

4. Η FNA ως Διαγνωστικό Εργαλείο στη Διερεύνηση Θυρεοειδικών Όζων

Λαμπρόπουλος Παύλος, Φιλίππου Γεώργιος, Καλαϊτζής Ιωάννης, Ρίζος Σπύρος
Α' Χειρουργική Κλινική, Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρουσία ενός θυρεοειδικού όζου αποτελεί συχνό εύρημα και μεγάλος αριθμός ασθενών προσέρχονται καθημερινά στον ιατρό για τη διερεύνηση και αντιμετώπισή του. Οι όζοι σε ένα ποσοστό 5%, μπορεί να υποκρύπτουν κακοήθεια και, ως εκ τούτου, απαιτείται λεπτομερής προσέγγιση και διερεύνηση. Σήμερα, για τον έλεγχο των θυρεοειδικών όζων, η χρήση FNA ή US-FNA αποτελεί στις περισσότερες περιπτώσεις απαραίτητο στάδιο της διερεύνησης. Σκοπός είναι η έγκαιρη διάγνωση μιας πιθανής κακοήθειας και ταυτόχρονα η αποφυγή μη απαραίτητων χειρουργικών επεμβάσεων.

Οι θυρεοειδικοί όζοι αποτελούν συχνό εύρημα στην καθ' ημέρα κλινική πράξη. Συνήθως αποκαλύπτονται κατά τον υπέρηχο τραχήλου (ευαισθησία 20%-76%). Η ψηλάφηση είναι θετική σε μικρό ποσοστό (3%-7%), ενώ η συχνότητά τους σε νεκροτομικά ευρήματα ανέρχεται στο 50%. (1) Η συχνότητα στο γενικό πληθυσμό φαίνεται να αυξάνει γραμμικά με την ηλικία, την έκθεση στην ιονίζουσα ακτινοβολία και την έλλειψη πρόσληψης ιωδίου. Οι θυρεοειδικοί όζοι εμφανίζονται συχνότερα στις γυναίκες έναντι των αντρών 4:1. (2)

Η κλινική σημασία των θυρεοειδικών όζων, πέραν της δυσμορφίας ή των συμπτωμάτων από πιεστικά φαινόμενα, έγκειται στην πιθανότητα κακοήθους εξεργασίας της οποίας η συχνότητα ανέρχεται στο 5% όλων των περιπτώσεων ανεξαρτήτως μεγέθους των όζων. (3) Εξαιτίας του μεγάλου αριθμού παρουσίας όζων στις περισσότερες περιπτώσεις, θα ήταν πρακτικά αδύνατο να ελεγχτούν ενδελεχώς όλοι οι όζοι. Για το λόγο αυτό, κρίνεται απαραίτητη η υιοθέτηση μιας ενιαίας στρατηγικής, βάση της οποίας αφενός θα αποφεύγονται μη αναγκαίες χειρουργικές επεμβάσεις και αφετέρου να διαγιγνώσκονται και να αντιμετωπίζονται κατάλληλα όλοι οι ασθενείς με καρκίνο.

Η τελική αντιμετώπιση ενός ασθενούς με θυρεοειδικούς όζους, εξαρτάται από τα αποτελέσματα εξετάσεων όπως η TSH, FNA, U/S, και κυρίως από το αποτέλεσμα της κυτταρολογικής εξέτασης. (4)

Επί FNA θετικών αποτελεσμάτων (κακοήθεια), η χειρουργική αντιμετώπιση είναι μονόδρομος. Η ύπαρξη μεταστατικού όγκου στο θυρεοειδή, είναι απαραίτητη η διενέργεια επιπλέον εργαστηριακού ελέγχου για την ανεύρεση της πρωτοπαθούς εστίας, η οποία θα καθορίσει και την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση. Διεθνώς συνιστάται όλοι οι ασθενείς προεγχειρητικά να υποβάλλονται σε υπερηχογραφικό έλεγχο τραχήλου. Υποπτοι λεμφαδένες κατά τον ανωτέρω έλεγχο, θα πρέπει να ανευρίσκονται και να αφαιρούνται διεγχειρητικά και να αποστέλλονται για παθολογοανατομική εξέταση (ταχεία βιοψία). Επί θετικών κεντρικών λεμφαδένων (level 6), η τροποποιημένη ριζική λεμφαδεκτομή του τραχήλου κρίνεται απαραίτητη. (5,6)

Ασθενείς με μονήρη όζο <1cm, με ιστολογικά χαρακτηριστικά θηλώδους καρκινώματος (μετά FNA ή frozen section), η λοβοτομή με ισθμεκτομή φαίνεται να επαρκεί, αν και αυτό αποτελεί διεθνώς θέμα βιβλιογραφικής αντιπαράθεσης. (7)

Επί FNA αρνητικών αποτελεσμάτων, η χορήγηση εξωγενούς T4 αποσκοπεί στη μείωση του μεγέθους του όζου και στην αναστολή ανάπτυξης νέων όζων. Η χορήγηση αυτή, βέβαια, δεν είναι άμοιρη παρενεργειών και δεν ενδείκνυται ως θεραπεία στις ακόλουθες περιπτώσεις: ως θεραπεία ρουτίνας με TSH <0,5 mIU/ml, σε μεγάλους όζους (>4cm) ή μικρούς MNG (multifocal nodular goiter), σε εμμηνοπαυσιακές γυναίκες, καθώς και σε ασθενείς με καρδιολογικά προβλήματα. (8)

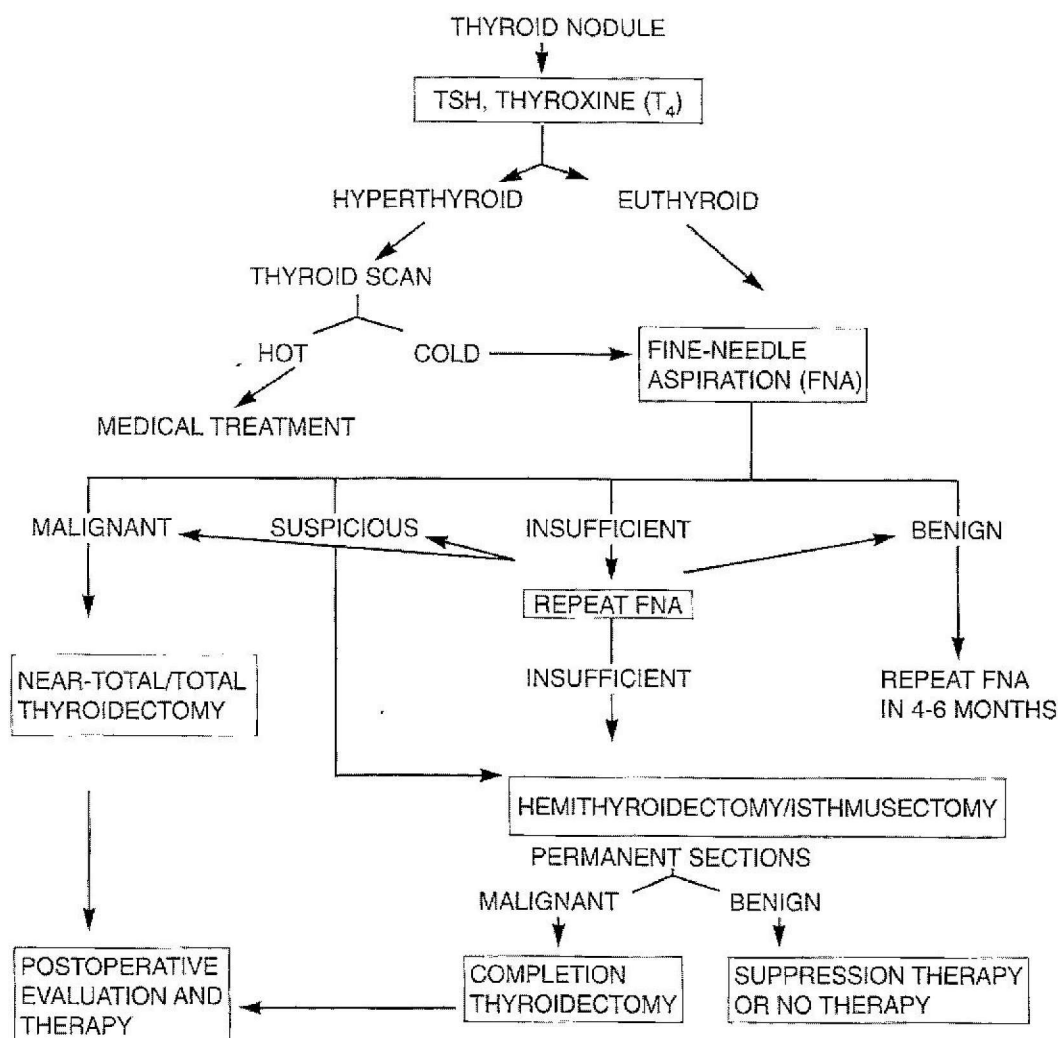
Οι μη κακοήθεις θυρεοειδικοί όζοι που δεν συνοδεύονται από λειτουργικές διαταραχές, δεν απαιτούν ειδική θεραπεία. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται κλινική και υπερηχογραφική παρακολούθηση κάθε 1-2 χρόνια. (3) Επί FNA ύποπτων αποτελεσμάτων, σημαντικό ρόλο φαίνεται να έχουν, η ηλικία, το φύλο, το μέγεθος (<4 cm), καθώς και η σύστασή των όζων. Συνολικά, 20% των αδιευκρίνιστων αποτελεσμάτων μετά από FNA είναι θε-

τικά για κακοήθεια, αλλά ο κίνδυνος κακοήθειας ποικίλλει από 15% σε θυλακιώδη νεοπλασμάτα, έως 60% σε άτυπα θηλώδη νεοπλασμάτα. Η επανάληψη της FNA, πολλές φορές επιφέρει σύγχυση στον θεράποντα ιατρό, γι' αυτό από πολλούς ερευνητές δεν συνίσταται. Ωστόσο, είναι κοινά αποδεκτό, ότι όζοι με υποψία κακοήθειας, πρέπει να αφαιρούνται χειρουργικά. Δυστυχώς, ανοσοϊστοχημικοί και μοριακοί δείκτες δεν είναι δυνατόν να διακρίνουν καλοήθεις από κακοήθεις όγκους, και έτσι δεν προσφέρουν στην διερεύνηση των θυρεοειδικών όζων.(8,9)

Πολλές φορές τα αποτελέσματα μιας FNA δεν είναι διαγνωστικά, ιδιαίτερα επί διερευνήσεως κυστικού όζου, όπου το κυτταρικό δείγμα μπορεί να μην είναι επαρκές. Η επανάληψη της FNA, στην περίπτωση μπορεί να προσφέρει επαρκές δείγμα στο 50% των περιπτώσεων. Η FNA με τη χρήση U/S, βελτιώνει την ακρίβεια της εξέτασης και μειώνει τον αριθμό των μη διαγνωστικών αποτελεσμάτων. Σε δυο πρόσφατες μελέτες το ποσοστό των μη διαγνωστικών αποτελεσμάτων (8,7% και 16% αντίστοιχα) μειώθηκε σε (3,5% και 7%) με τη συμπληρωματική βοήθεια υπερήχου. Ωστόσο, παρά την αποκτηθείσα εμπειρία, την επανάληψη βιοψίας και τη χρήση του υπερήχου, σε ένα ποσοστό 5% των περιπτώσεων το αποτέλεσμα παραμένει αδιευκρίνιστο.(9,10)

Μη διαγνωστικοί ευμεγέθεις όζοι >3 cm, υποτροπιάζουσες κύστες, ή μονήρεις συμπαγείς όζοι, χρήζουν χειρουργικής εξαίρεσης.(4)

Το ακόλουθο σχήμα προσφέρει ένα διαγνωστικό αλγόριθμο, για τη διερεύνηση ενός θυρεοειδικού όζου.(11)



ABSTRACT

Thyroid nodule is a common finding, presenting to the clinician. It carries a 5% risk of malignancy and therefore requires a thorough investigation. The current treatment plan requires among others initial tests the usage FNA or US-FNA whenever appropriate. The primary goal is to diagnose early a cancerous nodule as well as to avoid an unnecessary and potentially harmful surgery.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Rojeski, M.T., Gharib, H.: Nodular thyroid disease: evaluation and management. *N. Engl. J. Med.* 313:428, 1985.
2. Cuello, C., Correa, P., Eisenberg, H.: Geographic pathology of thyroid carcinoma. *Cancer* 23:230, 1969
3. Thompson, N.W., Nishiyama, R.H., Harness, J.K.: Thyroid carcinoma: current controversies. *Curr. Probl. Surg.* 15:1, 1978
4. Thompson, N.W.: The thyroid nodule: surgical management. In *Endocrine Surgery*, Johnston, I.D.A., Thompson, N.W., editors, London, Butterworth, 1983, pp. 14–24
5. Perlmutter, M., Slater, S.L.: Which nodular goitre should be removed? A physiological plan for the diagnosis and treatment of nodular goitre. *N. Engl. J. Med.* 255:65, 1956
6. Reeve, T.S.: Operations for non-medullary cancers of the thyroid gland. In *Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands*, Kaplan, E.L., editor, London, Churchill Livingstone, 1983, p p. 63–74
7. McConahey, W.M., Hay, I.D., Woolner, L.B., et al: Papillary thyroid cancer treated at the Mayo Clinic 1946 through 1970: initial manifestation, pathologic findings, therapy and outcome. *Mayo Clin. Proc.* 61:978, 1986
8. Kuma, K., Matzuzuka, F., Kobayashi, A., et al: Outcome of longstanding solitary thyroid nodules. *World J. Surg.* 16:583, 1992
9. Gharib, H., Goellner, J.R.: Fine needle aspiration biopsy of the thyroid: an appraisal. *Ann. Intern. Med.* 118:282, 1993
10. Vander, J.B., Gaston, E.A., Dawber, T.R.: The significance of non toxic thyroid nodules: final report of a 15 year study of the incidence of thyroid malignancy. *Ann. Intern. Med.* 69:537, 1968
11. Wong C., Wheeler M. Thyroid Nodules: Rational Management. *World J. Surg.* 24, 934–941, 2000