



Ο όζος θυρεοειδούς και η πιθανότητα κακοήθειας

Ο όζος θυρεοειδούς χαρακτηρίζει οποιαδήποτε μορφολογική περιοχή που είναι ακτινολογικά διαφορετική από το υπόλοιπο φυσιολογικό παρέγχυμα του θυρεοειδούς αδένου. Σε κάθε άτομο με όζο ή όζους θυρεοειδούς θα πρέπει να διερευνηθεί η πιθανότητα κακοήθειας του κάθε όζου ξεχωριστά. Σημαντικός είναι ο υπέρηχος θυρεοειδούς και ακολούθως η παρακέντηση με λεπτή βελόνη (FNA), αν χρειάζεται ανάλογα με το αποτέλεσμα του υπερήχου. Αν και οι όζοι αποτελούν ένα πολύ συχνό κλινικό πρόβλημα, η συντριπτική πλειονότητά τους είναι καλοήθεις, καθώς σε ποσοστό 7% με 15% αφορούν σε καρκίνο.

Οι κύριοι τύποι καρκίνου θυρεοειδούς είναι το θηλώδες, το θυλακιδώδες και το μυελοειδές καρκίνωμα. Σε περίπτωση που έχουν μέγιστη διάμετρο μικρότερη από 1 εκατοστό ονομάζονται μικροκαρκινώματα θυρεοειδούς. Οι δύο πρώτοι προέρχονται από τα θυλακικά κύτταρα του θυρεοειδούς και συνολικά αναφέρονται ως διαφοροποιημένοι καρκίνους θυρεοειδούς, ενώ ο τελευταίος από



τα παραθυλακικά ή κύτταρα C που παράγουν καλσιτονίνη. Σπανιότερα μπορεί να αναπτυχθούν στο θυρεοειδή αναπλαστικό καρκίνωμα, λεμφώματα, σαρκώματα και μεταστάσεις από άλλους καρκίνους. Το θηλώδες καρκίνωμα αποτελεί το 85% του συνόλου. Έχει πολύ βραδεία πορεία, σπάνια μπορεί να

παραθλακικά ή κύτταρα C που παράγουν καλσιτονίνη. Σπανιότερα μπορεί να αναπτυχθούν στο θυρεοειδή αναπλαστικό καρκίνωμα, λεμφώματα, σαρκώματα και μεταστάσεις από άλλους καρκίνους. Το θηλώδες καρκίνωμα αποτελεί το 85% του συνόλου. Έχει πολύ βραδεία πορεία, σπάνια μπορεί να παρουσιάσει υποτροπή και έχει άριστη πρόγνωση με 10ετή επιβίωση πάνω από 95%. Το θυλακιδώδες καρκίνωμα αποτελεί το 5-10% του συνόλου και έχει επίσης πολύ καλή πρόγνωση. Το μυελοειδές καρκίνωμα του θυρεοειδούς αποτελεί το 5-10% όλων των θυρεοειδικών καρκίνων και έχει συχνά οικογενή επίπτωση στο πλαίσιο συνδρόμου πολλαπλής ενδοκρινικής νεοπλασίας.

Η αντιμετώπιση του διαφοροποιημένου καρκίνου θυρεοειδούς είναι χειρουργική με ολική θυρεοειδεκτομή, ενώ στη συνέχεια γίνεται συμπληρωματική καταστροφή των θυρεοειδικών υπολειμμάτων με ραδιενεργό ιώδιο. Στα μικρά καρκινώματα που δεν έχουν διηθητική συμπεριφορά και έχουν καλή πρόγνωση δεν χορηγείται ραδιενεργό ιώδιο. Ο δείκτης μετεγχειρητικής παρακολούθησης είναι η θυρεοσφαιρίνη. Στην περίπτωση του μυελοειδούς καρκινώματος πραγματοποιείται ολική θυρεοειδεκτομή με κεντρικό λεμφαδενικό καθαρισμό. Δεν χορηγείται ραδιενεργό ιώδιο, γιατί τα παραθυλακικά κύτταρα C, από τα οποία προέρχεται, δεν προσλαμβάνουν ιώδιο φυσιολογικά. Ο δείκτης παρακολούθησης είναι η καλσιτονίνη.

Σε όλες τις περιπτώσεις προκύπτει μετεγχειρητικός υποθυρεοειδισμός και χρειάζεται διά βίου αγωγή υποκατάστασης με λεβοθυροξίνη. Αρκετές φορές χρειάζεται αγωγή καταστολής και όχι απλώς υποκατάστασης με θυροξίνη, δηλαδή με στόχο TSH πολύ χαμηλό ώστε να μειώνεται η τροφική της δράση, τουλάχιστον για τα πρώτα έτη μετά το χειρουργείο.

Ο Θάνος Δημόπουλος είναι καθηγητής Θεραπευτικής Αιματολογίας - Ογκολογίας, ηρώτανος του ΕΚΠΑ