

MULTIDISCIPLINARNA OBRAVNAVA BOLNIKOV Z RAKOM ŠČITNICE

Nikola Bešić, Ivana Žagar, Barbara Vidergar-Kralj, Marta

Dremelj, Branko Zakotnik

Vsi: Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

Čeprav je klinična slika pri veliki večini rakov ščitnice podobna, ne gre za eno bolezen, pač pa za heterogeno skupino bolezni, ki imajo različen klinični potek in prognozo. Večina bolnikov z rakom ščitnice je zdravljena multidisciplinarno, saj jih zdravimo kirurško z radiojodom in hormonsko terapijo. Večina bolnikov ima dobro prognozo in je ozdravljena. Bolnike z oddaljenimi zasevki, lokoregionalno napredovalo boleznijo in/ali ponovitvijo bolezni zdravimo tudi s perkutanim obsevanjem, ob katerem pogosto uporabljamo senzibilizacijo s citostatiki. Citostatike in biološka zdravila uporabljamo pri bolnikih z anaplastičnim in metastatskim, dobro diferenciranim rakom. Jedro multidisciplinarnega tima predstavljajo kirurg, specialist nuklearne medicine in radioterapevt. Na konziliju je vedno prisoten tudi specialist medicinske biokemije. Kadar obravnavamo bolnika, ki ima oddaljene zasevke, se nam, če zasevki ne kopičijo radiojoda, pridruži tudi internist onkolog. Glede na sodobna priporočila o sledenju bolnikov z rakom ščitnice bi moral na konziliju biti vedno prisoten tudi radiolog. Pri bolnikih z metastatskim rakom pa bi moral na konziliju vedno sodelovati tudi internist onkolog.

Kratka predstavitev področja

Po podatkih Registra raka v Sloveniji rak ščitnice predstavlja le 1 % vseh malignomov, zato je zdravljenje slovenskih bolnikov smiselno izvajati le v enem centru v Sloveniji. Čeprav je klinična slika pri veliki večini rakov ščitnice podobna, ne gre za eno bolezen, pač pa za heterogeno skupino bolezni, ki imajo različen klinični potek in prognozo: papilarni karcinom ščitnice (PKŠ), folikularni karcinom (FKŠ), medularni karcinom (MKŠ) in anaplastični karcinom ščitnice (AKŠ). Večina bolnikov ima dobro prognozo. Skoraj vse bolnike zdravimo multidisciplinarno, saj poleg kirurškega zdravljenja bolniki s PKŠ ali FKŠ potrebujejo še zdravljenje z radioaktivnim jodom. Bolnike z oddaljenimi zasevki, lokoregionalno napredovalo boleznijo in/ali ponovitvijo bolezni zdravimo tudi s perkutanim obsevanjem, ob katerem pogosto uporabljamo senzibilizacijo s citostatiki. Citostatike in biološka zdravila uporabljamo pri bolnikih z AKŠ in metastatskim PKŠ, FKŠ in MKŠ.

Predstavitev multidisciplinarnega tima

Jedro multidisciplinarnega tima predstavljajo kirurg, specialist nuklearne medicine in radioterapevt. Na konziliju je vedno prisoten tudi specialist medicinske biokemije. Kadar obravnavamo bolnika, ki ima oddaljene zasevke, se nam pridruži tudi internist onkolog. Ostale člane multidisciplinarnega konzilija vključimo le po potrebi (ad hoc), saj na konziliju obravnavamo v enem tednu le do nekaj bolnikov. V sklopu diagnostike nam pomagajo tirolog, radiolog, citopatolog, patolog, genetik in molekularni biolog (določitev mutacije gena RET-MTC v krvi in tumorskem tkivu in določitev mutacije BRAF v tumorju) in nevrolog. Kadar ima bolnik zasevke v pljučih, pri našem delu sodeluje torakalni kirurg, pri skeletnih zasevkih travmatolog ali ortoped, pri zasevkih v centralnem živčevju ali hrbtenici pa nevrokirurg. Med obsevanjem vratu bolnika vključimo v prehransko svetovanje, v terminalni fazi bolezni pa sodelujemo s protibolečinskim in paliativnim timom.

Oblike multidisciplinarne obravnave

Redna oblika multidisciplinarne obravnave

Redna oblika multidisciplinarne obravnave poteka enkrat tedensko na ščitničnem konziliju, kjer se zbere ožje jedro tima in najprej obravnava na konziliju prisotne bolnike in njihove svojce. Namen predstavitve bolnika je sprejeti odločitev glede dodatne diagnostike in nadaljnjega zdravljenja.

Drugi del konzilija je namenjen kolegom z drugih klinik, ki potrebujejo naš nasvet glede diagnostike oziroma zdravljenja bolnikov z boleznimi ščitnice in rakom ščitnice. Pogosto nas za mnenje vprašajo torakalni kirurgi iz Ljubljane ali Maribora, vedno pogosteje pa tudi otorinolaringologi.

Tretji del konzilija je namenjen obravnavi dokumentacije bolnikov, ki jih na konzilij napoti lečeči zdravnik z Onkološkega inštituta. Konzilij svetuje lečečemu zdravniku glede dodatnih preiskav in dopolnilnega, radikalnega in paliativnega zdravljenja.

Izredna oblika multidisciplinarne obravnave

Če gre za urgentno stanje pri bolniku, ki zahteva nujno zdravljenje, se ob dneh, ko ni konzilija, oziroma med prazniki in dopusti, člani konzilija sestanemo ali posvetujemo po telefonu in sprejmemo odločitev o zdravljenju. V tem primeru zapis konzilija ad hoc zapiše lečeči zdravnik. Tak način dela uporabimo približno enkrat mesečno.

Podlage za multidisciplinarno obravnavo: smernice in klinične poti

Pri našem delu sledimo najnovejšim priporočilom iz evropskih in ameriških smernic za diagnostiko in obravnavo bolnikov z rakom ščitnice. Slovenske smernice so bile zadnjič objavljene leta 2004, sedaj pa so v pripravi nove smernice.

Število konzilijev in sestava

Glede na to, da tedensko obravnavamo le do osem bolnikov, imamo le en konzilij za ščitnico in člani tima za ščitnico smo hkrati tudi člani konzilija. Pri delu konzilija so v zadnjih treh mesecih leta 2013 sodelovali štiri kirurgi onkologi, trije specialisti nuklearne medicine, štiri radioterapevti, dva internista onkologa in specialist medicinske biokemije. Leta 2013 je pri delu konzilija sodelovala tudi medicinska sestra in administratorica, od februarja leta 2014 dalje pa pri delu samega konzilija ne pomaga več medicinska sestra, pač pa le administratorica.

Analiza multidisciplinarne obravnave za zadnje trimesečje 2013

Konziliji: konzilij se je sestel 11-krat in obravnaval 26 bolnikov

Samo dokumentacija	11
popisi bolnikov OI	8
dokumentacija iz drugih ustanov	3
naša mnenja na konziliju v drugi ustanovi	0
telekonferenca	0
Pregledi bolnikov	15
bolnikov OI	12
napotnih iz drugih ustanov	3
naša mnenja na konzilijih v drugih ustanovah	0

Po vrsti mnenja

pred prvim zdravljenjem	0
odločitev o adjuvantnem zdravljenju	11
samo triaža bolnikov	2
odločitev o zdravljenju ob ponovitvi ali napredovanju bolezni	12

Mnenje o zdravljenju v tujini za ZZS 1

Druge oblike multidisciplinarne obravnave – nimamo podatkov

Predlog kazalnikov, po katerih bi merili uspešnost konziliarnega dela

Rak ščitnice je redka bolezen, ki jo sestavlja cela paleta povsem različnih bolezni z različno diagnostiko, zdravljenjem, prognozo in sledenjem bolnikov. Glede na to, da smo člani konzilija hkrati vključeni v drugo delo na inštitutu, je naše mnenje, da ni smiselno postavljati kazalnikov, ki bi merili uspešnost konziliarnega dela na področju ščitnice.

Če pa že moramo imeti merljive kazalnike, bi predlagali tri, ki so povezani z učinkovitostjo in uspehom multidisciplinarnega zdravljenja:

1. Kolikšen delež bolnikov, pri katerih razen kirurškega zdravljenja in zdravljenja z radiojodom potencialno pride v poštev sistemsko zdravljenje in/ali perkutano obsevanje, je predstavljen na konziliju že pred začetkom zdravljenja. Cilj bi bil čimveč bolnikov.
2. Kolikšen delež bolnikov je po končanem kirurškem zdravljenju, ki zahteva še zdravljenje z obsevanjem in/ali sistemskim zdravljenjem s citostatiki, predstavljen multidisciplinarnemu konziliju v treh tednih po operativnem posegu. Po našem mnenju bi morali v tem času predstaviti vse bolnike, saj bi bilo s perkutanim obsevanjem vratu in mediastinuma optimalno pričeti šest tednov po operaciji.
3. Kolikšen delež bolnikov, pri katerih pride v poštev zdravljenje z biološkimi zdravili in/ali citostatiki, je predstavljen na ščitničnem konziliju. Cilj bi bil vsi bolniki, ki imajo oddaljene zasevke ob prvi diagnozi, in ob izrazitem progresu bolezni.

Predlog morebitne reorganizacije dela konzilijev in ostalih oblik multidisciplinarne obravnave

Glede na sodobna priporočila o sledenju bolnikov z rakom ščitnice bi po našem mnenju moral biti vedno prisoten na konziliju tudi radiolog. Pri bolnikih z metastatskim rakom pa bi moral na konziliju vedno sodelovati tudi internist onkolog.

Ocena potreb na državni ravni in predlog konziliarne oskrbe na državnem nivoju

Glede na to, da je rak ščitnice redka bolezen in da zdravljenje in sledenje bolnikov poteka že sedaj le na Onkološkem inštitutu, ščitnični konzilij že sedaj zagotavlja ustrezno obravnavo bolnikov z rakom ščitnice za celo državo. Glede na vedno večje število bolnikov s papilarnim mikrokarcinomom ščitnice bi bilo smiselno organizirati ambulate za sledenje teh bolnikov v tiroloških ambulantah v nekaj večjih krajih v Sloveniji (npr. Celje, Maribor, Izola in Nova Gorica).

Zaključek

Zaradi raka ščitnice zdravimo le 1 % onkoloških bolnikov, zato je zdravljenje smiselno koncentrirati le na Onkološkem inštitutu. Večino bolnikov zaradi ugodne prognoze in ustreznega multidisciplinarnega zdravljenja povsem ozdravimo s kirurškim posegom in radiojodom. Bolnike z lokoregionalno napredovalim rakom, oddaljenimi zasevki ali ponovitvijo bolezni v Sloveniji učinkovito zdravimo multidisciplinarno s kirurškim posegom, radiojodom, perkutanim obsevanjem, citostatiki in biološkimi zdravili.

Viri in literatura

1. Bešič N, Auersperg M, Dremelj M, Videgar-Kralj B, Gazič B. Neoadjuvant chemotherapy in 16 patients with locally advanced papillary thyroid carcinoma. *Thyroid* 2013; 23: 178-84.
2. Bešič N, Auersperg M, Gazič B, Dremelj M, Žagar I. Neoadjuvant chemotherapy in 29 patients with locally advanced follicular or Hürthle cell thyroid carcinoma: a phase 2 study. *Thyroid* 2012; 22: 131-7.
3. Bešič N, Auersperg M, Us-Krašovec M, Golouh R, Frković-Grazio S, Vodnik A 2001 Effect of primary treatment on survival in anaplastic thyroid carcinoma. *Eur J Surg Oncol* 27: 260-264.
4. Bešič N, Tumorji ščitnice, obščitničnih žlez, nadledvičnih žlez in neuroendokrini tumorji prebavil. In: Novaković S, Hočevar M, Jezeršek Novaković B, Strojan P, Žgajnar J, Jug-Hartman M eds: *Onkologija: raziskovanje, diagnostika in zdravljenje raka*. Ljubljana; Mladinska knjiga 2009, 272-83.
5. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 2009; 19:1167-214.
6. Kloos RT, Eng C, Evans DB, et al. Medullary thyroid cancer: management guidelines of the American Thyroid Association. *Thyroid* 2009; 19: 565-612.
7. NCCN Clinical practice guidelines in oncology. Thyroid carcinoma. Version 2.2013. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/thyroid.pdf
8. Pacini F, Castagna MG, Brilli L, Pentheroudakis G, on behalf of the ESMO Guidelines Working Group. Thyroid cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology* 23 (Supplement 7): vii110-vii119, 2012
9. Pacini F, Schlumberger M, Dralle H, Elisei R, Smit JW, Wiersinga W. European Thyroid Cancer Taskforce. European consensus for the management of patients with differentiated thyroid carcinoma of the follicular epithelium, *Eur J Endocrinol* 2006; 154: 787-803.
10. Pompe F, Bergant D, Bešič N, in ostali. Povzetek smernic diagnostike in zdravljenja raka ščitnice. *Onkologija* 2004; 8: 65-72.
11. Pompe F, Zakotnik B, Grašič-Kuhar C. Slabo diferencirani in nediferencirani raki ščitnice ter obeti novih možnosti sistemskega zdravljenja. *Onkologija* 2010; 14,156-160.
12. Primic Žakelj M, Bračko M, Hočevar M, in ostali eds. *Rak v Sloveniji 2008*. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije, 2011.
13. Robert C. Smallridge, Kenneth B et al. American Thyroid Association Guidelines for Management of Patients with Anaplastic Thyroid Cancer *Thyroid* 2012, 22(11): 1104-1139.