

VLOGA KIRURGIJE PRI ZDRAVLJENJU RAKA ŠČITNICE

Franc Pompe

Rak ščitnice je izjemno heterogena skupina malignih bolezni ščitnice. Zdravljenje tako pestre skupine boleznih ne more biti enako, vendar pa je pri večini bolnikov z rakom ščitnice vsaj enkrat med zdravljenjem opravljen kirurški poseg. Neke podzvrsti ščitničnega raka zdravimo le kirurško. V primerih, ko gre za slabše diferencirane tumorje ali anaplastičnega raka ščitnice, pa pomen kirurgije upada in postane le del multimodalnega zdravljenja. Kadar gre za dobro diferencirane tumorje ščitnice, je kirurško zdravljenje eden od postopkov v diagnostiki in hkrati tudi zdravljenje, pri slabše diferenciranih tumorjih pa ima kirurgija v diagnostiki le neznaten pomen in je v zdravljenju uvrščena med druge načine terapije, nikakor pa za preživetje ni tako odločilna kot v prvi skupini. Včasih je kirurški poseg potreben tudi za paliativne namene, ki so pomembnejši proti koncu zdravljenja in bolniku omogočajo dostojno prestajanje zadnje faze bolezni.

Katere bolnike je potrebno operirati?

1. Bolnike z dokazano operabilno maligno boleznijo v ščitnici.
2. Bolnike, ki imajo folikularno neoplazmo ali samo sumljivo citološko sliko.
3. Bolnike, ki imajo klinično sumljive gomolje v ščitnici, hitro rast gomolja v ščitnici, predvsem so to uninodozne golše pri mladih bolnikih in pri ženskah starejših od 50 let in pri moških vseh starosti, ter pri bolnikih, ki so bili obsevani v področju vratu in ščitnice zaradi kakšne druge bolezni.

Kje so nevarnosti operativnega posega na ščitnici?

Operativno zdravljenje ščitničnih tumorjev je omejeno glede na:

- **anatomsko** lego ščitnice in njen odnos do okolnih organov (povratna živca, paratiroidne žleze, traheja, grlo, žrelo, požiralnik, karotine žile zgornji mediastinum, jugularne žile, jezik)

in na

- **diferenciacijo** malignega tumorja ščitnice.

Bolj ko je tumor v ščitnici nezrel, manj je možnosti, da bi bolnika ozdravili samo s kirurškim posegom.

Glede na več podzvrsti raka ščitnice so tudi kirurški posegi dokaj raznoliki, kar pa ne pomeni, da bi optimalne uspehe dosegali brez ustrezne strategije zdravljenja. Pravilno izbrano začetno zdravljenje sta porok uspeha in sreča za bolnika. Kirurški poseg mora biti dobro načrtovan in odlično izveden, operativni poseg naj zaradi možnih komplikacij vodi le izkušen kirurg.

Prognostični dejavniki

Ko se odločamo za operacijo moramo imeti tudi podatke o prognostičnih dejavnikih, kot so starost bolnika, spol, velikost tumorja v ščitnici in podatek, ali se tumor širi v okolne strukture. Tako bolnike lahko razvrstimo v dve skupini: bolniki z majhnim tveganjem in bolniki z visokim tveganjem. Predvsem pri bolnikih z visokim tveganjem je izbira operativnega posega bistvena, kajti njim najbolj vplivamo na možnost povrnitve bolezni kot recidiva in tudi na preživetje.

Starost bolnika je važen prognostičen dejavnik ob ugotovitvi bolezni in je celo pomembnejša kot sam histološki tip tumorja. Otroci zbolevalo večinoma zaradi papilarnega raka in imajo dobro prognozo kljub razširjenosti bolezni. Najboljšo prognozo imajo papilarni in mešani papilarni tumorji, sledijo jim čisti folikularni. Zajetje vratnih bezgavk pri papilarnem raku ščitnice ni prognostično slab dejavnik, čeprav pomeni pravtako, kot pri drugih malignomih, napredovalo bolezen. Oddaljene metastaze pri mlajših bolnikih ob začetku zdravljenja dobro diferenciranega raka ščitnice ne pomenijo izrazito slabe prognoze in taki bolniki lahko živijo brez znamenj bolezni desetletja. Glede na oddaljene zasevke je boljša prognoza pri pljučnih zasevkih dobro difenciranih malignomov kot pri bolnikih z skeletnimi zasevki in zasevki v drugih parenhimskih organih.

Retrospektivne študije več avtorjev zaključujejo, da je prognoza dobra pri ženskah, mlajših od 50 let in moških, mlajših od 40 let.

Pogostost zbolevanja zaradi malignoma ščitnice je večja pri ženskah, a potek bolezni ugodnejši kot pri moških s tumorji enake histologije.

Slabše rezultate lahko pričakujemo pri bolnikih, ki so v začetku zdravljenja imeli lokalno razširjeno bolezen, kjer je tumor preraščal ovojnico ščitnice, in kjer gre za slabo diferencirane tumorje. Ravno tako je krajše preživetje pričakovati pri bolnikih, ki so v začetku zdravljenja imeli oddaljene metastaze in so starejši od 40 oziroma 50 let.

Kakšne operacije opravljamo?

Zaradi prognostičnih dejavnikov so tudi operativni posegi prilagojeni in jih razvrščamo v nekaj skupin:

1. ekstrakapsularna lobektomija in odstranitev istmusa žleze.
2. ekstrakapsularna totalna odstranitev (TT), kateri ustreza tudi skoraj totalna tiroidektomija (NTT), pri kateri ohranimo drobec tkiva na posteriorni kapsuli žleze. Za to različico se odločimo, kadar obstaja prevelika nevarnost poškodbe povratnega živca in/ali paratiroidne žleze zaradi totalne tiroidektomije.
3. redkeje uporabljamo obojestransko subtotalno tiroidektomijo (STT).
4. disekcija bezgavk na strani tumorja (modificirana RND) zajema odstranitev bezgavk v centralnem delu (v traheoezofagealnem sulkusu in pretrahealno) vse do zgornjega mediastinuma ter odstranitev bezgavk vzdolž interne jugularne vene ter bezgavk v lateralnem vratnem trikotniku.

Vsi posegi morajo biti izvedeni skrbno in natančno, nujna je natančna hemostaza, kajti že manjši hematomi ali neprevidna preparacija zmanjšata rezultat vplivata na pooperativne komplikacije in včasih tudi na prognozo.

Pri preparaciji se držimo načela, da ohranimo kapsulo ščitnice in kapsulo tumorja, zato sledimo celotni površini ščitnice (ekstrakapsularna preparacija), saj le tako ohranimo pomembne podatke za histološko analizo in si olajšamo načrtovanje pooperativno zdravljenje.

Disekcija bezgavk je lahko enostranska ali pa izjemoma "očistimo" obe strani vratu.

Pri disekciji bezgavk sta potrebni identifikacija in ohranitev nekaterih anatomskih struktur. Paziti moramo zlasti na interno jugularno veno, karotidne žile in njihove veje, akcesorni živec, zadnjo vratno fascijo in nervus frenikus ter brahialni pletež, duktus toracikus, potrebno pa je žrtvovati nekaj senzibilnih živcev, kar pa ne vpliva na funkcionalnost vratu močno. Le v redkih primerih je potrebno napraviti klasično disekcijo bezgavk, s katero pa odstranimo tudi mišico obračalko in interno jugularno veno. Prav tako se redki primeri, kjer moramo poleg vratne disekcije napraviti tudi disekcijo bezgavk v mediastinumu, kar je združeno z razširitvijo reza na prsni koš (sternotomija, torakotomija) ali disekcijo bezgavk submandibularno.

Druge operacije pri raku ščitnice

Večkrat je med zdravljenjem raka ščitnice potrebno izvesti tudi nekatere operacije, ki so večinoma paliativnega značaja in pomenijo bolniku bolj kot podaljšanje preživetja izboljšano kakovost življenja. Možne so metastazektomije tako pljučnih kot jetrnih zasevkov, resekcije kosti zaradi kostnih metastaz, nekateri bolniki potrebujejo dekompresijo hrbteničnega kanala (laminektomija) ali stabilizacijo hrbteničnih vretenc (stabilizacijske plošče), včasih patološki zlom kosti zahtevajo utrditev preloma ali celo nadomestitev sklepa. Pri obstrukciji dihalnih poti in kompresiji požiralnika je včasih rešitev traheostoma ali/in gastrostomija.

Potek operacij

Operativno zdravljenje mora biti dobro načrtovano in preiskave za zamejitev bolezni skrbno izvedene. Pred operacijo moramo predvideti večino težav in se na njihovo reševanje tudi pripraviti. Zaradi velike zanesljivosti predoperativnih citoloških preiskav je tudi načrtovanje operacije lažje.

Vodilna načela pri operativnem zdravljenju raka ščitnice so dobro poznavanje anatomskih struktur, dober prikaz topografskih razmer, natančna hemostaza in obzirno ravnanje s tkivi po pravilih onkološke kirurgije. Poseg naj bo dobro dokumentiran. Ker je lega ščitnice na obeh straneh traheje in pred trahejo, je pomembno, da vsako stran dobro označimo. Kadar imamo pri operaciji več preparatov odstranjenega tkiva, sproti označujemo preparate s čim bolj natančnimi opisi ali zaporednimi črkami abecede. Preparate običajno položimo na karton z narisano skico vratu. Tako dobimo po histološki obdelavi dobre

podatke o vrsti in razsežnosti maligne bolezni na vratu, kar je bistvenega pomena za nadaljnje načrtovanje zdravljenja.

Histološki izvid nam navadno odgovori na številna vprašanja pomembna za nadaljnje zdravljenje.

Pri operativnem posegu vedno identificiramo povratni živec za glasilko in ga odmaknemo od ščitnice, zelo redko je treba povratni živec žrtvovati zaradi infiltracije s tumorjem. Obščitnično tkivo skušamo identificirati, kjer je le mogoče, držimo pa se načela, da skušamo ohraniti vaskularizacijo obščitničnih žlez. Kadar nam to ne uspe, tako obščitnično tkivo implantiramo v sosednjo mišico obračalko.

Operativni posegi pri raku ščitnice ne morejo potekati brez dobrega sodelovanja anesteziologa(inje), ki ne samo, da ima velike težave, da uspe bolnika intubirati, kadar gre za hudo kompresijo in/ali deviacijo traheje in požiralnika, težave lahko dela tudi paretično grlo, bolniki pa imajo lahko tudi hormonske motnje (hipertireoza, hipotireoza), kar zahteva včasih večdnevno posebno pripravo za anestezijo in seveda tudi ustrezno pooperativno kontrolo. Anesteziolog(inja) mora bolnika pregledati že dovolj zgodaj, da ga lahko pripravi za operacijo, načrtuje anestezijo in predvidi komplikacije. Da bi anestezija bila skladna z operativnim planom, mora anesteziolog(inja) izbrati tudi pravi tip anestezije za posamezne faze operacije.

Ker so operativni posegi lahko zelo dolgi in naporni, je nadvse dobrodošla asistenca zbranih instrumentark in drugega osebja.

Komplikacije

Najpogostejši zapleti pri operacijah raka ščitnice so pooperativna pareza ali paraliza povratnega živca in če je ta obojestranska, je bolniku potrebno napraviti traheostomo. Pri enostranski parezi povratnega živca ima bolnik hripav glas in se težko odkašljeje, obojestranska pareza pa se pokaže s stridoroznim dihanjem, ki se lahko nadaljuje z asfiksijo. Stridorozno dihanje slišimo tudi, ko gre za malacijo sapnika zaradi pritiska tumorja. Pareza povratnega živca je lahko začasna, če se popravi v treh mesecih do šestih mesecih, ali pa trajna, kadar traja več kot šest mesecev. Včasih pa imamo izjemen primer, ko registriramo parezo pred operacijo na strani tumorja in se pareza po odstranitvi tumorja popravi. Kadar je pareza nesimetrična in je prostora med glasilkami vsaj nekaj milimetrov, se odločimo za nekajdnevno postoperativno intubacijo in ponavadi se funkcija gibanja glasilk ponovno vzpostavi. V tem primeru traheostomija ni potrebna.

Hud in stroškovno drag je tudi zaplet, kadar pride pooperativno do hudega hipoparatiroidizma, znižanih vrednosti serumskega kalcija in tetanije. Če se hipokalcemija ne popravi v treh mesecih po operaciji ščitnice, postane trajna. Seveda je potem pri takšnem bolniku treba vsakodnevno nadomeščati kalcij, dodati pa mu moramo tudi nekatere preparate vitamina D. Posledica pareze ali paralize nervus akcesoriusa sta atrofija trapezoidne mišice in povešena rama. Prizadetost živca je ponavadi začasna in pareza se lahko popravi z intenzivno

fizioterapijo. Izpad senzibilnosti zaradi prekinitve senzibilnih vej kožnih vratnih živcev je manj pomemben in bolnika manj moti. Podobno je tudi z deformacijo vratu v primeru klasične radikane disekcije bezgavk. Bolj motijo včasih nevrinomi prekinjenih senzibilnih vej, ki povzročajo ob dotiku in gibanju vratu parestezije v pripadajočih dermatomih.

Zaključek

Rak ščitnice je predvsem kirurška bolezen. Na kirurško zdravljenje vplivajo prognostični dejavniki, kirurški poseg pa lahko na dolžino preživetja in komplikacije. Vrsto operativnega zdravljenja izberemo na podlagi stanja bolnika in prognostičnih dejavnikov. Najpomembnejši v kirurgiji raka ščitnice je optimalen poseg ob prvem zdravljenju. Najpogostejši zaplet so prizadetost povratnega živca in pooperativni hipoparatiroidizem.

Literatura

1. Ščitnica in njene bolezni, Radiology and Oncology, Vol 27, 1993
2. The Otolaryngologic Clinics of North America, Vol 23, 1990
3. Blake Cady, Ricardo L. Rossi: Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands, Third Edition, 1991
4. Interna medicina, EWO DZS, 1993