

Folikularni karcinom 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

Od folikularnog karcinoma najčešće oboljevaju ljudi u petoj deceniji života. Tamo gdje je nedovoljan unos joda to je najčešći zloćudni karcinom štitnjače. Zloćudniji je od papilarnog karcinoma što otežava liječenje i samim tim procent oboljelih sa smrtnim ishodom je veći nego što je to slučaj sa papilarnim karcinomom. Ipak procent izlječenja od ovog oblika raka daleko je veći nego što je to slučaj sa većinom zloćudnih tumora drugih tkiva i organa. Od ukupnog broja umrlih od folikularnog karcinoma dvije trećine umiru zbog udaljenih metastaza, dok kod trećine njih smrt nastupa uslijed rasta tumora koji na svom putu uništava okolne strukture koje se nalaze u blizini štitnjače. Najčešći uzrok smrti kod invazije lokalnog tkiva je opstrukcija dišnih putova.

Dijagnosticiranje folikularnog karcinoma

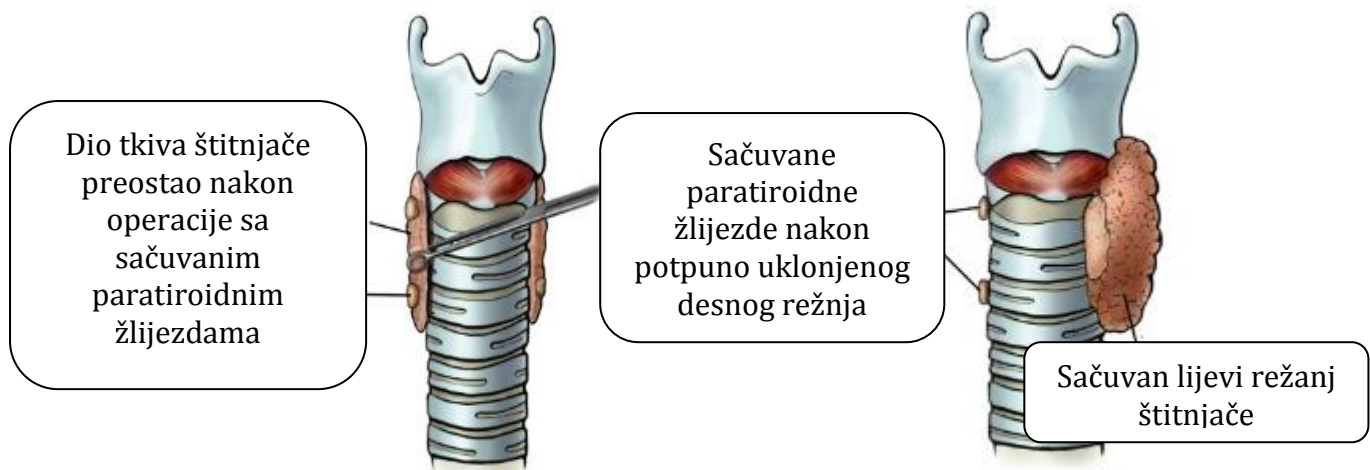
Folikularni karcinom se najčešće otkriva kao pojedinačan hladni čvor u štitnjači ili se javlja u obliku većeg tvrdog čvora u višečvorastoj štitnjači. Uz čvor na prisutnost karcinom mogu ukazati i povećani regionalni limfni čvorovi što govori da se bolest proširila. Za razliku od većine zloćudnih tumora, kod folikularnog karcinoma zahvaćenost regionalnih limfnih čvorova tumorskim procesom ne utiče na prognozu i šanse za izlječenje su dobre sve dok se ne dijagnosticiraju udaljene metastaze. Ovaj tumor najčešće metastazira u kosti i pluća i zbog toga se kod pacijenata često radi scintigrafija da bi se utvrdilo da li je tumor metastazirao. Scintigrafski pregled se radi nakon operativnog zahvata i pozitivan nalaz smanjuje preživljavanje i zahtijeva dodatno liječenje nakon operacije. Kod većine pacijenata folikularni karcinom se otkriva u početnom stadiju kad je još unutar čahure, međutim kod dijela oboljelih tumor ima zloćudniji tok i još u ranoj fazi probija čahuru i urasta u tkivo štitnjače i okolne strukture. Najvažniji pregledi kojima je moguće otkriti tumor su ultrazvuk i punkcija, odnosno uzimanje uzorka tkiva, sumnjivog čvora. Ultrazvučnim pregledom se otkrivaju sumnjivi čvorovi. Svi čvorovi koji imaju nepravilan rub i oblik, kao i oni koji imaju nejasne i nepravilne granice prema normalnom tkivu štitnjače moraju biti predmet daljnjih pretraga. U slučaju da je tumor probio čahuru čvora i ušao u okolno tkivo rade se i dodatne pretrage kojima se utvrđuje stupanj invazije tumora. To je važno zbog planiranja opsega operativnog zahvata. Kod nejasnih nalaza koji ne mogu sa sigurnošću potvrditi prisutnost tumora odluka o liječenju je u rukama liječnika.

Budući da među folikularnim karcinomima postoji razlika u zloćudnosti i da kod dijela pacijenata ovaj tumor iz početnog sporog rasta iznenada prelazi u invazivni, većina liječnika se kod svakog nejasnog nalaza odlučuje za operaciju. Prilikom takvih operacija liječnik je dužan pacijentu objasniti da se za operaciju odlučio da bi rizik sveo na minimum, a da kod oboljelog nije dijagnosticiran karcinom što će bitno umanjiti stres kod većeg dijela pacijenata. Folikularni karcinom i njegove metastaze često zadržavaju osobinu tkiva iz kojeg su nastali, tako da i oni poput štitnjače imaju sposobnost nakupljanja joda. Pošto se niti ultrazvukom niti pregledom uzorka tkiva ne može ustanoviti da li tumorsko tkivo ima sposobnost nakupljanja joda, potrebno je dodatnim pretragama ispitati da li i u kojoj mjeri tumorsko tkivo nakuplja jod. Ovaj podatak je

važan jer korist od liječenja radioaktivnim jodom imat će samo oni oboljeli kod kojih tumor nakuplja jod. Svi ovi podaci moraju se uzeti prije početka bilo kakvog liječenja, jer su oni osnova za planiranje optimalne terapije tumora.

Liječenje folikularnog karcinoma

Jedini način liječenja kojim se može postići izlječenje je operacija. Osim gore spomenutih pokazatelja terapija folikularnog karcinoma planira se na osnovu kliničkog stadija tumora, odnosno njegovog stepena proširenosti. Dok se kod proširenog karcinoma svi liječnici bez razlike odlučuju za totalno uklanjanje štitnjače, najviše polemike ima kod dobro ograničenog karcinoma koji ima najbolju prognozu. Dok dio liječnika kod karcinoma koji je ograničen unutar čahure čvora i kod kojeg nema nikakvih vidljivih znakova invazije zdravog tkiva štitnjače, radi parcijalnu tireoidektomiju, odnosno operativno uklanja samo oboljeli režanj štitnjače, drugi zagovaraju totalnu ili skoro totalnu tireoidektomiju čime se znatno povećavaju šanse za uspjeh liječenja, ali sa druge strane pacijent je osuđen da do kraja života uzima hormone štitnjače. Kod skoro totalnog uklanjanja štitnjače liječnici sa obe strane ostavljaju mali dio štitnjače na kojima se nalaze paraštitne žlijezde. Inače svaki čovjek na oba režnja štitnjače ima po jedan par ovih žlijezda, a njihova uloga je izlučivanje parathormona koji reguliše kalcijum u krvi što omogućuje normalno funkcionisanje nervnog i mišićnog sistema. Zbog toga se ove žlijezde uvijek ostavljaju kod potpunog ili parcijalnog uklanjanja štitnjače (**sluke 1 i 2**).



Slika 1 Obostrana subtotalna tireoidektomija **Slika 2** Parcijalna tireoidektomija

Osim što povećava šanse za ponovi razvoj tumora djelomično uklanjanje štitnjače ometa i korištenje visokih doza radioaktivnog joda koji se često koristi nakon operacije. Ovim dodatnim liječenjem treba da se ubiju ćelije tumora koje su ostale nakon operacije, a koje su ušle u okolno tkivo izvan štitnjače. Sve je to razlog zašto se velika većina kirurga u BiH, ali i okruženju odlučuje za potpuno uklanjanje štitnjače bez obzira na to koliko se tumor proširio u trenutku dijagnoze. Poznati svjetski centri praktiraju u stadiju jedan, u kojem je tumor ograničen samo na jedan režanj, parcijalnu operaciju sa poštedom drugog režnja, jer se kod 4/5 bolesnika bolest otkriva upravo u ovom stadiju. Nakon poštene operacije ne koristi se liječenje radioaktivnim jodom, a ovako liječeni bolesnici se redovito prate kroz više godina uz održavanje TSH na donjoj granici pomoću hormonske terapije. Bez obzira na različite pristupe u liječenju svi liječnici se slažu da

se totalno uklanjanje štitnjače radi kod svih pacijenta kod kojih je tumor veći od 15 milimetara, koji su stariji od 45 godina, kad su prisutni čvorovi u suprotnom režnju i kad postoje udaljene metastaze.