



21/12/2016

ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

ΑΣΘΕΝΗΣ: ΧΧΧΧΧΧΧΧΧΧ, ΧΧΧΧΧΧΧΧ

Ημ. Γέννησης: ΧΧ.ΧΧ.ΧΧΧΧ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Διεστιακό θηλώδες καρκίνωμα θυρεοειδούς (ΠΔ: 09/2016)

- Δύο εστίες εντός του ΔΕ λοβού, έκαστη 0,6 cm (η μία με εξωθυρεοειδική διηθητική επέκταση)
- AJCC/TNM: T3N0M0, Stadium I
- ATA(2015): Intermediate Risk

Θεραπευτική πορεία:

- Ολική θυρεοειδεκτομή 14.09.2016 (Νοσ. ΥΓΕΙΑ)
- Μετεγχειρητικό Uptake: 1,4 % (μονήρες υπόλειμμα λειτουργικού θυρεοειδικού ιστού)
- 20.10.2016: Θεραπεία με ραδιενεργο Ιωδίο (60mci I -131)
- 27.10.2016: Post I-131-Scan: Προσληψη μονο απο το θυρεοειδικό υπόλειμμα, όχι μεταστάσεις

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

Η ασθενής παραπέμπεται απο τον χειρουργό της για ενδοκρινολογική εκτίμηση μετά την διάγνωση θηλώδους καρκινώματος του θυρεοειδούς. Η διάγνωση είχε ήδη τεθεί προεγχειρητικά μέσω FNA. Είχαν παρακεντηθεί τρεις θυρεοειδικοί όζοι, δύο εκ των οποίων εμφάνισαν κυτταρολογικά στοιχεία κακοήθειας και συγκεκριμένα: Ένας όζος στην μεσότητα του Δεξιού λοβού (8,5 x 5,8 mm) είχε ευρήματα ύποπτα για θηλώδες καρκίνωμα θυρεοειδούς (Bethesda V) και ένας όζος στο όριο δεξιού λοβού και ισθμού είχε ευρήματα συμβατά με θηλώδες Ca θυρεοειδούς (Bethesda VI). Υπερηχογραφικά δεν είχαν ανιχνευθεί παθολογικοί τραχηλικοί λεμφαδένες. Η καλσιτονίνη ορού ήταν αρνητική. Στις 14.09.2016 ακολουθησε ολική θυρεοειδεκτομή στο Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ. Η ασθενής εκτιμάται σήμερα την 7η μετεγχειρητική ημέρα. Λαμβάνει 75 µg T4 καθώς και σκεύασμα ασβεστίου σε μειούμενη δοσολογία. Ο άμεσος μετεγχειρητικός έλεγχος του ασβεστίου ήταν φυσιολογικός. Γενικά αισθάνεται καλά. Απο χτες εμφανίζει σποραδικά μούδιασμα και πιάσιμο του μεσαίου δακτύλου δεξιά. Δεν αναφέρονται απο το ιστορικό λοιπές σοβαρές παθήσεις. Δεν καπνίζει, δεν έχει γνωστές αλλεργίες. Βάρος σταθερό. Γυναικολογικό ιστορικό: G3P2. Κύκλος φυσιολογικός. Δεν έχει άμεση επιθυμία τεκνοποίησης, δεν το αποκλείει όμως για το απώτερο μέλλον. Διατροφή φυσιολογική.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

Δεν αναφέρονται παθήσεις θυρεοειδούς στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον και ιδιαίτερα: όχι θυρεοειδικές κακοήθειες.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ

04.11.2016: Μετά απο απόσυρση T4 για 5 εβδομάδες (αρχικά παροδική κάλυψη με T3) ακολούθησε θεραπεία με 60 mCi I-131. Το άμεσο μετεγχειρητικό Uptake Scan ήταν 1,4%. Το ολόσωμο post-I131 scan έδειξε πρόσληψη μόνο απο το λειτουργικό υπόλειμμα θυρεοειδικού ιστού και όχι μεταστάσεις. Η ασθενής έχει ξεκινήσει ήδη Euthyrox 50 µg και νιώθει πολύ καλύτερα.

ΤΡΕΧΟΥΣΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Euthyrox 50 µg 1-0-0 (απο σήμερα αύξηση σε 100)



ΠΕΡΙΛΗΨΗ / ΟΔΗΓΙΕΣ (06.11.2016)

Το χαμηλό μετεγχειρητικό uptake (1,4%) επιβεβαιώνει την καλή ριζικότητα της θυρεοειδεκτομής. Μετά και την χορήγηση 60 mCi ραδιενεργού ιωδίου αναμένω πλήρη καταστροφή του θυρεοειδικού υπολείματος, κάτι το οποίο είναι απαραίτητο για την μακροχρόνια παρακολούθηση. Στα επόμενα 2-3 χρόνια θα χρειαστεί θεραπεία καταστολής TSH λόγω του αρχικού T3 σταδίου της νόσου. Καθώς όμως δεν φαίνεται να υπάρχουν τοπικές ή συστηματικές μεταστάσεις, αν και ο μετέπειτα έλεγχος αποβεί αρνητικός, θα μπορέσουμε σε 2-3 χρόνια να μειώσουμε την δόση T4 σε απλή θεραπεία υποκατάστασης. Προς το παρόν συνιστούνται τα εξής:

- Αύξηση του Euthyrox σε 100 μg
- Έλεγχος TSH σε 10 μέρες (στόχος: TSH < 0,01 mU/L με φυσιολογικές FT3/FT4)
- Κλινικός επανέλεγχος στο ιατρείο ανα 3μηνο
- Ολόσωμο scan και μέτρηση θυρεοσφαιρίνης μετά απο απόσυρση T4 ή Thyrogen σε ένα χρόνο.

Παραμένω στην διάθεση σας για οποιοσδήποτε απορίες/διευκρινίσεις

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Dr. med. Θεόδωρος Θωμάς
Ενδοκρινολόγος – Διαβητολόγος
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Charite Βερολίνου