

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ЦЕНТРАЛНА МЕДИЦИНСКА БИБЛИОТЕКА

ЕНДОКРИННИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

ENDOCRINE DISEASES

Редакционна колегия

Проф. д-р М. Боянов, дмн, гл. редактор
Проф. д-р Цв. Танкова, дмн, Доц. д-р И. Цинликов, дм,
Доц. д-р К. Тодорова, дм

Оригинални статии, литературни обзори и реферати
на чуждестранни научни медицински публикации в областта на:
ЕНДОКРИНОЛОГИЯ И БОЛЕСТИ НА ОБМЯНАТА

Списанието се обработва в БД

БЪЛГАРСКА МЕДИЦИНСКА ЛИТЕРАТУРА

Ендокр. забол.
Endokr. zabol.

Год. XLIV

2015

Брой 3

вателно поведение може да изиграе лоша шега на засегнатите деца, тъй като родителите понякога се уморяват от периодичните изследвания и преустановяват визитите при лекаря. Затова по тяхно желание тиреоидектомията може да се направи и по-рано. Също така, както вече беше отбелязано, никой лекар не може да гарантира каква ще бъде фенотипната изява на дадена мутация. Понякога и мутации в групата на умерения риск стават причина за развитието на много агресивен карцином.

И накрая, трябва да се помни, че само 25% от децата с МЕН2Б ще имат наследствено заболяване, при останалите 75% мутацията се появява *de novo*, т.е. родителите са здрави. При този синдром МТК е силно агресивен, но някои деца могат да бъдат излекувани, ако фенотипните му изяви се разпознаят навреме. Почти винаги те са видими преди появата на тиреоидния възел или феохромоцитома.

М. Ванкова

ПРЕРАБОТЕНИ ПРЕПОРЪКИ НА АМЕРИКАНСКАТА ТИРЕОИДНА АСОЦИАЦИЯ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА МЕДУЛАРЕН ТИРЕОИДЕН КАРЦИНОМ (ЧАСТ 3)

Wells, A.S. et al. Revised American Thyroid Association Guidelines for the Management of Medullary Thyroid Carcinoma. *Thyroid*, **25**, 2015, № 6, 567-596.

Постоперативно проследяване

След осъществяване на оперативното лечение туморът отново се стадира, този път съобразно хирургичния протокол. Препоръчва се описанието да включва точния брой на засегнатите регионални лимфни възли – 0, 1-10, 11-20 или над 20. За да се установи дали операцията е довела до излекуване, се измерва нивото на калцитонина. То трябва да бъде неизмеримо и с най-чувствителните лабораторни методи. Смята се, че за три месеца след операцията калцитонинът достига надир. СЕА не е толкова информативен маркер. Неговият полуживот е по-дълъг, съответно и достигането на надир отнема повече време. Някои автори предлагат като ориентир за успешна операция да се ползва базално ниво на калцитонина под 10 pg/mL, а други – стимулирано

ниво под 10 pg/mL. В случаите на недоловим калцитонин алгоритъмът е ясен – тиреоидектомията е довела до излекуване и остава пациентът само да се проследява на 6-месечен период, а по-късно и ежегодно – чрез измерване нивото на калцитонина. При висок калцитонин, но под 150 pg/mL, се прави ултразвуково изследване на шийен регион и ако от него не се установи съмнителен остатък или новопоявил се карцином, продължава да се следи ниво на калцитонина. Следи се времето за удвояване на изходната стойност. При калцитонин над 150 pg/mL се пристъпва към по-подробни образни изследвания за откриване на евентуалния карцином и неговите метастази. При наличие на системно заболяване с множество далечни метастази, може да се опита лечение с тирозин-киназен инхибитор – vandetanib или cabozantinib.

Границата за калцитонина от 150 pg/mL е установена чрез проучвания. Забелязва се, че при пациентите с измерим калцитонин след операцията, при които той е под 150 pg/mL, карциномът никога не е разпространен по-далече от регионалните лимфни възли. Периодът, за който нивото на калцитонина се удвоява, също има информативна стойност. Ако той се удвои за над 6 месеца, прогнозата е по-добра. В едно проучване се установява, че всички пациенти, при които стойността на калцитонина се е удвоила за 24 месеца, били живи и в края на 10-годишното проследяване. Американската тиреоидна асоциация предлага калкулатор за изчисляване на времето за удвояване на калцитонина и на СЕА, ако се въведат няколко поредни измервания. Калкулаторът е достъпен на интернет страницата на организацията – www.thyroid.org/thyroid-physicians-professionals/calculator.

Лечение на пациенти с МТК и регионални метастази

Ако след първоначалната операция се установи, че не са отстранени всички регионални метастази, се препоръчва втора процедура. При нея се цели щателно да се отстранят всички лимфни възли в зони VI (централни) и от II до V (странични).

След операция по повод медуларен тиреоиден карцином не се провежда радиойодтерапия. Ако някоя метастаза съдържа и папиларна или фоликуларна съставка, тогава може да се обсъди и този подход.

Това, което по-често се налага след тиреоидектомия по повод МТК, е лъчелечение в областта на шийния регион. Такова е

показано при разпространено извън щитовидната жлеза заболяване, в рамките на шийния регион; ако в постоперативния протокол е описан остатъчен тумор; ако има засягане на много регионални лимфни възли, особено такива, които могат да затруднят дишането, ако нараснат допълнително.

Лечение на пациенти с МТК и далечни метастази

Системната медикаментозна терапия с тирозин-киназни инхибитори не намира широко приложение при МТК. Тя не бива да се започва при пациенти, при които калцитонинът след операцията е започнал да се повишава, но образните изследвания не доказват далечни метастази. Не се прилага и при пациенти с доказано метастатично заболяване, ако то прогресира бавно. За това се съди по времето за удвояване на калцитонина – ако е над 2 години, системна терапия не се започва.

При данни за рецидив на МТК се препоръчва, първо, да се направи отворена експлоративна операция за търсене на метастази в черния дроб и вземане на биопсия от него. Ако такива не се открият, чак тогава да се запланува повторна операция на шийен регион. Тази препоръка изхожда от това, че повторната операция на щитовидната жлеза и близкоразположените зони с лимфни възли е много по-трудоемка и рискована, тъй като са се сформирали вече и сраствания.

При наличие на единични далечни метастази – в мозъка, белия дроб, черния дроб, кожата, те се отстраняват оперативно, със или без последващо облъчване на съответната зона. При периферни белодробни метастази се прилага радиофреквентна аблация. При множество чернодробни метастази – хемоемболизация. При метастаза в гръбначния мозък се налага спешно оперативно отбремняване. Прилагат се кортикостероиди. Лечението на фрактурите при метастатично заболяване включва операция, термоаблация, инжектиране на цимент и външно облъчване. Показано е медикаментозно лечение с denosumab или бифосфонати.

М. Ванкова