



RAK ŠČITNICE

Kaj mora vsakdo vedeti o tej bolezni

*Z našim pogumom zasije sonce
tudi skozi najtemnejše oblake.
Pogum je dragocena moč.
Pogum posodi človeku krila.*

Phil Bosmans

*Ob soočanju z boleznijo, ki je zaznamovala
Vaše življenje, je pomembno,
da se pogumno spopadete z njo
in jo čim bolje spoznate.
Zato se poučite o osnovnih dejstvih
obvladovanja raka ščitnice.
Upamo, da Vam bodo pri tem pomagali
tudi naši odgovori na nekaj ključnih vprašanj
o tej bolezni.*

Splošni podatki

Kaj je ščitnica

Ščitnica je žleza z notranjim izločanjem, metuljaste oblike, ki leži pred in ob grlu in sapniku. Ščitnica iz joda izdeluje, kopiči in izloča ščitnična hormona: trijodtironin (T3) in tiroksin (T4), ki uravnavata presnovo v telesu, pri plodu pa vplivata na razvoj možganov. Njeno delovanje uravnava hormon tirotropin (TSH), ki nastaja v žlezi hipofizi.

Kaj je rak ščitnice

Rak ščitnice nastane zaradi nenadzorovane rasti celic, ki izdelujejo ščitnične hormone in beljakovino tiroglobulin (papilarni rak, folikularni rak ali anaplastični rak), in iz C-celic ščitnice, ki izdelujejo hormon kalcitonin (medularni rak).

Dejavniki tveganja za rak ščitnice

Najpogostejši dejavniki tveganja so:

- izpostavljenost ionizirajočemu sevanju iz okolja in
- obsevanje v področju glave in vratu. Še posebej ima sevanje negativen vpliv na ščitnico pri otrocih.

Rak ščitnice je pogostejši, kadar je v družini

- medularni ali papilarni rak ščitnice, multipla endokrini neoplazija, familiarna polipoza ali sindrom multiplih hamartomov.

Razširjenost zbolevanja

Po podatkih Registra raka za Slovenijo je leta 2013 zbolelo 160 ljudi, 44 moških in 116 žensk, živel pa 2211 ljudi, ki so se zdravili zaradi raka ščitnice. Pogostost zbolevanja narašča najhitreje med vsemi raki. Vzrok za to je večanje števila preiskav ščitnice z ultrazvokom in ultrazvočno vodenih tankoigelnih aspiracijskih biopsij. S pomočjo teh postopkov lahko postavimo diagnozo, kljub temu da rak ni klinično zaznaven.

POSTAVITEV DIAGNOZE

Bolezenski znaki

Za raka je sumljiva počasna, neboleča, a vztrajna rast zatrdline v ščitnici. Kadar ima otrok ali najstnik v ščitnici en sam tipen gomolj, gre v več kot polovici primerov za rak ščitnice.

Verjetnost raka je večja, če je gomolj trd, pri požiranju ni pomičen in ima bolnik na isti strani vratu povečano bezgavko.

Pri lokalno napredovali boleznini tumor pritiska ali vrašča v sosednje organe. Bolnik ima:

- težave s požiranjem, dihanjem ali je hripav.

Znaki oddaljenih zasevkov so:

- kašelj, težave z dihanjem, bolečine v skeletu ali nevrološki izpadi.

Ščitnica kljub prisotnosti raka skoraj vedno deluje normalno. Večina bolnikov z rakom ščitnice ne opazi nobenih sprememb. Zaradi suma na moteno delovanje ščitnice tirolog z ultrazvočno preiskavo zazna raka.

Diagnostične preiskave

Ultrazvočna preiskava (UZ) ščitnice

Ta preiskava ščitnice je del celostne obravnave pri zdravniku, ki se ukvarja z diagnostiko in zdravljenjem bolezni ščitnice.

Tankoigelná biopsija in citološka preiskava

Kadar so prisotne UZ-sumljive spremembe, naredimo UZ-vodeno tankoigelno biopsijo in citološko preiskavo. Pri biopsiji odvzete celice pregleda citopatolog pod mikroskopom in ugotovi, ali gre za raka ščitnice. Vendar s citološko preiskavo ni možno ločiti folikularnega raka od adenoma (benignega tumorja).

UZ-preiskava vratnih bezgavk

To preiskavo moramo narediti vedno, ko je prisoten citološko dokazan rak ali citološko sumljiv tumor.

PATOHISTOLOŠKE VRSTE RAKA ŠČITNICE

Glede na patohistološki izvid ločimo 4 tipe raka ščitnice.

Papilarni rak je najpogostejši. Bolniki, ki so mlajši od 55 let, imajo dobro prognozo, tudi če imajo že regionalne ali oddaljene zasevke.

Papilarni mikrokarcinom ima premer $\leq 1,0$ cm. Najdemo ga lahko kar pri tretjini odraslih in prav nič ne ogroža zdravja ali življenja.

Folikularni rak in **rak Hürthlejevih celic** je na otip trd ali elastičen in v približno 20 % zaseva v pljuča in skelet.

Medularni rak nastane iz C-celic ščitnice in v 20 % nastane v sklopu dedne multiple endokrine neoplazije. Spremljanje bolezni omogoča določitev koncentracije markerja kalcitonina in CEA, njun podvojitveni čas pa napove potek bolezni.

Anaplastični rak je na srečo izjemno redek, saj je eden najbolj malignih tumorjev, ki izredno hitro raste in zgodaj zaseva.

NAPOVED POTEKA BOLEZNI

Na potek bolezni vpliva histološki tip raka, razširjenost bolezni in zdravljenje. Papilarni in folikularni rak ščitnice imata zelo počasen naravni potek bolezni, zato zaradi raka ščitnice umre zelo malo ljudi.

Verjetnosti ponovitve bolezni pomaga pri odločitvi glede dodatnega zdravljenja in pogostosti sledenja bolnikov. Ocenimo jo večkrat, saj se spreminja s časom.

Prvič ocenimo verjetnost ponovitve po začetnem kirurškem zdravljenju oz. po zdravljenju z radiojodom, drugič po dveh in tretjič po petih letih. Tedaj hormonsko zdravljenje in sledenje ustrezno prilagodimo glede na klinični potek bolezni in učinek zdravljenja.

Učinek zdravljenja ugotovimo z določitvijo serumske koncentracije tumorskega markerja in če je potrebno, še z slikovnimi preiskavami.

Glede učinka zdravljenja bolnike razvrstimo v eno od štirih skupin:

- odličen, biokemično nepopoln, strukturno nepopoln ali nedoločen učinek.

ZDRAVLJENJE

Bolnike z rakom ščitnice zdravimo s kirurškim posegom, radioaktivnim jodom, ščitničnimi hormoni, zelo redko tudi z obsevanjem, kemoterapijo in biološkimi zdravili.

Kirurško zdravljenje

Cilj operativnega zdravljenja je odstranitev tumorja in ščitnice ter odstranitev vseh bezgavk s prizadete strani vratu, če v njih dokažemo zasevke. Odstranitev cele ščitnice omogoči večje kopičenje radiojoda v rakavem tkivu, saj se radiojod od 100- do 1000-krat bolj kopiči v normalnem tkivu ščitnice kot v raku.

Zgolj polovico ščitnice odstranimo pri bolnikih z nizkim tveganjem za ponovitev bolezni.

Aktivno sledenje brez operativnega posega

Aktivno sledenje se vedno bolj uveljavlja pri bolnikih s tumorjem <1 cm, ki se ne širi izven ščitnice in nima zasevkov. Za sledenje so še posebej primerni bolniki, stari nad 60 let, ki so pripravljene sodelovati pri rednem sledenju z UZ-preiskavo.

Zdravljenje z radioaktivnim jodom

Na odločitev o zdravljenju z radiojodom vplivajo:

- obseg operacije ščitnice, histološki tip raka, stadij bolezni, starost bolnika, napovedni dejavniki glede ponovitve bolezni in preživetja, koncentracija markerja tiroglobulina, spremljajoče bolezni, predvidena življenjska doba in želje bolnika.

Radiojod se kopiči v zdravem in tudi v rakavem ščitničnem tkivu in obseva področje, kjer se kopiči. Kopičenje je večje ob visoki koncentraciji hormona TSH. To dosežemo z injekcijami rekombinantnega humanega TSH (=rh-TSH), v izbranih primerih pa s hormonsko prekinitvijo, ko bolnik 2–4 tedne ne jemlje ščitničnih hormonov.

Hormonsko zdravljenje

Po vsaki operaciji ščitnice je potrebno vse življenje jemati ščitnični hormon L-tiroksin, saj tako preprečimo rast preostanka ščitnice.

Bolniki z medularnim rakom in tisti, ki imajo prognozično zelo ugodne dejavnike, jemljejo

L-tiroksin v nadomestnem odmerku. Koncentracija TSH mora biti <2 mU/L, koncentracija prostega T3 in prostega T4 pa znotraj referenčnega območja.

Zavoro (=supresijo) TSH z L-tiroksinom imajo bolniki s folikularnim, papilarnim ali Hürthlejevim rakom z neugodnimi prognozičnimi dejavniki. Koncentracija TSH mora biti čim nižja ($<0,1$ mU/L), saj hormon TSH vzpodbuja rast raka ščitnice.

Obsevanje, kemoterapija in biološka zdravila

Zdravljenje z obsevanjem, citostatiki in biološkimi zdravili je le redkokdaj potrebno. Obsevamo bolnike, pri katerih raka ni bilo mogoče odstraniti v celoti ali pa je vraščal v okolne organe.

Zdravljenje bolnikov z lokalno napredovalimi tumorji

Cilj zdravljenja je preprečiti nadaljnjo rast raka na vratu in odstraniti celo ščitnico. Kadar tumor raste izven ščitnice, ni potrebno odstraniti grla, sapnika ali požiralnika. Lokalni nadzor nad boleznijo dosežemo z radiojodom in obsevanjem v kombinaciji s citostatiki.

Zdravljenje bolnikov z oddaljenimi zasevki

Bolnike z zasevki papilarnega ali folikularnega raka učinkovito zdravimo z radiojodom. Zdravljenje z obsevanjem, biološkimi zdravili in citostatiki je potrebno, če zasevki radiojoda ne kopičijo in rastejo. Zaradi

zelo počasne rasti zasevkov se za to zdravljenje odločimo šele, ko zasevki povzročajo težave. Skeletne zasevke zdravimo z obsevanjem, ki je bolj učinkovito, če bolnik hkrati dobiva citostatik v nizkem odmerku.

STRANSKI UČINKI ZDRAVLJENJA

Kirurško zdravljenje

Ob sodobni kirurški tehniki operiranja ščitnice, pri kateri kirurg prikaže in ohrani povratni živec, obščitnične žleze in njihovo žilje, so trajni pooperativni zapleti zelo redki.

Radioaktivni jod

Stranski učinki so običajno redki, blagi in prehodni. Ker se jod izloča skozi slinavke, je lahko spremenjena količina in kakovost sline, še zlasti če mora bolnik dobiti radiojod večkrat.

Ščitnični hormoni

Ob zdravljenju z zavornimi odmerki ščitničnih hormonov imajo bolniki lahko blage znake pretiranega delovanja ščitnice (=hipertiroza):

- nervoznost, hiperaktivnost, slabše spanje, hitrejše bitje srca, težje prenašanje vročine in močnejše znojenje.

Obsevanje vratu

Po treh tednih pogosto pride do prehodnega občutka težjega požiranja in pordelosti kože. Ostane pa obču-

tek suhih ust, saj po obsevanju vratu žleze slinavke izločajo manj sline, kar lahko sproži nastanek kariesa.

Kemoterapija

Ker večinoma uporabljamo nizke odmerke citostatikov, so stranski učinki minimalni.

Biološka zdravila

Prisotni so številni neželeni učinki:

- driska, izpadanje las, okužbe, izpuščaji in bolečine na dlaneh in stopalih, visok krvni tlak, bolečine v sklepih, slab apetit, hujšanje, vnetje v ustih ter utrujenost.

SLEDENJE BOLNIKOV

Bolnike sledimo vse življenje, da prilagajamo odmerke ščitničnih hormonov. Ob kontrolah bolnika klinično pregledamo, določimo koncentracijo hormonov in tumorskega markerja; če je potrebno, opravimo tudi diagnostične preiskave.

Velika večina bolnikov s papilarnim ali folikularnim rakom ima koncentracijo tiroglobulina $<0,2 \mu\text{g/L}$ in je popolnoma ozdravljena.

Bolnikom z visokim tveganjem za ponovitev bolezni in bolnikom z nepopolnim ali nedoločenim odgovorom na zdravljenje moramo izmeriti koncentracijo tumorskega markerja na 6–12 mesecev.



DRUŠTVO
ONKOLOŠKIH
BOLNIKOV
SLOVENIJE

Pripravil: prof. dr. Nikola Bešić, dr. med.
Uredila: prim. Marija Vegelj Pirc, dr. med.
Lektorirala: Mojca Vivod Zor, prof. slov. jez.
Fotografija: Miran Devetak
Zasnova in izvedba: www.design-demsar.si
Tisk: Present d.o.o.

Prva izdaja/Naklada 3000 izvodov/Ljubljana 2017/
Izdajo omogočila FIHO in Ministrstvo za zdravje RS