Kod operisanih pacijenata se nakon kirurškog zahvata primjenjuje zračenje. Kod manjeg broja pacijenata sa proširenom bolešću radi se palijativni kirurški zahvat čime se smanjuje tumorska masa što djelomično produžava preživljavanje. Kod pacijenata kod kojih operacija nije moguća kao prva mogućnost liječenja koristi se radioterapija što je obično i jedini način liječenja. Radioterapijom nije moguće postići izlječenje, ali se i ovdje djelomično produžava život oboljelog. Iako anaplastični karcinom rijetko zadržava sposobnost nakupljanja joda kod svakog oboljelog potrebno je ispitati osjetljivost ćelija tumora prema radioaktivnom jodu i u slučaju pozitivnog nalaza, kao dodatni način liječenja, koristi se terapija radioaktivnim jodom, čime se dodatno može produžiti život oboljelog. Anaplastični karcinom izuzetno je otporan na sve do sad poznate citostatike, tako da ovaj način liječenja ima vrlo skromne mogućnosti u suzbijanju bolesti, što je razlog da se kemoterapija rijetko koristi u liječenju ovog tumora.

Od ostalih tumorskih bolesti štitnjače važno je spomenuti zloćudne limfome koji su istina dosta rijetki, ali bilježe stalni porast u procentualnoj zastupljenosti zloćudnih tumora štitnjače. Limfomi su zloćudni tumori krvnih ćelija tačnije limfocita i za razliku od leukemija nastaju iz zrelijih ćelijskih oblika tako da se većina njih sporije razvija i ima bolju prognozu od leukemija. Ono što je važno napomenuti je da postoji veza između hašimotovog tireoiditisa i razvoja limfoma štitnjače. Uporedo sa porastom broja oboljelih od hašimota, nakon početka obaveznog jodiranja soli, rastao je i broj oboljelih od limfoma, što ukazuje na mogućnost da je limfomi razvijaju iz prethodnog tireoiditisa. Javljaju se u starijoj životnoj dobi, a žene obolijevaju tri puta češće od muškaraca. Često je prvi znak oboljenja brz rast štitnjače uslijed povećanja tumorske mase. Kod pacijenata kod kojih rast štitnjače nije izražen dijagnoza često nije jednostavna i potrebno je uraditi čitav niz pretraga da bi se postavila dijagnoza. To je i razlog zašto se limfomi štitnjače kod oko 30% oboljelih otkrivaju u poodmaklom stadiju, kad se bolest proširila izvan limfnih čvorova na druge organe i koštano srž. Kod pacijenata sa ograničenom bolesti prvi izbor liječenja je operacija, nakon koje slijedi radioterapija i, kod manjeg broja njih, kemoterapija. Kako su limfomi izrazito osjetljivi na zračenje dobri rezultati u liječenju proširene bolesti koja je još uvijek ograničena na limfne čvorove postiže se primjenom radioterapije. Nepovoljnu prognozu imaju pacijenti stariji od 50 godina i kod njih uvijek nakon prvog izbora liječenja (operacija ili zračenje) treba primijeniti i kemoterapiju. Obično se koristi kemoterapijski protokol koji uključuje kombinaciju više citostatika. Kemoterapija se obavezno koristi i kod svih pacijenata kod kojih je nakon liječenja došlo do povratka bolesti.