

Š

štitnjača je organ čiji izgled podsjeća na leptira, a nalazi se na donjem dijelu vrata, neposredno iznad prsne kosti. Metabolički je izrazito aktivan organ čiji rad utječe na normalno funkcioniranje cijelog tijela. Hormoni štitnjače (T3 i T4) djeluju na regulaciju krvnog tlaka, procese rasta i razvoja tijela, regulaciju tjelesne težine u sklopu anaboličkih i kataboličkih procesa. Uz štitnjaču se nalaza četiri dodatne žlijezde, paratireoidna tjelešca, koja reguliraju razinu kalcija u krvi, koji je važan za izgradnju kosti. Rutinskim pregledom, ultrazvukom (UZV) štitnjače, u većine ljudi može se pronaći više čvorova, veličine od nekoliko milimetara pa sve do nekoliko centimetara. Većina tih čvorova je dobroćudno; koloidne ciste, dobroćudni tumori i sl. Tek manji broj njih predstavlja zloćudne tumore; papilarni, folikularni, medularni i anaplastični.

VRSTE ZLOĆUDNIH TUMORA ŠTITNJAČE

Papilarni karcinom štitnjače najbolje je liječen karcinom kod ljudi. Čak i pojavnost metastaza na vratu ne mijenja prognozu bolesti. Na njega otpada više od 90% svih karcinoma štitnjače. Znatno se više javlja u žena. Izloženost radioaktivnom zračenju u djetinjstvu ili tijekom života znatno povećava rizik za njegov nastanak. Za folikularni karcinom, koji se javlja mnogo rjeđe, mogli bismo zaključiti da je po prognozi sličnih karakteristika.

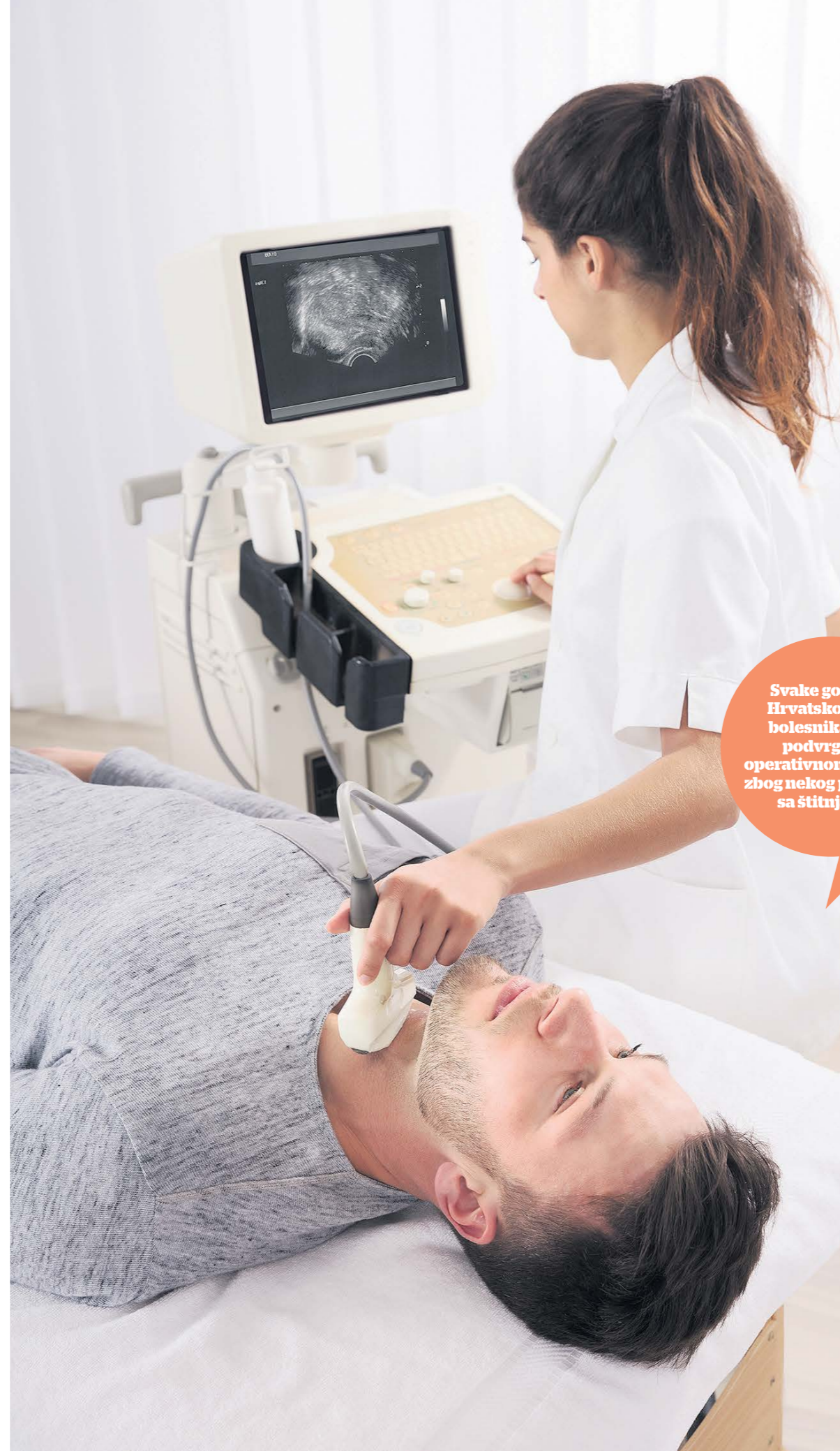


Tekst
Dr. sc. Krešimir Gršić, dr. med., otorinolaringolog, subspec. plastične kirurgije glave i vrata



Karcinomi štitnjače -

bolest za koju je kirurški zahvat glavna terapija



Svake godine u Hrvatskoj 3000 bolesnika bude podvrgnuto operativnom zahvatu zbog nekog problema sa štitnjačom



POSTAVLJANJE DIJAGNOZE I LIJEČENJE

Dijagnoza svih karcinoma štitnjače postavlja se na temelju citološke punkcije. Tankom iglom se pod kontrolom ultrazvuka uzima dio otkrivenog čvora u štitnjači, koji se potom pod mikroskopom pregledava i postavlja dijagnoza. Ako je potrebno, prije operativnog zahvata učinit će se dodatne pretrage; ultrazvuk vrata, scintigrafija štitnjače, CT ili MR glave i vrata te iznimno rijetko PET-CT.

Kirurgija je primarna terapija svih karcinoma štitne žlijezde. Najčešće se odstranjuju oba režnja štitnjače (lijevi i desni) te se na strani tumora preventivno odstranjuju limfni čvorovi koji se nalaze između štitnjače i dušnika (paratrahealna disekcija). Minucioznom tehnikom, uz veliku frekvenciju operativnih zahvata,

S druge strane anaplastični karcinom štitnjače izrazito se slabo liječi, unatoč primjeni svih modernih i raspoloživih metoda liječenja. Radi se o iznimno rijetkom tumoru, s pojavnosću od svega jednog novog bolesnika svake godine na 1,000.000 stanovnika. Smatra se da nastaje iz zanemarenog papilarnog karcinoma koji se godinama ne liječi.

Posebnu vrstu predstavlja medularni karcinom. Uglavnom se dijagnosticira sporadično, ali može se javiti i tijekom djetinjstva u sklopu MEN sindroma. Riječ je o poremećaju kod kojeg se, osim tumora štitnjače, javljaju tumori paratireoidnih i nadbubrežnih žlijezda. U takvih osoba potrebno je učiniti genetski probir te rizične osobe preventivno operirati; odstraniti štitnjaču kako u njoj ne bi nastao karcinom.

potpomognutu upotrebom suvremenih endoskopskih uređaja (harmonični nož, bipolarne škare i sl.) moguće je uz minimalan rez na vratu radikalno učiniti operativni zahvat; sačuvati povratne živce odgovorne za uredan govor, kao i paratireoidne žlijezde koje reguliraju koncentraciju kalcija u krvi. Kod papilarnih i folikularnih karcinoma nakon provedenog operativnog zahvata bolesnici prolaze kroz skeniranje tijela jodom (body scan). Ovisno o stadiju bolesti, radi odstranjenja svih zaostalih stanica štitnjače u tijelu pojedini bolesnici primit će terapijsku dozu radioaktivnog joda.



NAJČEŠĆI RAZLOZI ZA OPERACIJU:

- 1 **zloćudni tumori štitnjače**
- 2 **dobročudni tumori štitnjače**
- 3 **dobročudni čvorovi u štitnjači (struma), koji zbog svojeg položaja i veličine stvaraju funkcionalne smetnje u svakodnevnom životu (disanje, hranjenje i govor)**
- 4 **pojačan rad štitnjače (hipertireoza), koja se nije smirila na medikamentoznu terapiju (lijekove).**

Što operiramo?

Kirurškim postupkom, ovisno o dijagnozi, kirurg u dogovoru s bolesnikom odstranjuje najmanje pola štitnjače (jedan režanj). U slučaju zloćudnih tumora, hipertireoze (pojačanog rada štitnjače) ili dobroćudnih čvorova u oba režnja štitnjače, odstranjuje se čitava žlijezda. Ako je riječ o zloćudnim tumorima štitnjače, preventivno se odstranjuju limfni čvorovi koji se nalaze uz štitnjaču (tzv. paratrahealna disekcija).

Kako se danas operira u najmodernijim centrima?

Uspjeh današnje operacije garantira nam suvremena tehnologija u rukama iskusnog kirurga u profesionalnom centru koji se bavi kirurgijom štitnjače. Danas se primjenjuje horizontalni rez položen u sredini vrata u visini istmusa (srednjeg dijela) štitnjače otprilike 2-3 cm ispod donjeg ruba hrskavice grkljana. Rez je dužine 3-5 cm, a odgovara promjeru najvećeg čvora u štitnjači koji je potrebno odstraniti. Sve strukture oko štitnjače samo se razmiču, a tek iznimno režu. Boravak u bolnici svodi se na dva do tri dana. Kirurg koji godišnje obavi više od sto kirurških zahvata na štitnjači, a radi u ustanovi u kojoj se godišnje operira najmanje 150 novih bolesnika s problemima štitnjače garancija je uspješnih operacija s minimalnim komplikacijama. Ustanove u kojima rade takvi kirurzi imaju najkraće vrijeme hospitalizacije s najmanje privremenih ili trajnih paraliza povratnih živaca (rekurentni živac), odnosno najmanje hipokalcemija kao posljedica hipoparatireoidizma.



Kod medularnih karcinoma kirurški zahvat konačna je terapija. Tek kod uznapredovalih faza bolesti u obzir dolaze radioterapija, odnosno kemoterapija. Za anaplastične karcinome, ako zbog opsega bolesti nije moguće provesti kirurško liječenje, na raspolaganju su zračenje i kemoterapija. Možemo zaključiti da se karcinomi štitnjače izrazito dobro liječe. Nakon završetka liječenja u bolesnika se uvodi supstitucijska terapija sintetskim hormonima štitnjače (levotiroksin) koji se uzima jednom dnevno cijeli život. Bolesnici se mogu vratiti svojim prethodnim obiteljskim i društvenim obvezama u punom opsegu, a za žene u generativnoj dobi nema zapreke da nakon operativnog zahvata postanu majke.

NAJČEŠĆE KOMPLIKACIJE OPERACIJE ŠTITNJAČE

1

RANO POSTOPERATIVNO KRVARENJE

Štitnjača je najprokrvljeniji ljudski organ. Zbog neadekvatnih tehničkih uvjeta, loše kirurške tehnike i opsežnih krvarenja prve operacije (prije stotinjak godina) karakterizirao je visok mortalitet (smrtnost) te su zbog toga bile rijetko izvođene. Upotrebom suvremenih tehnologija krvarenja su danas u ranom postoperativnom tijeku vrlo rijetka, ali mogu s obzirom na intenzitet i lokaciju biti životno ugrožavajuća. Nakupljanje krvi na vratu može zbog pritiska na dušnik dovesti do gušenja. Statistički gledano, svaka stota operacija štitnjače završava ponovno na operacijskom stolu zbog prevelikog nakupljanja krvi u ležištu operacije.

2

PRIVREMENA ILI TRAJNA OZLJEDA POVRAATNOG ŽIVCA

Na svakoj strani vrata, između jednjaka i režnja štitnjače, leži povratni živac (kolokvijalno rekurens), koji nakon što prođe neposredno uz Berryjev ligament (vezivno tkivo kojim je štitnjača vezana za dušnik) ulazi u grlo gdje je odgovoran za pokretanje glasnice. Ispad jednog živca očituje se kao nepokretljivost glasnice, koju bolesnici zamjećuju kao promuklost. Nepokretljivost glasnice može biti prolazna (pareza) ili trajna (paraliza). Ako je kontinuitet živca održan, unutar 6-8 tjedana, najkasnije do 6 mjeseci, može se očekivati spontani oporavak živca, a samim tim ponovno vraćanje pokretljivosti glasnice. Mjere fizikalne terapije koje će u dogovoru s otorinolaringologom, kirurgom glave i vrata provesti logopedi olakšat će i ubrzati oporavak živca. Ako oporavak glasnice ne nastupi nakon 12 mjeseci, tada smatramo da će glasnica ostati trajno nepomična. Od ukupnog broja operiranih trajna nepokretljivost glasnica zabilježena je između 0,5

3

TETANIJA (GRČENJE MIŠIĆA) KAO POSLJEDICA SMANJENE KONCENTRACIJE CA (KALCIJA) U KRVI (HIPOKALCEMIJA)

Uz svaki režanj štitnjače, uz njezin gornji i donji pol nalaze se smeđe-žučkasta paratireoidna tjelešca koja veličinom ne prelaze 3-5 mm. Neiskusno oko lako ih može zamijeniti s normalnim masnim tkivom. Od ukupno četiri žlijezde dovoljno je tek pola jedne da zadovolje potrebe čovjeka u lučenju PTH (paratireoidnog) hormona, koji upravlja metabolizmom kalcija u krvi. Hormon (PTH) podiže koncentraciju kalcija u krvi mobilizirajući ga iz naših kostiju te djeluje na bubrege i crijeva da što više kalcija zadrže u tijelu.

Krvna opskrba paratireoidnih žlijezda usko je vezana za cirkulaciju štitnjače. Kirurško je umijeće u cijelosti odstraniti štitnjaču, a sačuvati jednu ili više paratireoidnih žlijezda u funkcionalnom stanju. Kada su sve žlijezde odstranjene (sve četiri) ili im je cirkulacija uništena, postoperativno neće biti održanog stvaranja paratireoidnog hormona te se očekuje da će u roku od 48 sati nakon završetka operacije doći do značajnog pada koncentracija Ca u krvi.

To će dovesti do poremećaja rada mišića koje će se očitovati njihovim grčenjem. Za bolesnika je ugrožavajući grč mišića kojima dišemo, tako da bolesnik ostaje bez kisika, te se može ugušiti. Takve komplikacije su danas iznimno rijetke, a izbjegnute su kontrolom Ca u krvi prvih postoperativnih dana. Kada je operirano samo pola štitnjače, tada nije potrebno uopće kontrolirati koncentraciju PTH i Ca, jer žlijezde uz drugi režanj nisu zahvaćene operacijom i uredno rade. Kod operacije oba režnja štitnjače, gdje su pod rizikom sve četiri žlijezde, čak u 5-30% slučajeva može doći do privremenog slabijeg rada žlijezda. U 2-5% slučajeva žlijezde se nikada neće oporaviti, te će potreba za nadomjesnom terapijom biti doživotna.