Автор: Administrator
15.06.2008 16:12 -

Рак щитовидной железы чаще определяют в виде одиночного узла, реже - в виде множественных узелков либо опухолевидного образования в области шеи. В некоторых случаях опухоль вызывает охриплость, симптомы сдавления трахеи и пищевода (например, диспноэ, дисфагия) или боль.

Папиллярная карцинома

Общие сведения

Папиллярную карциному выявляют в 80% случаев рака щитовидной железы у детей и в 60% - у взрослых

50% больных моложе 40 лет

Женщины болеют в 2 раза чаще. Большинство больных с папиллярной карциномой ранее подвергались облучению

После лечения число рецидивов невелико, особенно у больных молодого возраста с небольшими первичными опухолями

Характеристика

Характерен медленный рост опухоли. Метастазы в регионарные лимфатические узлы - у 50% пациентов. Гематогенные метастазы - менее чем у 5%

Размеры опухоли очень вариабельны: от скрытых (менее 1,5 см в диаметре) до значительных (поражает одну или обе доли)

У 40% пациентов опухоль имеет многоочаговый характер

Опухоли хорошо отграничены или отграничены слабо и прорастают в прилегающие ткани

Прогноз

Наиболее благоприятен при скрытых и хорошо инкапсулированных карциномах, локализованных в глубине паренхимы железы. В этих случаях 20-летняя выживаемость больных - >90%

Прогноз неблагоприятный при плохо инкапсулированной и прорастающей в окружающие ткани опухоли. 20-летняя выживаемость - <50%

Неблагоприятный прогноз также у больных старше 40 лет.

Фолликулярная карцинома

Общие сведения

Фолликулярную карциному (25% случаев рака щитовидной железы) часто регистрируют в областях, эндемичных по йоддефицитному зобу

Поражает женщин в 2 раза чаще

Вероятность заболевания увеличивается в возрасте старше 40 лет

Характеристика

Опухоль гистологически напоминает нормальную ткань щитовидной железы, часто функционирует как эндокринная железа, захватывая йод по ТТГ-зависимому типу

Опухоль растёт медленно и обычно унифокальна (представлена одним узлом). Карцинома диссеминирует гематогенным путём. Она редко поражает лимфатические узлы (исключение составляют опухоли, врастающие в окружающие ткани, в т.ч. паращитовидные железы)

Иногда в тканях фолликулярной карциномы обнаруживают цилиндрические клетки, характерные для папиллярной карциномы. В таких случаях биологические особенности опухоли аналогичны папиллярной карциноме

Прогноз

Фолликулярная карцинома злокачественнее папиллярного рака; процесс часто распространяется в кости, лёгкие и печень. 10-летняя выживаемость - 50%

При отсутствии метастазов прогноз хороший: 20-летняя выживаемость - >80%

При значительной диссеминации опухоли 20-летняя выживаемость после операции - <20%.

Медуллярная карцинома

Общие сведения

Медуллярная карцинома (5% случаев рака щитовидной железы) происходит из парафолликулярных клеток (С-клеток) щитовидной железы

Чаще возникает спорадически, но может иметь наследственный характер (20%). Спорадическая форма обычно протекает в виде единичного поражения. Наследственная форма - самостоятельное заболевание либо составная часть семейного полиэндокринного аденоматоза типа II (синдрома Сиппла - сочетание медуллярной карциномы щитовидной железы и феохромоцитомы)

Характеристика

Местное (по лимфатическим сосудам) и отдалённое (гематогенное) распространение наблюдают чаще, чем при фолликулярной карциноме

Медуллярная карцинома имеет гиалинизированную строму и окрашивается подобно амилоиду. Одному виду опухоли свойственны агрессивный, стремительный рост, быстрое распространение и ранние метастазы; другой - медленные рост и прогрессирование, несмотря на метастазы

Опухоль часто вырабатывает кальцитонин, реже - другие гормоны

Прогноз хуже, чем при папиллярной или фолликулярной карциномах, и зависит от стадии опухоли при первоначальном выявлении

При 1 стадии опухоли 20-летняя выживаемость составляет 50%

При 2 стадии дольше 20 лет живут менее 10% больных

Смерть обычно наступает от метастазов в жизненно важные органы

Семейный полиэндокринный аденоматоз может быть полностью излечен путём тотальной тиреоидэктомии, если диагноз и лечение проведены до появления клинических признаков опухоли.

Анапластическая карцинома

Общие сведения

Анапластическая карцинома щитовидной железы составляет менее 10% всех опухолей щитовидной железы

Поражает больных старше 50 лет

Характеристика

Анапластические карциномы состоят из мелких, гигантских или веретенообразных клеток

Обычно опухоли возникают из ранее существовавших хорошо дифференцированных тиреоидных опухолей (например, фолликулярных)

Опухоли отличаются чрезвычайной злокачественностью: быстро врастают в соседние органы (трахею, пищевод) и рано метастазируют лимфогенным и гематогенным путями. В момент обнаружения эти опухоли обычно неоперабельны

Прогноз

Фатальный исход наступает в течение нескольких месяцев (независимо от методов лечения)

Если лечение оказалось успешным, следует заподозрить диагностическую ошибку (например, имелась не анапластическая карцинома из мелких клеток, а лимфома).

Лимфосаркома (лимфома)

Общие сведения. Лимфосаркома (менее 1 % всех опухолей щитовидной железы) поражает преимущественно женщин старше 50 лет

Характеристика

Морфологически опухоли состоят из клеток небольших размеров, поэтому обычными гистологическими методами их трудно отличить от анапластической карциномы из мелких клеток. Дифференциация возможна при электронной микроскопии

Опухоль может либо первично возникнуть в щитовидной железе, либо быть частью генерализации лимфосаркоматозного процесса

Локальная опухоль хорошо поддаётся лучевой терапии. При генерализации лимфосаркомы необходимо систематическое применение химиотерапевтических препаратов

Прогноз зависит от клеточного типа опухоли и характера поражения.

ЛЕЧЕНИЕв зависимости от типа опухоли. При папиллярной, фолликулярной и медуллярной карциномах обычно применяют сочетание операции, терапии тиреоидными гормонами и радиоактивным йодом. При анапластической карциноме лечение в

основном паллиативное. Для уменьшения обструкции проводят оперативное лечение, а химиотерапия может отдалить летальный исход.

Операция

При папиллярной карциноме небольших размеров, ограниченной одним участком щитовидной железы, часто применяют удаление поражённой доли и перешейка

При фолликулярной карциноме и более распространённых папиллярных опухолях обычно проводят субтотальную тиреоидэктомию; оставляют небольшой участок ткани, связанный с капсулой (для сохранения паращитовидных желез). При этой обширной операции выше вероятность осложнений (гипопаратиреоз), но возможность последующего рецидивирования опухоли невелика.

Подавляющая терапия. Многие виды рака щитовидной железы растут быстрее при стимуляции ТТГ, поэтому выработку ТТГ подавляют максимально высокой (но не вызывающей гипертиреоза) дозой L-тироксина.

Лечение радиоактивным йодом. Фолликулярные карциномы часто накапливают радиоактивный йод, а во многих случаях папиллярного рака находят некоторое количество фолликулярных элементов

Радиоизотопное сканирование с помощью 131I после оперативного удаления нормальной ткани щитовидной железы позволяет выявить функционирующие метастазы, которые можно подавить 131I

Радиоактивный йод применяют для подавления оставшейся после субтотальной тиреоидэктомии нормальной ткани щитовидной железы, что позволяет диагностировать метастатическую опухоль при последующих сканированиях.

Диета. Следует избегать дефицита йода (йодированная соль, морская капуста).