

*Kurs Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego*

# Tyreologia

## opis przypadku 4



***partner kursu:***

**MERCK**

*(firma nie ma wpływu na zawartość merytoryczną)*

# Opis przypadku

61-letni mężczyzna zgłosił się do Poradni Endokrynologicznej. Został skierowany z Poradni Lekarza Rodzinnego.

Pacjent zgłosił się z powodu utrzymującej się od około miesiąca chrypki. W obrębie szyi lekarz wyczuł twardą nieprzesuwalną, zmianę.

Pacjent był skonsultowany laryngologicznie. Uwidoczniono zaburzenia ruchomości lewego fałdu głosowego.

# Opis przypadku

W wywiadzie ponadto pacjent leczony przewlekłe z powodu cukrzycy t. 2, nadciśnienia tętniczego. W wywiadzie radioterapia z powodu raka prostaty – obecnie pod kontrolą onkologiczną.

Pobiera Prestatrium 10 mg 1x1 tabl, Amlozek 5 mg, Siofor 850 mg 3x1 tabl.

W wywiadzie rodzinnym rak tarczycy u matki.

# Opis przypadku

W badaniu przedmiotowym HR ok. 85/min, osłuchowo nad sercem tony serca czyste, prawidłowo akcentowane. Temp. Ciała 36,7 st. C.

W badaniu palpacyjnym szyi wyczuwalna zmiana guzkowa po stronie prawej o średnicy około 3 cm, w rzucie lewego płata tarczycy. Zmiana jest twarda, nieprzesuwalna.

Wzrost: 178 cm, Waga: 97 kg, BMI: 30.61

RR 135/90 mmHg

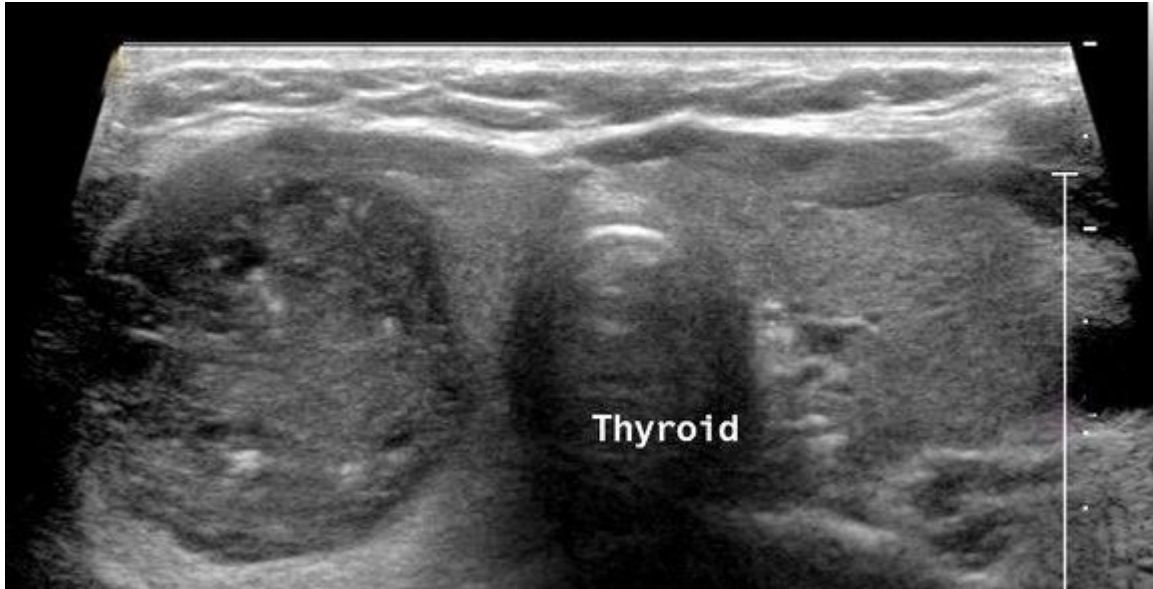


- Jakie badania wykonasz?
  - A. USG tarczycy z BACC zmiany
  - B. Ocena czynności tarczycy poprzez badanie poziomu TSH, fT4 oraz pomiar kalcytoniny.
  - C. W przypadku podejrzenia guzka autonomicznego scyntygrafia tarczycy
  - D. Wszystkie

# Komentarz

- **Prawidłowa odpowiedź: D**
- W trakcie diagnostyki zmiany ogniskowej w obrębie tarczycy należy ocenić zmianę w badaniu obrazowym – USG oraz wykonać biopsję zmiany wyczuwalnej palpacyjnie. U pacjenta występuje wiele cech wzmożonego ryzyka złośliwości zmiany.
- U każdego pacjenta z wolem guzkowym należy wykonać ocenę czynności hormonalnej zmiany, a przy podejrzeniu raka rdzeniastego należy oznaczyć poziom kalcytoniny.
- W razie podejrzenia autonomizacji zmian w obrębie tarczycy warto wykonać scyntygrafię tarczycy.

# USG tarczycy



W badaniu USG tarczycy uwidoczniono w obrębie prawego płata ognisko o niejednorodnej echogeniczności 24x25x30 mm z mikrozwapnieniami.

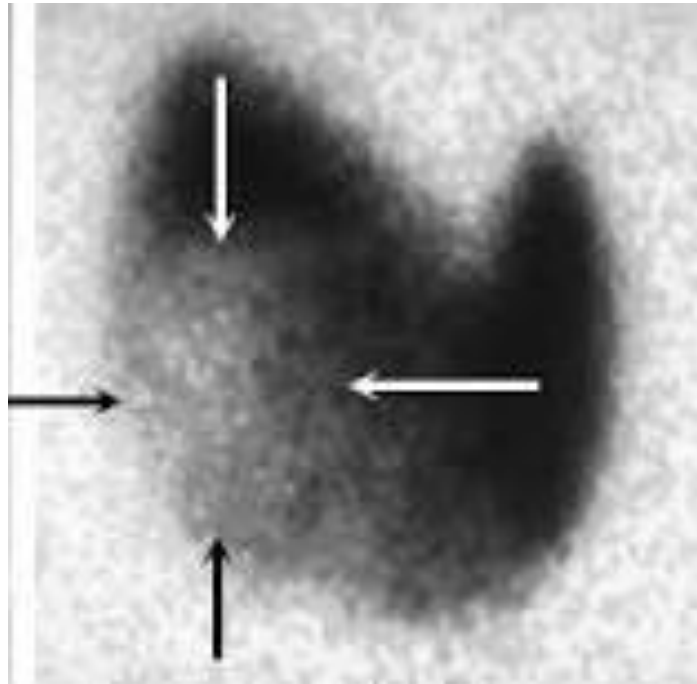
# Badania czynnościowe

- TSH: 2,20  $\mu\text{U}/\text{ml}$  [0,27 — 4,20]
- fT4: 18,15  $\text{pmol}/\text{l}$  [11,5 — 21,0]
- Kalcytonina: 32  $\text{pg}/\text{ml}$  [30 — 80]





# Scyntygrafia tarczycy



W badaniu scyntygraficznym uwidoczniono zmianę o charakterze guzka zimnego.

- Diagnostyka różnicowa:
  - Zmiana łagodna – wole guzkowe obojętne
    - Guzek rozrostowy, guzek koloidowy, gruczolak pęcherzykowy itd.
  - Zmiany złośliwe
    - Rak brodawkowaty tarczycy
    - Rak pęcherzykowy tarczycy
    - Zmiana przerzutowa
    - Chłoniak tarczycy

# Cechy wzmożonego ryzyka złośliwości zmiany ogniskowej tarczycy, oceniane przed wykonaniem BACC

## KLINICZNE:

- Przerzuty do węzłów chłonnych lub przerzuty odległe.
- Ekspozycja szyi na promieniowanie jonizujące w wywiadzie.
- Wyraźny wzrost guzka, guzek twardy, zrośnięty z otoczeniem.
- Wzrost guzka uważa się za znaczący, jeżeli przyrasta on o 20% w każdym wymiarze w ciągu roku. Nie dotyczy to guzków < 1 cm. UWAGA! Szybki wzrost guzka (w czasie kilku tygodni) stanowi poważne podejrzenie raka anaplastycznego tarczycy i wymaga pilnej konsultacji onkologicznej.
- Wielkość guzka > 4 cm.
- Pojawienie się guzka tarczycy przed 20. rokiem życia po 60. roku życia.
- Porażenie nerwów krtaniowych szczególnie jednostronne.

# Cechy wzmożonego ryzyka złośliwości zmiany ogniskowej tarczycy, oceniane przed wykonaniem BACC

## **ULTRASONOGRAFICZNE:**

- Cechy przerzutowania do węzłów chłonnych szyjnych.
- Cechy naciekania okolicznych narządów szyi.
- Obecność mikrozwapnień w zmianie ogniskowej tarczycy.
- Charakter lity i hipoechogeniczność zmiany ogniskowej.
- Kształt zmiany ogniskowej („wysokość > szerokość”).
- Nieregularne granice zmiany.
- Cechy wzmożonego, chaotycznego przepływu naczyniowego wewnątrz zmiany.

**DLACZEGO BACC?**

# Algorytm postępowania w przypadku zmiany pojedynczej

- Jeżeli guzek wyczuwalny palpacyjnie i/lub powyżej 1 cm w USG tarczycy:
  - BACC pod kontrolą USG
    - Zmiana łagodna – dalsza obserwacja
    - Zmiana złośliwa, podejrzana lub 2x BACC niediagnostyczna – strumektomia
- Zmiana poniżej 1 cm w USG tarczycy:
  - Czynniki ryzyka – BACC pod kontrolą USG i jw.
  - Nie ma czynników ryzyka – dalsza obserwacja (kontrola po 6 miesiącach).

# Kategorie rozpoznań w badaniu cytologicznym tarczycy

Kategoria rozpoznania	Ryzyko raka tarczycy	Najczęstsze rozpoznania histopatologiczne	Wskazania do kolejnej BAC	Najczęściej zalecane postępowanie
zmiana łagodna	<1%	wole guzkowe, w tym guzki hiperplastyczne i guzki koloidowe; zapalenia tarczycy	nie (tylko, jeśli znaczący klinicznie wzrost guzka lub pojawienie się nowych cech ryzyka w USG)	zachowawcze
zmiana pęcherzykowa bliżej nieokreślona	5%	kategoria używana tylko wtedy, gdy nie jest możliwe uściślenie rozpoznania cytologicznego	tak (za 3–12 mies., w zależności od ryzyka)	to rozpoznanie per se nie stanowi wskazania do leczenia operacyjnego
podejrzenie nowotworu pęcherzykowego <sup>a</sup>	5–20% <sup>a</sup>	może odpowiadać zarówno zmianie nienowotworowej, jak nowotworowi niezłośliwemu, których cytologicznie nie da się odróżnić od nowotworu złośliwego	nie, ale jeśli planuje się leczenie operacyjne, konieczne jest potwierdzenie rozpoznania przez drugiego cytologa	w guzkach <1–2 cm dopuszczalna jest strategia zachowawcza; w guzkach >3–4 cm na ogół konieczne jest leczenie operacyjne, jeśli nie wykazują czynności autonomicznej w scyntygrafii

# Kategorie rozpoznań w badaniu cytologicznym tarczycy

Kategoria rozpoznania	Ryzyko raka tarczycy	Najczęstsze rozpoznania histopatologiczne	Wskazania do kolejnej BAC	Najczęściej zalecane postępowanie
podejrzenie złośliwości	>30–50%	podejrzenie raka tarczycy	nie, ale konieczne jest potwierdzenie rozpoznania przez drugiego cytologa	leczenie operacyjne
nowotwór złośliwy	95%	rak brodawkowaty; rak rdzeniasty tarczycy; rak anaplastyczny tarczycy; inny nowotwór złośliwy	nie, ale konieczne jest potwierdzenie rozpoznania przez drugiego cytologa	leczenie operacyjne
biopsja niediagnostyczna	5–10%	może odpowiadać każdemu rozpoznaniu	konieczna kolejna BAC, zazwyczaj za 3–12 mies., w zależności od ryzyka; w razie podejrzenia klinicznego raka nieróznicowanego diagnostykę należy kontynuować niezwłocznie	Wskazania do leczenia operacyjnego zależą od klinicznego ryzyka złośliwości. Biopsja niediagnostyczna jest częsta w torbielach i zapaleniach tarczycy.



# BACC

U pacjenta wykonano BACC zmiany:

Podejrzanie złośliwości.

Kategoria V wg. Bethesda

# Co dalej?

- A. Należy zalecić pilną tyroidektomię z powodu wysokiego podejrzenia złośliwości.
- B. BACC niediagnostyczna – należy powtórzyć badanie za 3 miesiące.
- C. Wystarczy monitorować zmianę w USG co 3-6 miesięcy.
- D. Należy powtórzyć badanie.

# Dalsze postępowanie

## Prawidłowa odpowiedź: A

- Jeżeli BACC daje wynik w klasie V według klasyfikacji Bethesda, to niezależnie, czy współistnieją cechy ultrasonograficzne ryzyka, należy rozważyć właściwe postępowanie operacyjne.
- Rozpoznanie obejmuje podejrzenie:
  - raka brodawkowatego
  - raka rdzeniastego
  - chłoniaka
  - przerzutu do tarczycy
  - raka anaplastycznego/mięsaka naczyniowego

# Tyreoidektomia

- U pacjenta wykonano całkowite wycięcie tarczycy z wycięciem węzłów chłonnych przedziału centralnego szyi.
- W badaniu hist-pat: Rak brodawkowaty tarczycy pT2N0.

# Co dalej?

- A. Pacjenta należy monitorować w badaniu USG tarczycy, stosować dawkę substytucyjną L-tyroksyny
- B. Pacjenta należy monitorować w badaniu USG tarczycy, stosować dawkę supresyjną L-tyroksyny
- C. Należy skierować pacjenta do Ośrodka Referencyjnego celem ustalenia wskazań do terapii radiojodem.
- D. B i C

# Leczenie izotopowe

- **Prawidłowa odpowiedź: D**
- Pacjent powinien zostać skierowany do Ośrodka Referencyjnego celem uzupełniającego leczenia radiojodem. W razie braku przeciwwskazań leczenie L-tyroksyną odstawiamy na okres 4-6 tygodni przed podaniem  $^{131}\text{I}$ .

# Monitorowanie

- Po zastosowaniu leczenia radiojodem stwierdzono pełną remisję – Tg poniżej oznaczalności oraz niskie aTg, brak cech wznowy w badaniu USG tarczycy.

# Jaka dawka L-tyroksyny?

- Pełna supresja TSH ( $< 0,1$  m/UL) jest konieczna z następujących wskazań:
  - u chorych z utrzymującymi się jawnymi objawami choroby nowotworowej,
  - u chorych, u których nie ma cech jawnej choroby, ale stymulowane stężenie tyreoglobuliny jest podwyższone ( $> 1-2$  ng/ml).
- W obu przypadkach wskazania te powinny być równoważone z przeciwwskazaniami klinicznymi do supresyjnego leczenia L-tyroksyną.



# Jaka dawka L-tyroksyny?

- Dowody na bezpieczeństwo rezygnacji z leczenia supresyjnego opublikowano u chorych z grupy najmniejszego ryzyka:
  - u chorych z zaawansowaniem pT1aN0M0,
  - u chorych z zaawansowaniem pT1b-T2N0,
- Leczonych radykalnie, u których stwierdzono doskonałą odpowiedź na leczenie.
- U tych chorych należy stosować substytucyjne dawki L-tyroksyny. Dopuszczalne jest także stosowanie niepełnej supresji (TSH 0,1–0,4 mU/l), przy czym decyzja ta powinna być spersonalizowana.

# Jaka dawka L-tyroksyny

- U tych chorych, u których doskonałą odpowiedź na leczenie potwierdzono wszystkimi możliwymi metodami, w tym niskim stymulowanym stężeniem tyreoglobuliny w nieobecności przeciwciał przeciw tyreoglobulinie i stwierdza się utrzymywanie remisji przez co najmniej 5 lat, można zastosować leczenie substytucyjne.
- U wszystkich chorych, którzy przebyli leczenie z powodu raka tarczycy, należy unikać wzrostu stężenia TSH powyżej 2–2,5 mU/l za wyjątkiem krótkich okresów, kiedy stymulacja TSH jest niezbędna dla przeprowadzenia badań kontrolnych.