

Όζοι θυρεοειδούς - τι πρέπει να προσέχετε.



Οι όζοι του θυρεοειδούς απασχολούν πολλούς προσερχόμενους στο παθολογικό ιατρείο, μιας και πρόκειται για πολύ συνηθισμένο εύρημα στο μισό σχεδόν του παγκόσμιου πληθυσμού. Όσο αυξάνεται η ηλικία του ατόμου η πιθανότητα να αναπτύξει κανείς όζους στο θυρεοειδή μεγαλώνει. Αν και οι περισσότεροι είναι ακίνδυνοι και δεν προκαλούν συμπτώματα, ένα ποσοστό 5% μπορεί να είναι κακοήθεις και θέλουν προσοχή.

Οι όζοι είναι τέσσερις φορές συχνότεροι στις γυναίκες, αλλά στους άνδρες συναντούμε πιο συχνά κακοήθεις όζους. Παρά το χαμηλό ποσοστό καρκίνου, θα πρέπει να γίνεται αξιολόγηση της φύσης όλων των όζων από το γιατρό. Η αιτιολογία τους στις περισσότερες περιπτώσεις δεν είναι γνωστή, αν και η απουσία από το διαιτολόγιο του ιωδίου που προκαλεί τη διόγκωση του θυρεοειδούς, το οικογενειακό ιστορικό παρουσίας οξώδους βρογχοκήλης και η προϋπάρχουσα θυρεοειδοπάθεια (πχ η θυρεοειδίτιδα Hashimoto), αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη τους.

Πως ανιχνεύονται; Οι περισσότεροι όζοι δεν προκαλούν ενόχληση ή συμπτώματα, και ανευρίσκονται τυχαία κατά την κλινική εξέταση, ενώ έχουν συνήθως πολύ μικρό μέγεθος μερικών χιλιοστών. Υπάρχουν βεβαίως και μεγαλύτεροι που είναι ορατοί, και επειδή ο θυρεοειδής μετακινείται κατά την κατάποση, κινούνται και αυτοί, γι' αυτό και ο γιατρός μπορεί να ζητήσει από τον εξεταζόμενο να καταπιεί την ώρα της εξέτασης. Ας έχουμε υπ' όψιν πάντως ότι οι μικροί όζοι ανιχνεύονται δύσκολα και απαιτούν ιδιαίτερη κλινική εμπειρία και ικανότητα, ενώ και υπερηχογραφικά όζοι μικρότεροι των 3 χιλιοστών δύσκολα ανευρίσκονται.

Ποιοι παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο κακοήθειας;

- Το ανδρικό φύλο
- Η ηλικία κάτω των 20 και άνω των 65
- Η γρήγορη αύξηση του μεγέθους του όζου
- Συμπτώματα διήθησης της περιοχής (δυσφαγία, πόνος στο λαιμό, βραχνάδα)
- Ιστορικό ακτινοβολήσης κεφαλής, τραχήλου
- Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του θυρεοειδούς η πολυπώσεως (σύνδρομο Gardner)

Πως γίνεται η διάγνωση; Μια καλή κλινική εξέταση με λεπτομερές ιστορικό πιθανόν θα αποκαλύψει την παρουσία παθήσεως και σε άλλους συγγενείς ή την ακτινοβολήση της περιοχής του τραχήλου και της κεφαλής σε παιδική ηλικία. Αν ο όζος είναι σκληρός στην ψηλάφηση, αν είναι μονήρης, αν υπάρχουν διογκωμένοι λεμφαδένες στην περιοχή, αν δεν μειώνεται σε μέγεθος με τη χρήση θυρεοειδικών σκευασμάτων, αυξάνεται η πιθανότητα κακοήθειας, ενώ αν ο θυρεοειδής έχει μαλακούς και πολλούς όζους (μη τοξική πολυοζώδης βρογχοκήλη) απομακρύνεται αυτός ο κίνδυνος.

Από τις εξετάσεις του αίματος μπορούμε να διαπιστώσουμε αν υπολειτουργεί ή υπερλειτουργεί ο θυρεοειδής. **Αν η TSH είναι φυσιολογική, προχωρούμε σε παρακέντηση του όζου. Αν είναι υψηλή υπάρχει πιθανότητα υποθυρεοειδισμού** (συνήθως: εύκολη κόπωση, αύξηση βάρους, πονοκέφαλοι, κατάθλιψη, αναιμία, κλπ). Σε κάθε έναν με ιστορικό μυελοειδούς καρκίνου στην οικογένεια, μετρούμε την καλσιτονίνη. Πάντως οι περισσότεροι πάσχοντες από όζους έχουν φυσιολογικές τιμές ορμονών. **Βιοψία** συνήθως γίνεται με παρακέντηση δια λεπτής - (μικρότερη από αυτήν που χρησιμοποιούμε για να πάρουμε αίμα) βελόνης - FNA: Fine Needle Biopsy-Aspiration η με μεγαλύτερη (CNB: Coarse Needle Biopsy) και ανάλογα με τα αποτελέσματα συστήνουμε δισκία θυρεοειδικών ορμονών ή χειρουργείο. Καμία εξέταση δεν είναι τέλεια, και ακόμη και στη βιοψία μπορεί να πάρει κανείς μη ορθή διάγνωση. Γι' αυτό και η παρακολούθηση της εξέλιξης των όζων είναι μια καλή τακτική.

Το υπερηχογράφημα είναι επίσης ένα καλό διαγνωστικό μέσο για την εκτίμηση του μεγέθους και της συστάσεως των όζων (συμπαγείς, κυστικοί, μεικτοί). Είναι απλό τεστ, γρήγορο, προσιτό οικονομικά, ανώδυνο και απολύτως ασφαλές. Έχουμε δε το αποτέλεσμα αμέσως!

Αν το μέγεθος του όζου είναι μικρότερο από ενάμιση εκατοστό και δεν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου για κακοήθεια, συστήνουμε νέα κλινική εξέταση σε 6 μήνες, ενώ αν είναι μεγαλύτερο, προχωρούμε στην καθοδηγούμενη με υπερήχους βιοψία. Αν στο υπερηχογράφημα υπάρχουν: ομαλά όρια του όζου, είναι γεμάτος με υγρό κι όχι συμπαγής, χωρίς αιματική ροή, ή αν υπάρχουν πολλοί όζοι τότε έχουμε να κάνουμε με καλοήθεις συνήθως όζους.

Το σπινθηρογράφημα χρησιμοποιείται για τον έλεγχο της λειτουργίας του θυρεοειδούς με την χρήση ραδιενεργού ιωδίου, που εκπέμπει ενέργεια ανιχνεύσιμη μετά από λίγες ώρες, ή την επομένη ημέρα, ανάλογα με τις πληροφορίες που θέλουμε, και οι όζοι τότε χαρακτηρίζονται ως θερμοί (αν έχουν μεγάλη συγκέντρωση ραδιοφαρμάκου) ή ψυχροί. Το χρειαζόμαστε κυρίως σε ενδιάμεσες μορφές ή σε θυρεοτοξίκωση (υπερλειτουργία). Στους ευθυρεοειδικούς (καλή λειτουργία του θυρεοειδούς) με όζο κάνουμε βιοψία δια λεπτής βελόνης.

Τι κάνουμε μετά τη βιοψία; Το αποτέλεσμα μπορεί να είναι: καλοήθης όζος, κακοήθης, ενδιάμεσης κατάστασης και μη διαγνωστικό.

Οι περισσότεροι όζοι είναι καλοήθεις και επανελέγχονται σε έξι μήνες. Αν το μέγεθος παραμείνει το ίδιο ή μειωθεί τότε εξετάζεται εκ νέου σε ένα χρόνο, ενώ αν μεγαλώσει γίνεται δεύτερη βιοψία και ενεργούμε πάλι με βάση το αποτέλεσμα.

Υπάρχει όμως και το ενδεχόμενο χειρουργικής αντιμετώπισης ακόμη και αν η βιοψία είναι καλή, αν ο όζος είναι τόσο μεγάλος ώστε να προκαλεί πίεση στη τραχεία ή τον οισοφάγο και δυσκολία στην αναπνοή (ιδιαίτερα τη νύχτα με την κατάκλιση) ή την κατάποση του φαγητού. Το χειρουργείο ανακουφίζει σε αυτές τις περιπτώσεις από την πίεση της περιοχής. Στο παθολογικό ιατρείο αντιμετωπίζουμε σπάνια ευτυχώς περιπτώσεις ευμεγέθους βρογχοκήλης που σε γρίπη ή κρυολόγημα προκαλούν μεγάλη αναπνευστική δυσχέρεια με τη βλέννη που παράγεται. Γίνεται επίσης χειρουργείο ακόμη και για αισθητικούς λόγους σε αυτές τις περιπτώσεις.

Στην περίπτωση της κακοήθειας προχωρούμε στην χειρουργική αφαίρεση.

Στις ενδιάμεσες μορφές η ύποπτες για κακοήθεια έχουμε στατιστικά πιθανότητα από 10 έως 60 % να είναι ο όζος κακοήθης. Σε αυτές τις περιπτώσεις βοηθά η εξέταση ενός καλύτερου δείγματος με CNB. Στην περίπτωση της μη διαγνωστικής βιοψίας (10% των περιπτώσεων) συνήθως δεν έχουμε τόσο υλικό από κύτταρα θυρεοειδούς (λόγω παρουσίας αίματος, υγρού στοιχείου, ασβεστίου κλπ) ώστε να βγάλουμε ασφαλές συμπέρασμα και χρειάζεται επανάληψη. Αν και πάλι δεν έχουμε σαφές αποτέλεσμα, επανεξετάζουμε τον ασθενή σε 3 και όχι 6 μήνες για αλλαγή στο μέγεθος, ή προχωρούμε στο χειρουργείο.

Υπάρχει θεραπεία με φάρμακα; Μερικές φορές σε μη διαγνωστικό αποτέλεσμα χορηγούμε θυρεοειδικές ορμόνες για να μειώσουμε το μέγεθος του όζου. Πάντως οι μισοί σχεδόν από τους όζους μικραίνουν ακόμη και χωρίς θεραπεία με φάρμακα. Οι περισσότεροι γιατροί συμφωνούν ότι μια ομάδα όζων θα συρρικνωθεί με την θεραπεία, κάτι που δεν συμβαίνει με όλους βεβαίως. Δεν είναι προβλέψιμο πάντως ποιοι θα ανταποκριθούν στην αγωγή και ποιοί όχι. Με τη σωστή δοσολογία δεν υπάρχουν συνήθως μακροπρόθεσμες επιπλοκές από τα φάρμακα αυτά.

Αν οι δόσεις είναι πολύ υψηλές πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν ο κίνδυνος οστεοπορώσεως ή αρρυθμιών, ιδιαίτερα όταν καταναλώνεται πολύς καφές, σοκολάτα, coca-cola, μαύρο τσάι.

Μπορεί να απαιτηθεί κάποιο διάστημα μέχρι να βρεθεί η σωστή δοσολογία για τον κάθε πάσχοντα ξεχωριστά, γι' αυτό χρειάζεται υπομονή. Αν με τα φάρμακα ο όζος δεν μικρύνει ή μεγαλώσει και ανάλογα πάντα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του, μπορεί να αντιμετωπισθεί χειρουργικά. Αν υποχωρήσει, μειώνουμε σταδιακά τα φάρμακα μέχρι μηδενισμού και επανελέγχουμε τον αδένα σε 3 ή 6 μήνες για το ενδεχόμενο υποτροπής.

Αν τέλος, το μέγεθος παραμένει το ίδιο ή μικρύνει λίγο, συνεχίζουμε τα φάρμακα για μήνες ή και χρόνια. Η επιστημονική έρευνα δείχνει ότι η χρήση των φαρμάκων αυτών, ενώ δεν είναι απόλυτα ξεκάθαρο πώς δρουν στον υπόλοιπο αδένα πλην των όζων όπου μπορεί να προκαλέσουν μείωση του μεγέθους, μπορούν να εμποδίζουν το σχηματισμό νέων όζων.

Σωτήρης Αδαμίδης MD
(American Association of Clinical
Endocrinologists ,AACE)

Σοφία Αδαμίδα MD.

www.adamidisnet.gr