

Όζοι θυρεοειδούς - Θυρεοειδεκτομή



Από τον
Σάββα Κ. Χειρίδη MD,MSc,
Γενικό Χειρουργό,
Συνεργάτη Ιατρικού Κέντρου Αθηνών

Τί είναι ο όζος θυρεοειδούς;

Ο θυρεοειδής είναι ένας αδένας που εντοπίζεται στο πρόσθιο, κάτω τμήμα του αυχένα, κάτω από τον λάρυγγα (το μήλο του Αδάμ) και πάνω από τις κλείδες. **Ο θυρεοειδικός όζος είναι μία διόγκωση επάνω ή μέσα στον αδένα.** Οι όζοι είναι συχνοί και απαντώνται σε ποσοστό 4% στις γυναίκες και 1% στους άνδρες. **Είναι λιγότερο συχνοί σε νεότερους ασθενείς και αυξάνουν σε συχνότητα με την ηλικία.** Μερικές φορές αναπτύσσονται πολλαπλοί όζοι στο ίδιο άτομο. Κάθε φορά που ψηλαφάται διόγκωση ή ογκίδιο στον θυρεοειδή, θα πρέπει να αποκλειστεί το ενδεχόμενο κακοήθειας. Ευτυχώς, **στην πλειοψηφία τους οι όζοι αυτοί είναι καλοήθεις.** Πολλοί ασθενείς με όζους θυρεοειδούς δεν παρουσιάζουν συμπτώματα, και η ανεύρεσή τους είναι τυχαία είτε σε μία φυσική εξέταση ρουτίνας, είτε από μία απεικονιστική μελέτη στον αυχένα για άλλους λόγους (αξονική ή

μαγνητική τομογραφία αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης ή θώρακος, τρίηλεξ καρωτίδων κτλ). Ωστόσο, ορισμένοι ασθενείς μπορεί να αντιληφθούν μία σταδιακή αύξηση του μεγέθους του αδένα και να παραπονεθούν για μια ασαφή πίεση ή ενόχληση κατά την κατάποση. Προφανώς, η διόγκωση στον αυχένα θα πρέπει να γνωστοποιείται αμέσως στον θεράποντα ιατρό, ακόμα και χωρίς συμπτώματα.

Οι όζοι μπορεί να οφείλονται σε απλή υπερανάπτυξη του «φυσιολογικού» θυρεοειδικού ιστού, σε κύστεις που περιέχουν υγρό, σε φλεγμονές (θυρεοειδίτιδα), ή σε μάζα (καλοήθη ή κακοήθη). Μέχρι τη δεκαετία του '80, οι περισσότεροι ασθενείς με όζους υποβάλλονταν σε χειρουργική αφαίρεση. Οι μελέτες έδειξαν ότι η προσέγγιση αυτή οδηγούσε σε πολλές μη-απαραίτητες επεμβάσεις, καθώς λιγότερο από το 10% των όζων που είχαν αφαιρεθεί αποδείχθηκαν κακοήθεις. Οι περισσότεροι

από τους όζους αυτούς θα μπορούσαν απλώς να τεθούν υπό παρακολούθηση ή να αντιμετωπισθούν με φάρμακα. Δεν είναι συχνά εφικτό για τον ιατρό να καθορίσει εάν ένας όζος είναι κακοήθης μόνο από τη φυσική εξέταση και τις εξετάσεις αίματος. Οι ενδοκρινολόγοι βασίζονται σε μεγάλο βαθμό σε 3 ειδικές εξετάσεις που τους βοηθούν να αποφασίσουν ποιοι ασθενείς θα πρέπει να οδηγηθούν στο χειρουργείο:

- **Υπερηχογράφημα θυρεοειδούς (US)**
- **Βιοψία δια λεπτής βελόνης (FNA)**
- **Σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς (Scan)**

Τι είναι το Υπερηχογράφημα Θυρεοειδούς;

Το υπερηχογράφημα θυρεοειδούς είναι μία εξέταση για τη λήψη εικόνων του αδένος χρησιμοποιώντας κύματα υπερήχων (ηχητικά κύματα υψηλής συχνότητας). Τα κύματα αυτά διαπερνούν το δέρμα, αντανακλώνονται στις εσωτερικές δομές του τραχήλου και μετατρέπονται σε σειρά εικόνων πραγματικού χρόνου μέσω του ηλεκτρονικού υπολογιστή. Μπορεί να αποκαλύψει όζους ακόμα και 2-3 χιλιοστών. Η υπερηχογραφία μπορεί καταρχάς να διαχωρίσει τους κυστικούς όζους του

θυρεοειδούς (όζοι που περιέχουν υγρό) από τους συμπαγείς. Οι κυστικοί όζοι είναι συνήθως καλοήθεις, ενώ οι συμπαγείς είναι δυνητικώς κακοήθεις.

Οι περισσότεροι όζοι ωστόσο έχουν και κυστικά και συμπαγή στοιχεία, ενώ οι αμιγώς κυστικοί είναι πολύ σπάνιοι.

Συνεπώς, η υπερηχογραφία από μόνη της σπανίως μπορεί να διαχωρίσει μεταξύ καλοήθους και κακοήθους όζου. Μία πολύτιμη χρησιμότητα των υπερήχων είναι στο να καθοδηγήσουν τη βελόνα βιοψίας σωστά ώστε να μειωθεί η συχνότητα ανεπαρκούς δείγματος. Η καθοδήγηση αυτή επιτρέπει τη λήψη δείγματος από το συμπαγές τμήμα των όζων που είναι και κυστικοί και συμπαγείς. Έτσι, αποφεύγεται η παρακέντηση του γειτονικού φυσιολογικού θυρεοειδικού ιστού σε μικρούς όζους. Ακόμα και όταν η βιοψία θυρεοειδούς δείξει καλοήθεια, το μέγεθος του όζου θα πρέπει να παραμένει σταθερό σε μέγεθος ή που φαίνεται να μικραίνει στον επόμενο, δεν μπορεί να είναι κακοήθης ή να απαιτεί χειρουργική αφαίρεση.

Τι είναι η Βιοψία δια Βελόνης;

Η βιοψία δια λεπτής βελόνης είναι μία απλή διαδικασία που μπορεί να πραγματοποιηθεί στο ιατρείο. Συνήθως, χρησιμοποιείται τοπική



στις οποίες μπορεί να βασιστεί η απόφαση για θεραπεία στο 75% των περιπτώσεων, χωρίς ανάγκη για επιπρόσθετη διαγνωστική

μελέτη. **Η χρήση λεπτής βελόνης έχει μειώσει δραστικά τον αριθμό των ασθενών που υποβλήθηκαν σε μη-απαραίτητη επέμβαση**

Οι όζοι μπορεί να οφείλονται σε απλή υπερανάπτυξη του «φυσιολογικού» θυρεοειδικού ιστού, σε κύστες που περιέχουν υγρό, σε φλεγμονές (θυρεοειδίτιδα), ή σε μάζα (καλοήθη ή κακοήθη

αναισθησία στο δέρμα πάνω από το σημείο παρακέντησης, αλλά δεν χρειάζεται να κοιμηθεί ο ασθενής, που συνήθως μπορεί να επιστρέψει στο σπίτι ή την εργασία του αμέσως μετά χωρίς ενοχλήματα. Η εξέταση παρέχει ειδικές πληροφορίες σχετικά με ένα συγκεκριμένο όζο, που δεν μπορούν να αποκτηθούν με καμία άλλη εξέταση, πλην της χειρουργικής βιοψίας. Παρόλο που η εξέταση δεν είναι απόλυτη, η βιοψία δια βελόνης παρέχει αρκετές πληροφορίες

για καλοήθεις όζους. Ωστόσο, περίπου 15-20% των δειγμάτων της βιοψίας κρίνονται ανεπαρκή ή δεν βγάζουν συμπέρασμα, δηλαδή ο παθολογοανατόμος δεν μπορεί να είναι σίγουρος εάν ένας όζος είναι κακοήθης ή καλοήθης. Η περίπτωση αυτή είναι συχνή με κυστικούς όζους, που περιέχουν πολύ λίγα κύτταρα θυρεοειδούς για να εξεταστούν, και με εκείνους τους όζους που αποτελούνται από συγκεκριμένα κύτταρα (τα θυλακιοδών). Στις περιπτώσεις αυτές, ο έμπειρος ιατρός μπορεί να βασιστεί σε άλλα κριτήρια για να λάβει την απόφαση για επέμβαση. Η βιοψία δια λεπτής βελόνης μπορεί να επαναληφθεί σε όσους ασθενείς απέτυχε η αρχική προσπάθεια να τεθεί διάγνωση, χρησιμοποιώντας καθοδήγηση υπό υπερηχογραφικό έλεγχο όπου κρίνεται απαραίτητη.





Τί είναι το σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς;

Το σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς είναι μία εξέταση που παρέχει εικόνες του θυρεοειδούς μετά από χορήγηση μικρής δόσης ραδιενεργού ισότοπου από το στόμα ή από τη φλέβα, το οποίο φυσιολογικά απορροφάται από τα θυρεοειδικά κύτταρα. Το σπινθηρογράφημα μπορεί να μας πει εάν ένας όζος υπερλειτουργεί (θερμός όζος), ή δεν λειτουργεί (ψυχρός όζος). Επειδή οι υπερλειτουργικοί όζοι σπανίως παρουσιάζουν κακοήθεια, η ανάδειξη θερμών όζων απαλλάσσει τον ασθενή από την ανάγκη για βιοψία δια λεπτής βελόνης. Ένας θερμός όζος που προκαλεί υπερθυρεοειδισμό μπορεί να αντιμετωπιστεί με ραδιενεργό ιώδιο ή επέμβαση. Ευτυχώς, στη μεγάλη τους πλειοψηφία (90-95%) οι θυρεοειδικοί όζοι είναι καλοήθεις. Δυστυχώς όμως, το σπινθηρογράφημα εμφανίζει συνήθως τους περισσότερους όζους (καλοήθεις και κακοήθεις) ως ψυχρούς ή μη-λειτουργικούς. Συνεπώς, παρόλο που όλες οι περιπτώσεις κακοήθειας θυρεοειδούς απεικονίζονται ως μη-λειτουργικές στην εξέταση, η πλειοψηφία των μη-λειτουργικών όζων είναι καλοήθεις. Για το λόγο αυτό, το σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς είναι σχετικά περιορισμένης αξίας για τους περισσότερους ασθενείς εκτός των περιπτώσεων όπου συνυπάρχει υπερθυρεοειδισμός μαζί με τον όζο.

Πως αντιμετωπίζονται οι θυρεοειδικοί όζοι;

Χρησιμοποιώντας τις παραπάνω εξετάσεις, ο ενδοκρινολόγος θα συστήσει την καταλληλότερη θεραπεία αντιμετώπισης των όζων. **Στους περισσότερους ασθενείς που**

σημαντική η τακτική παρακολούθηση του όζου από ιατρό έμπειρο στην αξιολόγηση των αλλαγών του θυρεοειδούς αδένα.

Θυρεοειδεκτομή

Οι επεμβάσεις θυρεοειδούς πραγματοποιούνται σε ασθενείς με διάφορες παθήσεις του αδένα, που εκδηλώνονται τόσο με **καλοήθεις** όσο και με **κακοήθεις θυρεοειδικούς όζους, υπερτροφία του αδένα** (βρογχοκήλη), και **υπερλειτουργία του αδένα**. Οι επεμβάσεις που μπορούν να γίνουν στον θυρεοειδή περιλαμβάνουν:

- 1) Βιοψία ή εκτομή του όζου,
- 2) Λοβεκτομή,
- 3) Υφολική θυρεοειδεκτομή,
- 4) Ολική θυρεοειδεκτομή,

Υπάρχουν συγκεκριμένες ενδείξεις για κάθε μία από αυτές τις επεμβάσεις. **Το κύριο ρίσκο κάθε επέμβασης στο θυρεοειδή είναι τυχόν βλάβη σε σημαντικές ανατομικές δομές που γειτνιάζουν με τον αδένα, όπως οι παραθυρεοειδείς αδένες** (που ελέγχουν τα επίπεδα ασβεστίου) **και το παλίνδρομο και έξω λαρυγγικό νεύρο** (που ελέγχουν τις φωνητικές χορδές).

Η χειρουργική αντιμετώπιση έχει απόλυτη ένδειξη σε διεγνωσμένη κακοήθεια θυρεοειδούς ή σε πιθανότητα κακοήθειας. Εάν δεν υπάρχει τέτοια υποψία, οι μη χειρουργικές επιλογές μπαίνουν πάλη στη συζήτηση, αναλόγως τη διάγνωση.

φαίνεται πως έχουν έναν καλοήθη όζο δεν πραγματοποιείται συγκεκριμένη θεραπεία, και χρειάζονται μόνο παρακολούθηση.

Μερικοί ιατροί συνταγογραφούν λεβοθυροξίνη με την ελπίδα να σταματήσουν την ανάπτυξη του όζου ή να μειώσουν το μέγεθος ψυχρών όζων. Για τους θερμούς όζους χρησιμοποιείται ραδιενεργό ιώδιο. **Εάν τίθεται υποψία κακοήθειας, συστήνεται χειρουργική θεραπεία.** Ο κύριος στόχος της χειρουργικής θεραπείας είναι η αφαίρεση όλων των θυρεοειδικών όζων που είναι ύποπτοι κακοήθειας και μετά από ιστολογική επιβεβαίωση της κακοήθειας, η αφαίρεση του υπολοίπου θυρεοειδούς αδένα, συμπεριλαμβανομένων των προσβεβλημένων λεμφαδένων. Εάν αποφασισθεί η συντηρητική αντιμετώπιση (χωρίς επέμβαση), τότε είναι ιδιαίτερα

Όταν συστήνεται επέμβαση θυρεοειδούς, οι ασθενείς θα πρέπει να απευθύνουν συγκεκριμένες ερωτήσεις προς τον ιατρό τους:

- Γιατί χρειάζομαι επέμβαση;
- Υπάρχουν άλλοι τρόποι θεραπείας;
- Πως επιλέγω τον χειρουργό μου;
- Ποιοι οι κίνδυνοι της επέμβασης;
- Πόσος θυρεοειδής πρέπει να αφαιρεθεί;
- Θα είμαι φυσιολογικός/ή μετά την επέμβαση;

Γιατί χρειάζομαι επέμβαση;

Ο συνθετέρος λόγος που συστήνεται επέμβαση είναι μετά από αξιολόγηση ενός θυρεοειδικού όζου, που συνήθως περιλαμβάνει βιοψία λεπτής βελόνης. Η χειρουργική προτείνεται στα ακόλουθα αποτελέσματα βιοψίας:

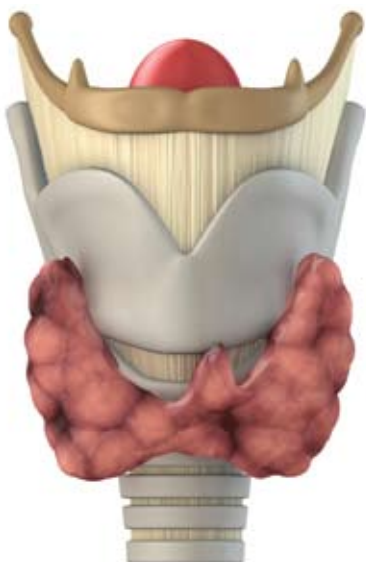
- **Κακοήθεια** (θηλώδης νεόπλασμα)
- **Πιθανή κακοήθεια** (θυλακιώδες νεόπλασμα)

- **Καλοήθεια:** η χειρουργική προτείνεται εάν ο όζος είναι μεγάλος, εάν εξακολουθεί να μεγαλώνει σε μέγεθος ή εάν προκαλεί συμπτώματα όπως πόνο, δυσκαταποσία, κήλη).

Η χειρουργική αντιμετώπιση αποτελεί, επίσης, επιλογή κατά τη θεραπεία του υπερθυρεοειδισμού, για μεγάλες πολυοζώδεις βρογχοκήλες και για κάθε συμπτωματική βρογχοκήλη.

Υπάρχουν άλλοι τρόποι θεραπείας;

Η χειρουργική αντιμετώπιση έχει απόλυτη ένδειξη σε διεγνωσμένη κακοήθεια θυρεοειδούς ή σε πιθανότητα κακοήθειας. Εάν δεν υπάρχει τέτοια υποψία, οι μη χειρουργικές επιλογές μπαίνουν πάλη στη συζήτηση, αναλόγως τη διάγνωση. Οι θεραπευτικές επιλογές θα πρέπει να συζητηθούν διεξοδικά με τον θεράποντα ιατρό.



Πως επιλέγω τον χειρουργό μου;

Γενικά, η χειρουργική του θυρεοειδούς θα πρέπει να πραγματοποιείται από χειρουργική ομάδα με εμπειρία και εξειδίκευση στο αντικείμενο, που πραγματοποιεί την επέμβαση σε τακτική βάση. Ρωτήστε τον χειρουργό, ποιες μεθόδους ακολουθεί για να εξασφαλίσει την ακεραιότητα του παλίνδρομου νεύρου και των παραθυρεοειδών;

Ποιοι οι κίνδυνοι της επέμβασης;

Τα πιο σοβαρά προβλήματα που μπορεί να προκύψουν με τις επεμβάσεις θυρεοειδούς είναι:

- Αιμορραγία, που μπορεί να προκαλέσει αναπνευστική δυσχέρεια
- Τραυματισμός του παλίνδρομου λαρυγγικού, που μπορεί να προκαλέσει μόνιμη βραγχνάδα.
- Τραυματισμός των παραθυρεοειδών αδένων οι οποίοι ελέγχουν το ασβέστιο στο σώμα, προκαλώντας υποπαραθυρεοειδισμό.

Οι επιπλοκές αυτές συμβαίνουν συχνότερα σε ασθενείς με επιθετικά νεοπλασμάτα και διηθημένους λεμφαδένες, σε ασθενείς που υποβάλλονται σε επανεπέμβαση και σε ασθενείς με πολύ μεγάλη βρογχοκήλη που επεκτείνεται στον θώρακα. Η εμπειρία της χειρουργικής ομάδας φυσικά μειώνει σημαντικά τα ποσοστά αυτών των προβλημάτων.

Το συνολικό ρίσκο προβλημάτων αυτού του είδους είναι κάτω από 2%.

Πόσος θυρεοειδής πρέπει να αφαιρεθεί;

Ο ασθενής θα πρέπει να συζητήσει με τον χειρουργό ποια επέμβαση ακριβώς πρόκειται να γίνει και τους λόγους που συστήνεται η επέμβαση αυτή. Για ασθενείς με θηλώδεις ή θυλακιδώδεις νεόπλασμα, οι περισσότεροι (αλλά όχι όλοι) χειρουργοί συστήνουν ολική ή υπολική θυρεοειδεκτομή, όταν πιστεύουν ότι η θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο μπορεί να είναι ευεργετική. Για ασθενείς με μεγάλα (>1.5 εκατ.) πρωτοπαθή νεοπλασμάτα και για κάθε μυελοειδές νεόπλασμα, απαιτείται ευρύτερος λεμφαδενικός καθαρισμός για την αφαίρεση τυχόν λεμφαδενικών μεταστάσεων.

Η θυρεοειδεκτομή είναι μία άριστη μέθοδος θεραπείας ασθενών με καλοήγη πολυοζώδη βρογχοκήλη και/ή μεγάλες βρογχοκήλες, που είτε υπερλειτουργούν, είτε έχουν φυσιολογική λειτουργία. Για ασθενείς με όζους στη μία πλευρά του θυρεοειδούς, η λοβεκτομή μπορεί με επιτυχία να διορθώσει τέτοια προβλήματα. Για ασθενείς με υπερθυρεοειδισμό λόγω νόσου Grave ή πολυοζώδους βρογχοκήλης, πολλοί χειρουργοί συνιστούν ολική λοβεκτομή στην πλευρά με τους μεγαλύτερους όζους και υπολική ή σχεδόν ολική στην άλλη πλευρά. Άλλοι πάλη προχωρούν με ολική θυρεοειδεκτομή σε σύνθετες περιπτώσεις με νόσο και στους δύο λοβούς.

Η **κλασική θυρεοειδεκτομή** (με μικρή τομή στον λαιμό) έχει βελτιωθεί πολύ σήμερα με



τη χρήση ειδικού εργαλείου που ανιχνεύει τη θέση του λαρυγγικού νεύρου ανά πάσα στιγμή κατά τη διάρκεια της επέμβασης (νευροδιεγέρτης). Στις περισσότερες περιπτώσεις χρησιμοποιούνται ειδικοί μεγεθυντικοί φακοί που μεγεθύνουν το οπτικό πεδίο, 3-4 φορές, για καλύτερη αναγνώριση των ιστών. Η επέμβαση διαρκεί συνήθως 2-2½ ώρες. Οι περισσότεροι ασθενείς που υποβάλλονται σε θυρεοειδεκτομή παραμένουν στο νοσοκομείο για ένα 24ωρο και παίρνουν εξιτήριο το επόμενο πρωί μετά από μέτρηση του ασβεστίου ορού. Οι ασθενείς επιστρέφουν στις φυσιολογικές τους συνήθειες από την πρώτη κιόλας μετεγχειρητική ημέρα. Αθλήματα και άρση βάρους θα πρέπει να αποφεύγονται για διάστημα τουλάχιστον 10 ημερών.

Θα είμαι φυσιολογικός/η μετά την επέμβαση;

Απολύτως. Όταν συνέλθετε από την επέμβαση του θυρεοειδούς, συνήθως μπορείτε να κάνετε ότι κάνατε και πριν από αυτή. Πολλοί ασθενείς χρειάζονται θεραπεία με θυρεοειδική ορμόνη μετά από τη θυρεοειδεκτομή, ιδίως σε περιπτώσεις αφαίρεσης νεοπλασμάτος. Επίσης, μπορεί ο θεράπων ιατρός να ακολουθήσει θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο πριν ξεκινήσει την αγωγή υποκατάστασης της θυρεοειδικής ορμόνης. ♦