Автор: Administrator
06.06.2008 16:06 - Обновлено 11.06.2008 11:16

Диагностика заболевания

Часто диагноз рака щитовидной железы основывается на клинической картине. Проводятся рентгенографические исследования. Правильной диагностике помогает биопсия щитовидной железы.

Какие термины приняты в онкологической практике

Формы рака щитовидной железы: Опухоли щитовидной железы делятся на доброкачественные и злокачественные (фолликулярная карцинома, медулярная карцинома, недиффиренцированная или анапластическая карцинома и папиллярная карцинома).

Факторы, оказывающие влияние на развитие рака щитовидной железы

Почти во всех странах мира отмечается увеличение частоты рака щитовидной железы. Хотя причина его точно не установлена, но определенная роль в этом отводится йодной недостаточности, воздействию ионизирующей радиации (внешнего облучения или приема радиоактивного йода), нарушению иммунно-нейро-эндокринного гомеостаза. Рак

щитовидной железы может развиваться на фоне предшествующих доброкачественных аденом, многоузлового зоба, кист. Генетические факторы (наследственность) также включены в патогенез рака щитовидной железы.

Определение и классификация

Проблема рака щитовидной железы остается актуальной в связи с тем, что узловой зоб встречается более чем у 4% населения и более чем в 90% случаев рак щитовидной железы при обследовании выявляется как аденома. Рак щитовидной железы встречается в 2 раза чаще у женщин, чем у мужчин.

Формы рака щитовидной железы

Опухоли щитовидной железы делятся на доброкачественные (фолликулярная и папиллярная аденома) и злокачаственные.

Рак щитовидной железы подразделяют на:

папиллярный (около 76%)
фолликулярный (около 14%)
медуллярный (около 5-6 %)
недифференцированный и анапластический рак (около 3,5-4%).
Значительно реже встречается саркома, лимфома, фибросаркома, эпидермоидный рак, метастатический рак, на долю которых приходится 1-2 % от всех злокачественных новообразований щитовидной железы.

Папиллярный рак встречается у детей, но чаще у взрослых, достигая пика заболеваемости в возрасте 30-40 лет. Выявляется при сканировании как плотный, одиночный «холодный» узел. При многоузловом зобе обычно один из узлов, имеющий более плотную консистенцию по сравнению с другими участками и узлами щитовидной железы и превышающий их, как правило, по размеру, является папиллярным раком. Как при первой, так и при второй клинической форме может отмечаться сравнительно «благоприятное» течение на протяжении нескольких лет. Почти в 30% случаев при папиллярном раке имеются метастазы. У детей (до пубертатного возраста) папиллярный рак протекает более агрессивно по сравнению с взрослыми, чаще имеют место метастазы, как в шейные лимфатические узлы, так и в легкие. Тем не менее, прогноз у детей и лиц в возрасте до 40 лет более благоприятный.

Фолликулярный рак встречается у взрослых, чаще в возрасте 50-60 лет. Характеризуется медленным ростом. При обследовании выявляется как одиночная “аденома”, которую действительно трудно отличить от фолликулярной аденомы. Течение фолликулярного рака более агрессивное, чем папиллярного, и часто он дает метастазы в лимфатические узлы шеи и реже - отдаленные метастазы в кости, легкие и другие органы. Метастазы фолликулярного рака способны также захватывать йод (осуществлять синтез тироглобулина и реже тироидных гормонов), что используется как в диагностике, так и в лечении их радиоактивным йодом. Как правило, “функционирующая” злокачественная опухоль щитовидной железы является фолликулярным раком.

Медуллярный рак развивается из парафолликулярных или С-клеток, характеризуется наличием фиброза и избыточным отложением амилоида, иногда с явлениями кальцификации. Иногда такие опухоли секретируют АКТГ, серотонин, простагландины, что может сопровождаться стертой клинической картиной синдрома Иценко-Кушинга, “приливами”, покраснением лица, диареей. Медуллярный рак является солитарной опухолью желто-серого цвета. При иммунногистохимическом исследовании в опухолях определяется содержание кальцитонина, тироглобулина, тироидной пероксидазы и кератина. Медуллярный рак по течению более агрессивен по сравнению с папиллярным и фолликулярным раком, дает метастазы в близлежащие лимфатические узлы и может распространяться на трахею и мышцы. Сравнительно реже имеют место метастазы в легкие и различные внутренние органы.

Анапластический рак (недифференцированный рак) представляет собой опухоль, состоящую из так называемых клеток карциносаркомы и эпидермоидного рака. Обычно такой опухоли предшествует узловой зоб, который наблюдался в течение многих лет. Заболевание развивается у лиц пожилого возраста, когда щитовидная железа начинает быстро увеличиваться, приводя к явлениям нарушения функции органов средостения (удушье, затруднение при глотании, дисфония).

Реже встречаются метастазы злокачественной опухоли в щитовидную железу. К таким опухолям относятся меланома, рак молочной железы, желудка, легких, поджелудочной железы, кишечника, а также лимфомы. Последние относятся к быстрорастущим опухолям. Лимфома - диффузная опухоль, которая может возникнуть на фоне предшествующего аутоиммунного тиреоидита, в связи с чем имеются большие трудности в дифференциальной диагностике этих двух заболеваний. Лимфома может возникать в щитовидной железе и как самостоятельное заболевание. Заболевание встречается, как правило, у взрослых, щитовидная железа быстро увеличивается в размерах, часто болезненная, быстро вовлекаются в процесс лимфатические узлы и развиваются симптомы сдавления средостения. Следует подчеркнуть, что лимфома является лишь одной из быстрорастущих опухолей щитовидной железы, которая хорошо отвечает на терапию ионизирующей радиацией.

В последние годы многие исследователи указывают, что рак щитовидной железы может протекать с картиной тиреотоксикоза и наличие последнего еще не исключает рака щитовидной железы, как это считалось раньше.

Клиническая картина

Очень часто рак щитовидной железы представляет собой одиночный безболезненный узел, который расценивается как аденома или узловой зоб, реже в начале заболевания имеется диффузное увеличение щитовидной железы. Такая «аденома» склонна к более быстрому росту, чем обычный узловой зоб, приобретая более плотную консистенцию и вызывая чувство давления в области щитовидной железы. При обследовании выявляется увеличение регионарных лимфатических узлов, свидетельствующих о злокачественном течении опухоли щитовидной железы. Функциональное состояние щитовидной железы, как правило, остается в пределах нормы и лишь при значительных

размерах опухоли могут развиваться явления гипотиреоза и значительно реже - умеренного тиреотоксикоза. В других случаях первые клинические признаки рака щитовидной железы являются следствием его метастазирования в легкие, кости или реже в головной мозг и надпочечники. Опухоль щитовидной железы может достигать больших размеров, прорастая капсулу железы и фиксируя трахею и другие органы средостения (пищевод, возвратный нерв), может вызывать нарушение глотания, одышку, осиплость и огрубение голоса. Щитовидная железа при этом становится неподвижной.

Диагностика и лечение

Диагноз и дифференциальный диагноз.

Необходимо дифференцировать рак щитовидной железы от единичного и многоузлового зоба. Единичные аденомы растут медленно, в течение нескольких лет, и обычно обнаруживаются пальпаторно при достижении диаметра не менее 0,5- 1 см , как правило, случайно.

Нарушение глотания, затруднение дыхания, боль характерны для опухолей больших размеров. Около 60-70% узлов или аденом щитовидной железы гипофункциональны и плохо поглощают радиоактивный йод («холодный» узел), 20-25% по своей способности поглощать радиоактивный йод не отличаются от нормальной (близлежащей) ткани железы и около 5-10% имеет повышенную функциональную активность (“горячий” узел), вызывая клиническую картину тиреотоксикоза; такие узлы, как правило, имеют диаметр 3 см и более. Это различие в поглощении радионуклида выявляется при сканировании.

Многоузловой зоб развивается в течение многих лет, чаще у лиц, проживающих в йоддефицитных районах. Онкологическая настороженность в йоддефицитных регионах должна быть даже повышена. Аутоиммунный тиреоидит, как и диффузный токсический зоб, как правило, не малигнизируется, однако сочетание аутоиммунного тиреоидита или диффузного токсического зоба и рака щитовидной железы не является редкостью. «Горячие» узлы также редко малигнизируются, «холодные» узлы озлокачествляются чаще.

Часто диагноз рака щитовидной железы основывается на клинической картине. Правильной диагностике помогает биопсия щитовидной железы.

Лечение рака щитовидной железы

В настоящее время применяется тиреоидэктомия, лечение радиоактивным йодом, рентгенотерапия.

Во всех случаях оперативного лечения узлового зоба удаленную опухоль направляют на экспресс-диагностику и операцию заканчивают только после получения результатов гистологического исследования. При раке щитовидной железы объем вмешательства зависит от стадии процесса: производится тотальная (полная) или частичная резекция щитовидной железы с удалением лимфатических узлов и вовлеченных в процесс окружающих тканей. В тех случаях, когда опухоль локализуется в области одной доли щитовидной железы, резекции подлежит и вторая доля, так как в большинстве случаев через внутриорганные лимфатические пути опухоль распространяется и на вторую долю железы. Некоторые авторы при папиллярном или фолликулярном раке, при которых размер опухоли не более 2 см , рекомендуют проводить удаление лишь одной пораженной доли щитовидной железы.

После удаления злокачественной опухоли щитовидной железы назначается не менее чем на 8 недель терапия тиреоидными гормонами для подавления секреции ТТГ и возможного подавления оставшихся единичных клеток опухоли. Через 2-3 недели после прекращения приема тиреоидных гормонов уровень ТТГ в сыворотке крови повышается до 45-50 мкЕД/мл, происходит стимуляция оставшейся ткани, которая способна накапливать йод. Больному после приема радиоактивного йода производят сканирование ткани щитовидной железы. Если обнаруживается только оставшаяся тироидная ткань в области щитовидной железы, проводят лечение радиоактивным йодом. В случае обнаружения отдаленных метастазов дозу радиоактивного йода увеличивают. При наличии отдаленных метастазов дозу йода можно повторять через 2-3 мес.

Рентгенотерапия применяется при анапластическом раке и злокачественных лимфомах, которые являются рентгеночувствительными. Рентгенотерапия может проводиться в сочетании с химиотерапией.

Лечение радиоактивным йодом проводят при неоперабельной опухоли, а также во всех случаях после удаления гистологически подтвержденного рака щитовидной железы.

Прогноз рака щитовидной железы несколько лучше по сравнению с раком других органов.