

# *Kurs Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego*

## **Tyreologia**

### **opis przypadku 11**



***partner kursu:***

*(firma nie ma wpływu na zawartość merytoryczną)*

**MERCK**

# Opis przypadku

Pacjent lat 64 – stan po radykalnym leczeniu operacyjnym z powodu raka jelita grubego przed dwoma laty. W kontrolnej kolonoskopii i tomografii komputerowej jamy brzusznej z kontrastem bez nieprawidłowości, zanotowano jednak wzrost CEA (16,4 ng/ml przy normie dla osób niepalących do 5,0 ng/ml).

# Opis przypadku

W związku z powyższymi wynikami pacjenta skierowano na badanie PET/CT z 18-fluorodeoksyglukozą. Brak ognisk patologicznego gromadzenia znacznika w obrębie jamy brzusznej, jednakże stwierdzono ognisko gromadzenia znacznika w obrębie tarczycy, maksymalny wymiar 18 mm, SUVmax 21,4.

# Opis przypadku

W badaniu przedmiotowym bez odchyleń, brzuch miękki, tarczyca bez ewidentnego powiększenia w badaniu palpacyjnym, RR 130/80 mmHg. W wywiadzie – poza rakiem jelita grubego – bez innych chorób nowotworowych oraz chorób przewlekłych.

Wywiad rodzinny: bez chorób nowotworowych i chorób tarczycy w najbliższej rodzinie.

# Jakie powinno być dalsze postępowanie?

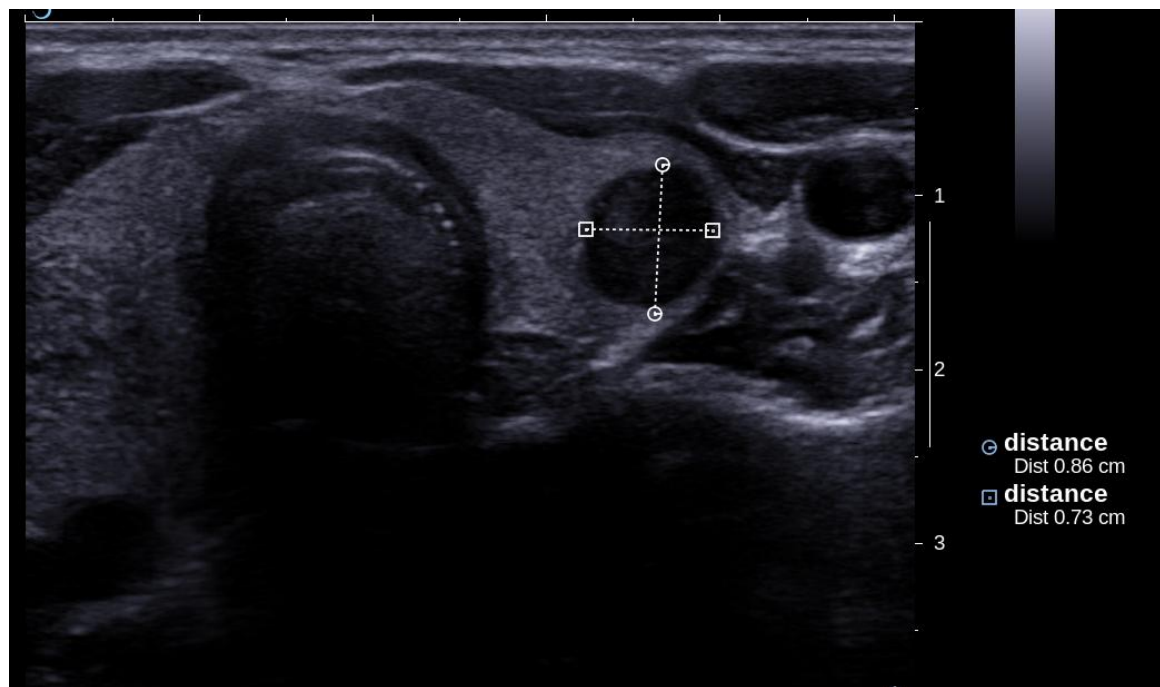
- a. Scyntygrafia technetowa tarczycy
- b. USG tarczycy i ew. biopsja zależnie od obrazu sonograficznego guzka
- c. Oznaczenie stężenia kalcytoniny w surowicy
- d. USG tarczycy i obligatoryjnie BACC
- e. Odpowiedzi c i d.

# Prawidłowa odpowiedź: e.

Zmiany ogniskowe w obrębie tarczycy wykazujące wychwyty 18-fluorodeoksyglukozy cechują się wysokim ryzykiem złośliwości – dlatego USG i biopsja zmian są – w świetle polskich wytycznych dotyczących diagnostyki i leczenia raka tarczycy z 2018 roku – obligatoryjne w każdym przypadku.

Biorąc pod uwagę, iż CEA jest pomocniczym markerem biochemicznym raka rdzeniastego tarczycy – oznaczenie kalcytoniny należy uznać za wskazane.

# Wyniki - USG



# Wyniki

- BACC – Bethesda I, biopsja niediagnostyczna
- Kalcytonina – 122 pg/ml



# Jakie powinno być dalsze postępowanie?

- a. Ponowna biopsja za 3 – 6 miesięcy
- b. Ponowna biopsja natychmiast po uzyskaniu wyniku niediagnostycznego
- c. Totalna tyreoidektomia
- d. Lobektomia

# Poprawna odpowiedź: c

- Zgodnie z polskimi wytycznymi dotyczącymi diagnostyki i leczenia raka tarczycy z 2018 roku poziom kalcytoniny  $>100$  pg/ml wskazuje z wysokim prawdopodobieństwem na obecność raka rdzeniastego tarczycy. Za dodatkowe przesłanki wskazujące na złośliwy charakter zmiany można uznać podwyższony poziom CEA, wychwyty 18FDG oraz obraz sonograficzny (m.in. głęboka hipoechogenność zmiany).

# Wyniki

- W badaniu histopatologicznym po leczeniu operacyjnym – rak rdzeniasty tarczycy, pojedyncze ognisko o maksymalnym wymiarze 16 mm (pT1b)

# Dalsze postępowanie – co należy zrobić?

- a. Badania genetyczne w kierunku FAP i zespołu Lyncha
- b. Badania genetyczne w kierunku mutacji protoonkogenu RET
- c. Terapia lewotyrosyna w dawce zapewniającej supresję TSH
- d. Terapia lewotyrosyną w dawce substytucyjnej
- e. a i c
- f. b i d

Regularną opiekę endokrynologiczną uwzględniającą regularne oznaczanie poziomu kalcytoniny, CEA oraz USG szyi możemy uznać za oczywiste....

# Prawidłowa odpowiedź: e

Koincydencja gruczolaka jelita grubego oraz raka rdzeniastego tarczycy nie jest typowa dla określonego zespołu genetycznego, np. tych wskazanych w punkcie a.

Natomiast diagnoza raka rdzeniastego – nawet u pacjenta bez wywiadu rodzinnego – stanowi samodzielne wskazanie do badań w kierunku mutacji protoonkogenu RET.

Oczywiście w przypadku raka wywodzącego się z komórek C nie ma wskazań do supresji TSH, konieczne jest natomiast włączenie lewotyroksyny w dawce substytucyjnej po wykonaniu totalnej tyreoidektomii.