

ФГУ «Северо-Западный окружной медицинский центр Росздрава»



Северо-Западный региональный эндокринологический центр
Северо-Западный региональный центр по лечению гиперпаратиреоза

Объемные образования щитовидной железы: современные подходы к диагностике и лечению

Слепцов И.В.

18-10-'06

14:02:37

99/100

11Hz

1Dist: 12.6mm
+Dist: 11.0mm

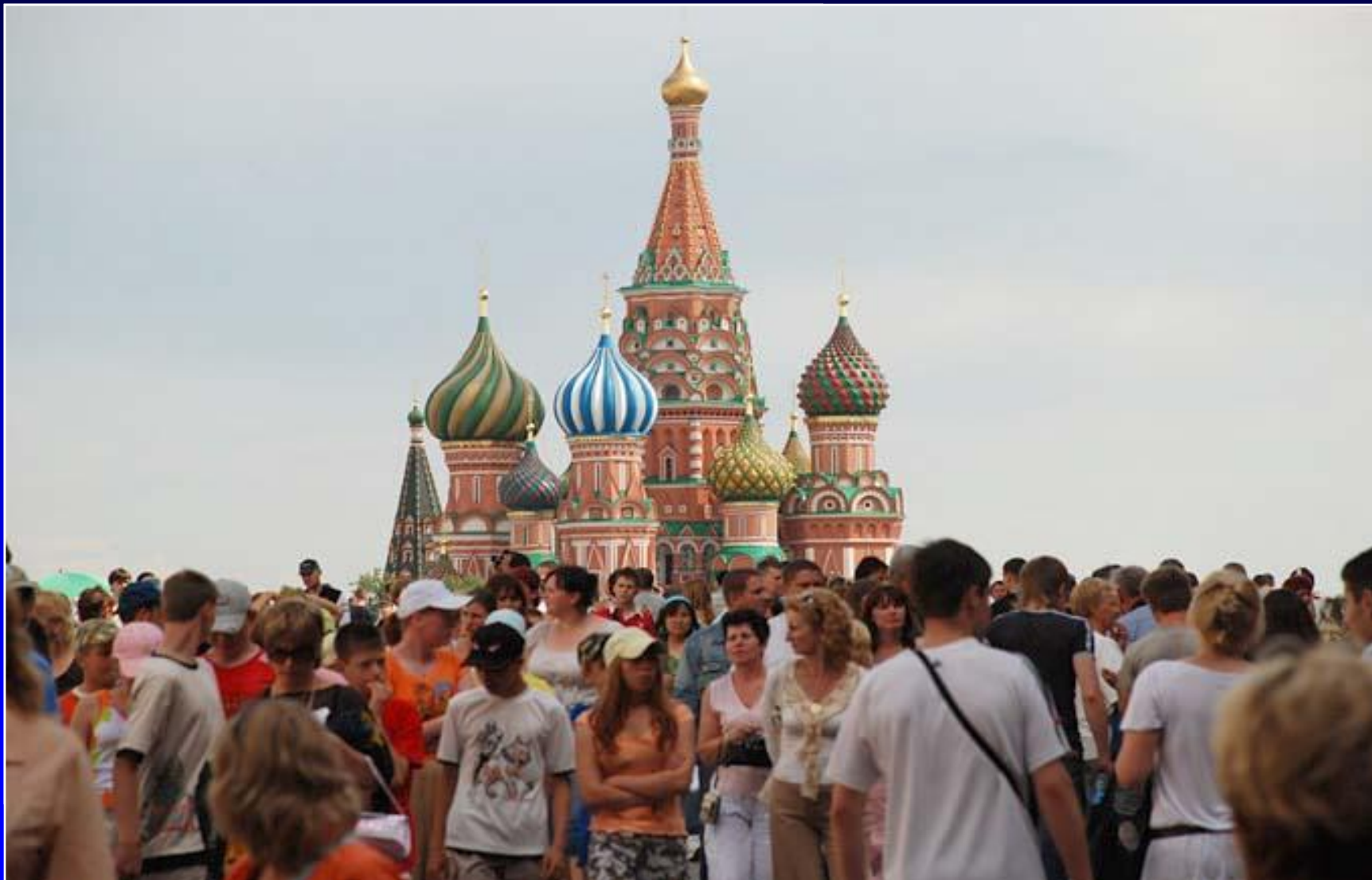


7.5M 10.0R05 G56 C6

12: Small Part

DVA: 70%

Распространенность узлового зоба



Распространенность узлового зоба

(по данным ПДК «Тиробус»)

Северо-Запад России – 26,7% населения

Женщины старше 60 лет – 58%

Мужчины старше 60 лет – до 24%

Факты

- Более 30 миллионов россиян имеют узлы ЩЖ
- Около 70% операций на щитовидной железе в России выполняется без должных показаний
- Около 50% операций на щитовидной железе в России выполняется в отделениях общехирургического профиля
- Уровень послеоперационных осложнений составляет около 5%

AACE/AME Guidelines

AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS AND ASSOCIAZIONE MEDICI ENDOCRINOLOGI MEDICAL GUIDELINES FOR CLINICAL PRACTICE FOR THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF THYROID NODULES

AACE/AME Task Force on Thyroid Nodules

American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice are systematically developed statements to assist health-care professionals in medical decision making for specific clinical conditions. Most of the content herein is based on literature reviews. In areas of uncertainty, professional judgment was applied.

These guidelines are a working document that reflects the state of the field at the time of publication. Because rapid changes in this area are expected, periodic revisions are inevitable. We encourage medical professionals to use this information in conjunction with their best clinical judgment. The presented recommendations may not be appropriate in all situations. Any decision by practitioners to apply these guidelines must be made in light of local resources and individual patient circumstances.



© 2006 AACE.

ENDOCRINE PRACTICE Vol 12 No. 1 January/February 2008 63



AMERICAN
THYROID
ASSOCIATION
FOUNDED 1923

2005-2006

President

Ernest L. Mazzaferri, M.D.
Gainesville, Florida

Secretary

Gregory A. Brent, M.D.
Los Angeles, California

Treasurer

Charles H. Emerson, M.D.
Worcester, Massachusetts

President-Elect

David S. Cooper, M.D.
Baltimore, Maryland

Directors

Paul W. Ladenson, M.D. (2006)
Baltimore, Maryland

Rebecca S. Bahn, M.D. (2006)
Rochester, Minnesota

Donald L. St. Germain, M.D. (2006)
Lebanon, New Hampshire

Bryan R. Haugen, M.D. (2007)
Denver, Colorado

Sandra M. McLachlan, Ph.D. (2007)
Los Angeles, California

Gilbert H. Daniels, M.D. (2008)
Boston, Massachusetts

Steven J. Sherman, M.D. (2008)
Houston, Texas

Matthew D. Ringel, M.D. (2009)
Columbus, Ohio

Mary H. Samuels, M.D. (2009)
Portland, Oregon

Executive Director

Barbara R. Smith, CAE

Headquarters Office

American Thyroid Association
6066 Leesburg Pike, Suite 550
Falls Church, Virginia 22041
Phone: 703 998-8890
Fax: 703 998-8893
E-mail: bsmith@thyroid.org
Web: www.thyroid.org

November 16, 2005

Terry Davies, MD
Editor-in-Chief
THYROID

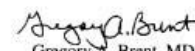
Dear Dr. Davies:

I am writing this letter to accompany the submission of the manuscript "MANAGEMENT GUIDELINES FOR PATIENTS WITH THYROID NODULES AND DIFFERENTIATED THYROID CANCER" under evaluation for publication in THYROID. Dr. David Cooper, the corresponding author, is acting on behalf of the officers and council of the American Thyroid Association who have reviewed and approved of these guidelines as an official position of our organization. Dr. Cooper will coordinate any necessary clarifications or revisions of these guidelines on behalf of the ATA.

Thank you for considering these guidelines for publication.

Regards,


Ernest L. Mazzaferri, MD
President
American Thyroid Association


Gregory A. Brent, MD
Secretary
American Thyroid Association

Cc: Barbara Smith, Executive Director, American Thyroid Association

Основная задача

Ранняя диагностика рака

```
graph TD; A[Ранняя диагностика рака] --> B[Рак или подозрение на рак]; A --> C[Доброкачественный узел]; B --> D[Оперативное лечение]; C --> E[Максимально консервативная тактика];
```

Рак или
подозрение на рак

Оперативное
лечение

Доброкачественный
узел

Максимально
консервативная
тактика

Частота выявления рака не зависит от
объема и количества узлов, уровня
гормонов и титра антител

УЗИ, сканирование, КТ, МРТ и другие
методы визуализации не позволяют
исключить злокачественность узла

**Тонкоигольная биопсия –
единственный надежный способ
диагностики рака ЩЖ**

Показания к проведению биопсии

Наличие узла размером 1 см или более

- семейный анамнез
- облучение
- подозрительные
сонографические
признаки

для узлов
менее 1 см

Варианты цитологических заключений

- коллоидный узел
- аутоиммунный тиреоидит

} доброкачественно

- карцинома (папиллярная, медуллярная, анапластическая, плоскоклеточная)
- сомнительные (фолликулярная опухоль)

} операция

- неинформативные (2-5%)

} повтор биопсии

Рак щитовидной железы

CONSENSUS STATEMENT

European consensus for the management of patients with differentiated thyroid carcinoma of the follicular epithelium

Furio Pacini¹, Martin Schlumberger², Henning Dralle³, Rossella Elisei⁴, Johannes W A Smit⁵, Wilmar Wiersinga⁵ and the European Thyroid Cancer Taskforce

Section of Endocrinology and Metabolism, University of Siena, Via Broletto, 53100 Siena, Italy; ²Service de Médecine Nucléaire, Institut Gustave Roussy, Villejuif, France; ³Department of General, Vascular and Vascular Surgery, University of Halle, Germany; ⁴Department of Endocrinology, University of Pisa, Italy; ⁵Department of Endocrinology and Metabolic Disease, Leiden University Medical Center, The Netherlands and ⁶Department of Endocrinology and Metabolism, University of Amsterdam, The Netherlands

(Correspondence should be addressed to F Pacini; Email: pacini8@unisi.it)

Introduction

Thyroid carcinoma is rare among human malignancies (<1%) but is the most frequent endocrine cancer, accounting for about 5% of thyroid nodules (1). The latter are very frequent in the general population and, according to the method of detection and the age of the patients, their prevalence may approach 20–50% of the general population, thus representing a daily issue in endocrine clinics. Furthermore, the incidence of thyroid cancer, mainly differentiated, is one of the most rapidly increasing human cancers, at least in the United States (2), with the papillary histotype being the most frequent (nearly 80%). There is a need for uniform diagnostic and treatment strategies for thyroid nodules and differentiated thyroid cancer (DTC) since the disease requires a multidisciplinary approach, including endocrinology, internal medicine, nuclear medicine, oncology, endocrine (general or head and throat) surgery and even general practice operating in different settings not always equipped with the appropriate services (such as specialized centers, general hospitals and peripheral centers). Not infrequently among European countries, epidemiology may differ according to different environment, probably reflecting different clinical practice or pathogenetic factors, which may change the presentation and the management strategy. In addition, in recent decades, the clinical presentation of differentiated thyroid cancer has been changing from advanced cases requiring intense treatment and surveillance to cancers detected by fortuitous neck ultrasonography (US) requiring less aggressive treatment and follow-up. Diagnostic and treatment tools have also improved in recent years (sensitive assays for serum thyroglobulin measurement, neck US, recombinant human thyrotropin (rhTSH)), thus allowing for less invasive and uncomfortable procedures for the patients. Altogether, these considerations dictate the need for applying the more effective, less invasive and less expensive procedures able to guarantee the best management and the best quality of life for a disease that, albeit having an intrinsic low mortality, requires life-long follow-up care.

Several European countries have developed their own guidelines or consensus reports (3–6), based on consolidated experience and cultural attitude of the country. Nevertheless, they differ in several, sometimes important, aspects. Following the spirit of concrete cultural and scientific integration among the countries participating in the new reality of the European Union, the European Thyroid Association (ETA) has endorsed the implementation of this consensus for the management of thyroid nodules and DTC.

Actions

For the implementation of the consensus, the ETA and ETA-cancer research network (CRN) approached the National Endocrine Societies in Europe requesting the appointment of two thyroid cancer experts for each country. Twenty five countries answered positively and appointed a total of 50 experts who created a taskforce with two coordinators for the development of the consensus. They identified the most relevant diagnostic and therapeutic issues as listed below:

- pre-surgical evaluation of thyroid nodules;
- surgical treatment;
- tumor-node-metastasis (TNM) and other prognostic systems;
- post-surgical administration of radioiodine;
- follow-up: role of diagnostic whole body scan (WBS), role of thyroglobulin (Tg), anti-Tg antibodies (AbTg) and neck US;
- protocols for early and long-term follow-up;
- treatment of local and regional recurrences and of distant metastases.

These issues were discussed in a meeting that took place in Athens on 24 May 2005. The experts were advised to base their statements on clinical and scientific evidence whenever available in the current literature. The first session of the meeting was devoted to presentations on the state of the art for each selected issue, followed by an extensive discussion. In the second session, the experts

Дифференцированный рак (папиллярный, фолликулярный, гюртлеклеточный)

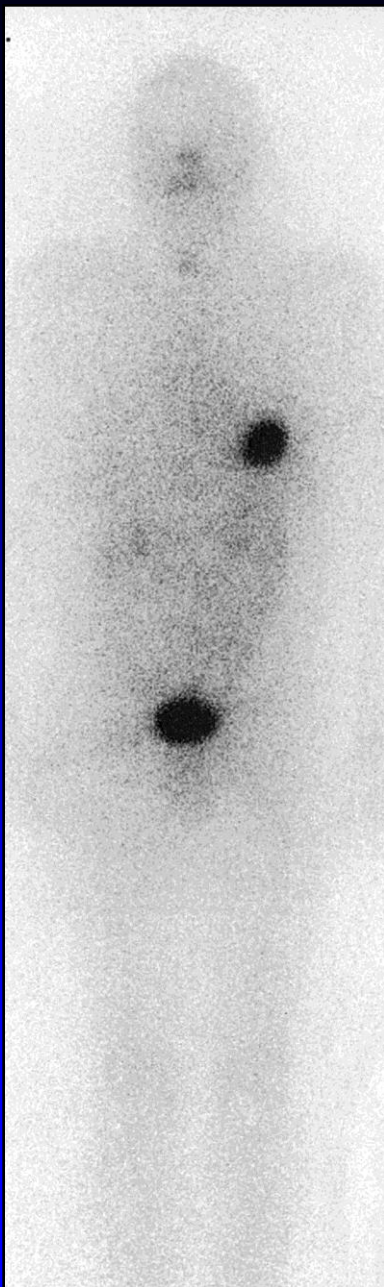
Рак щитовидной железы

=

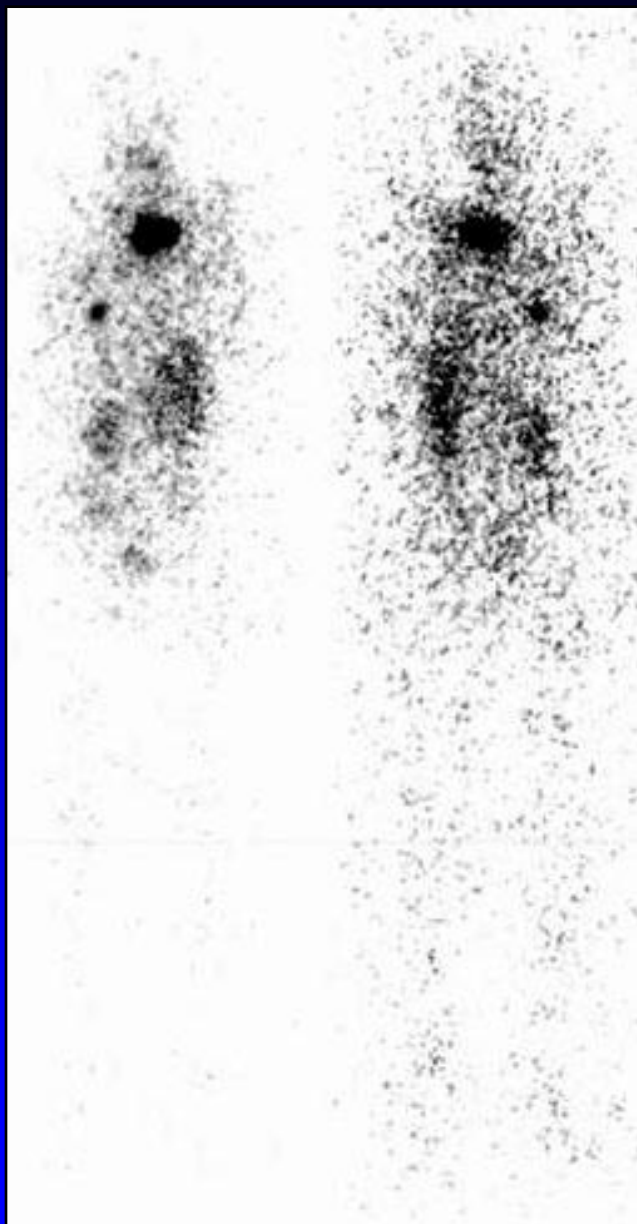
тиреоидэктомия

Преимущества тиреоидэктомии

- снижение вероятности рецидива (мультифокальные опухоли)
- возможность проведения радиойодтерапии
- мониторинг по уровню тиреоглобулина
- возможность сканирования всего тела



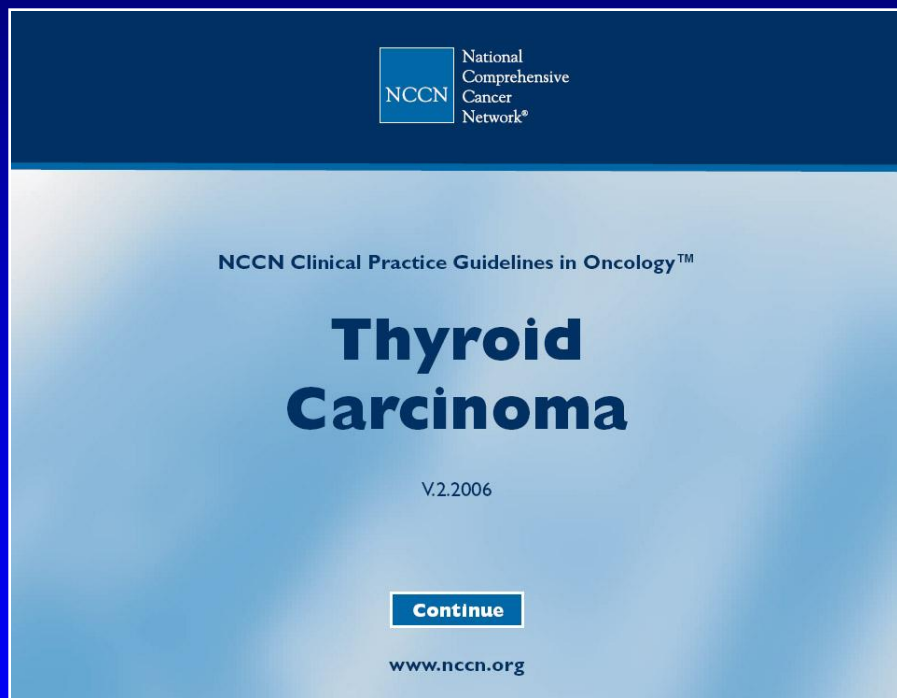
Сканирование
всего тела после
терапии
радиоактивным
йодом



Сканирование
всего тела после
терапии
радиоактивным
йодом

$T_3N_{1a}M_1$

Медуллярный рак → Тиреоидэктомия,
центральная шейная
лимфодиссекция



↓

**Кальцитонин,
РЭА**

↓

...

Подозрение на рак
щитовидной железы
(«фолликулярная опухоль»)

Фолликулярная опухоль



Удаление одной доли

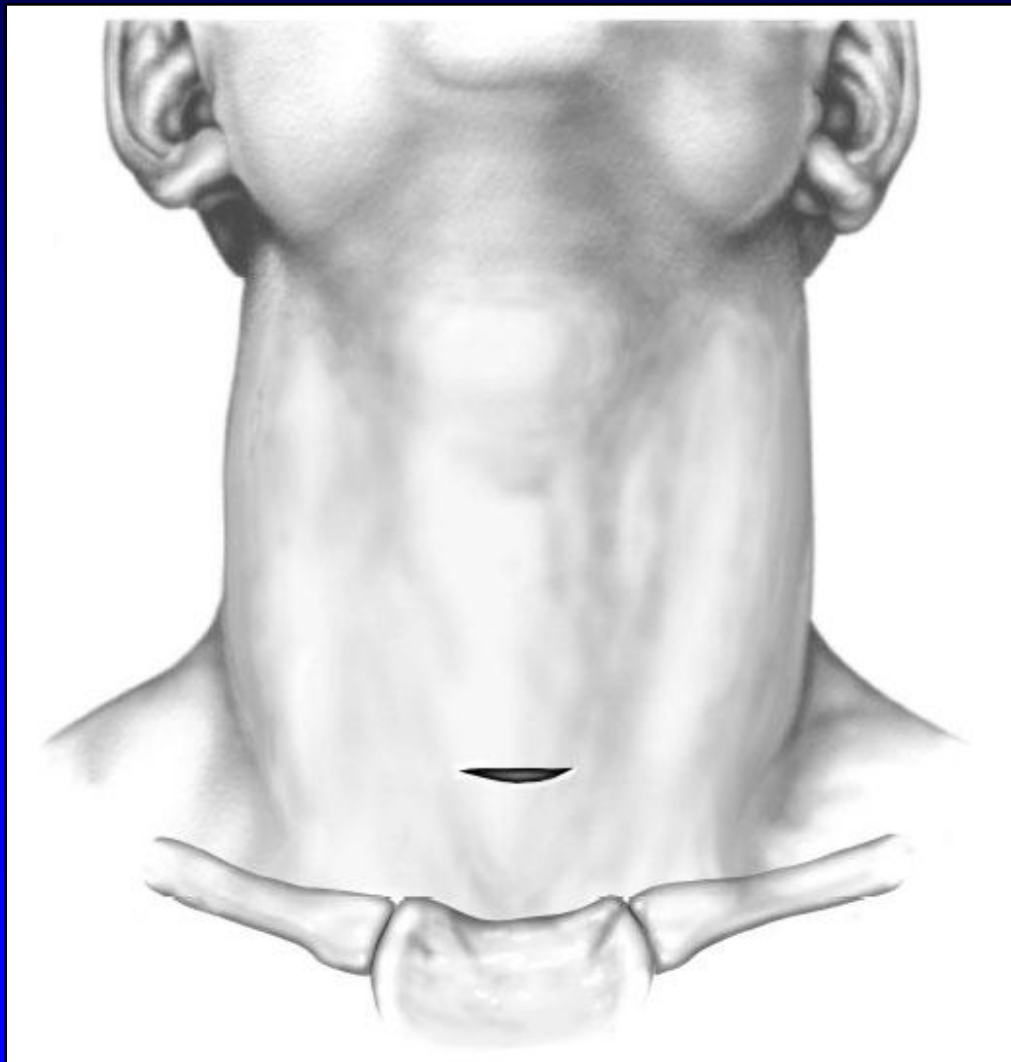


Гистология (3 суток)

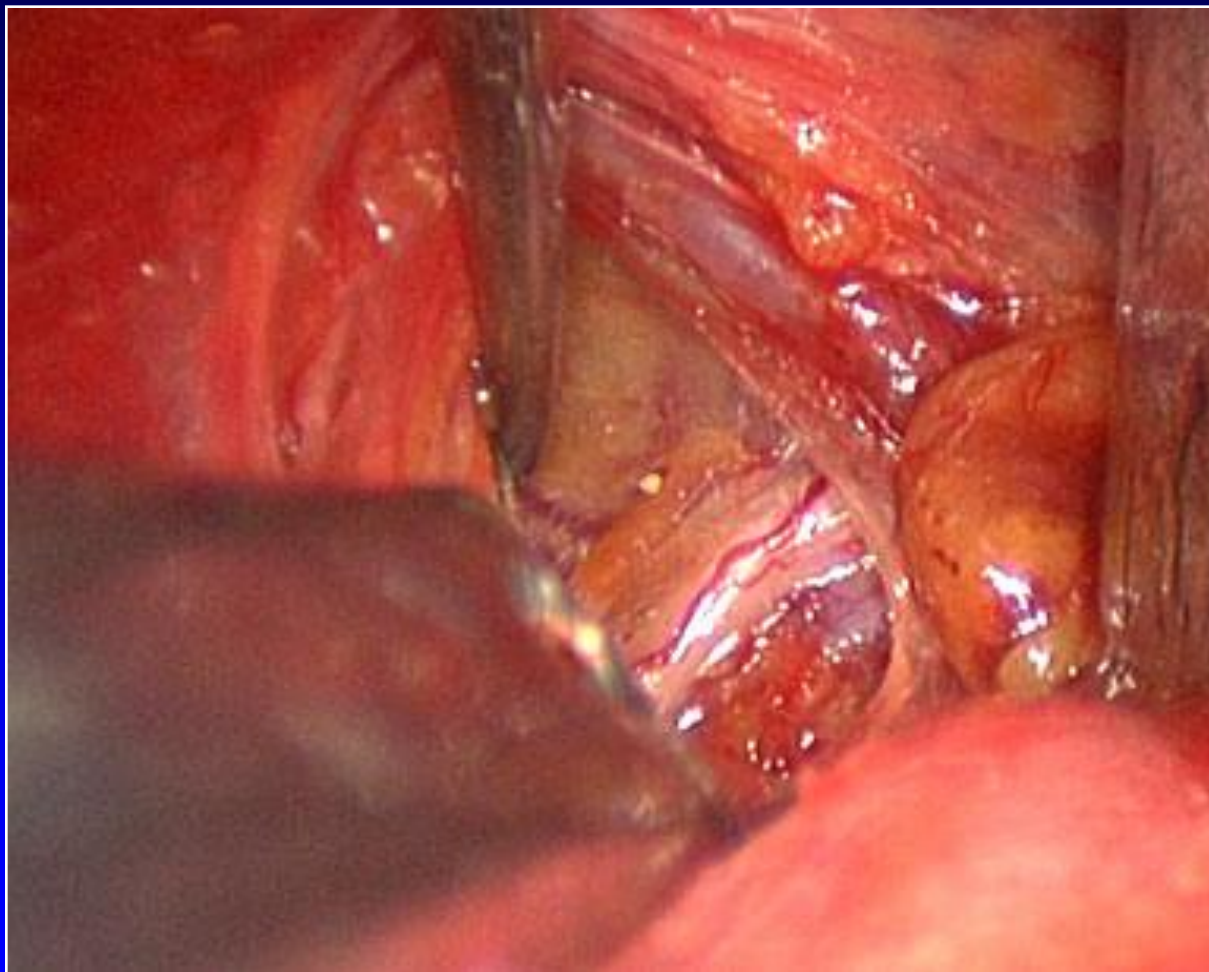


13% - повторная операция

Видеоассистированная тиреоидэктомия



Видеоассистированная тиреоидэктомия



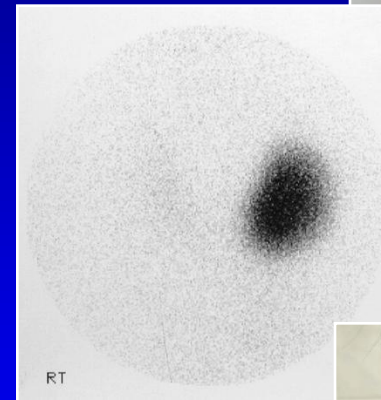
Интраоперационная фотодинамическая визуализация околощитовидных желез – видеоассистированная тиреоидэктомия



Доброкачественные узлы щитовидной железы

Показания к лечению

- СИМПТОМЫ КОМПРЕССИИ
- тиреотоксикоз
- косметический дефект



Эффективность лечения =
повышение качества
жизни пациента



Супрессивная терапия L-тироксином

- в настоящее время рутинное использование LT4 у пациентов с узловым зобом **не рекомендовано**
- длительная супрессия ТТГ может предотвратить увеличение размеров узла и железы в целом, однако рост узла **возобновляется** после отмены LT4
- доза LT4 не должна быть полностью супрессивной в связи с риском появления **побочных эффектов**, связанных с наличием субклинического гипертиреоза
- профилактика рецидива узлового зоба с помощью назначения LT4 **неэффективна**

(American association of clinical endocrinologists. Medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of thyroid nodules, 2006)

Внутритканевая деструкция

Химические методы

- **этанол**
- **тетрациклин**
- **тромбовар**

Физические методы

- **лазер**
- **радиочастотная деструкция**
- **электрокоагуляция**
- **криодеструкция**

- PEI should be performed:

Only by personnel familiar with US-FNA (*grade D*)†

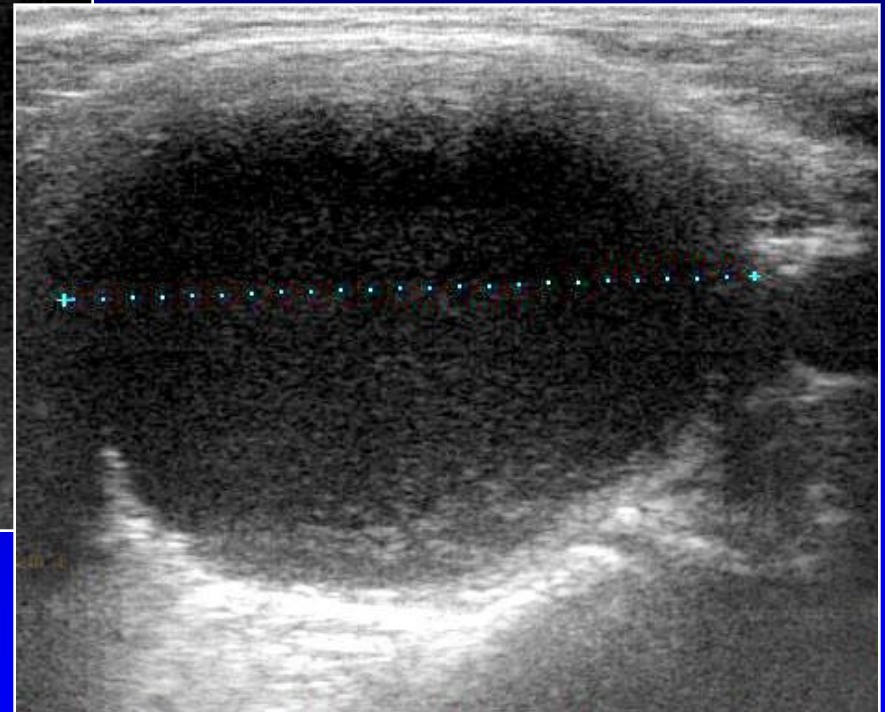
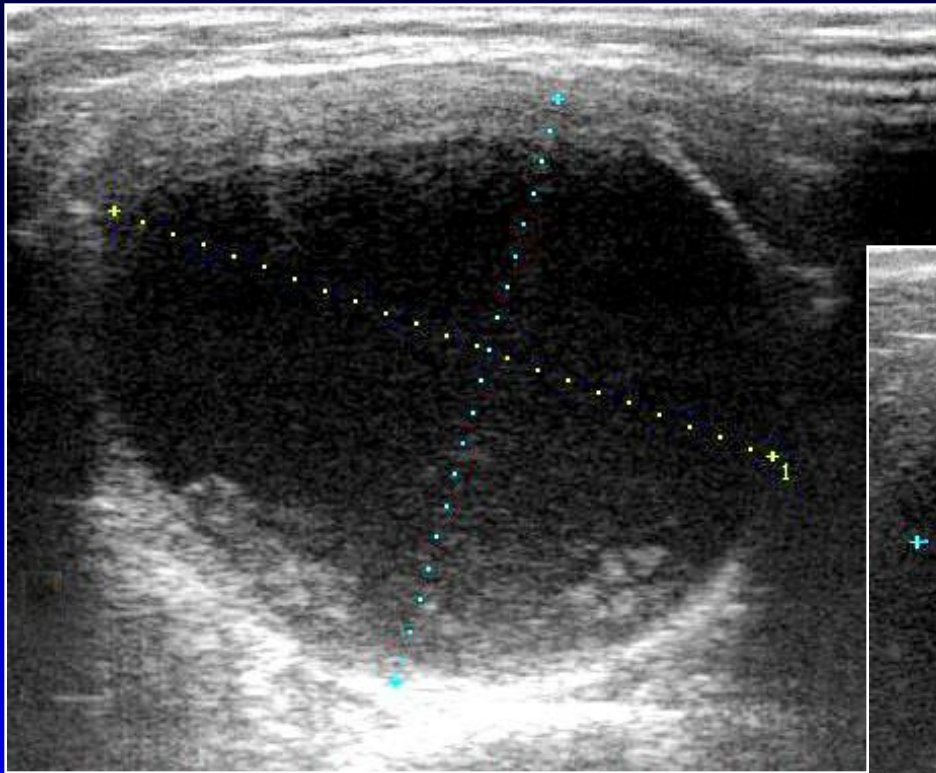
On cystic thyroid lesions. PEI is highly effective in the treatment of thyroid cysts and complex nodules with a large fluid component (*grade B*). Because the only alternative to PEI for recurrent and enlarging cysts is surgical resection, PEI is the first-line nonsurgical treatment for recurrent cystic nodules if US-FNA has ruled out a malignant lesion

...этаноловая склеротерапия является методом выбора при консервативном лечении рецидивирующих кистозных узлов в случаях, когда ТАБ под ультразвуковым наведением позволила исключить наличие злокачественного процесса...

(American association of clinical endocrinologists. Medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of thyroid nodules, 2006)

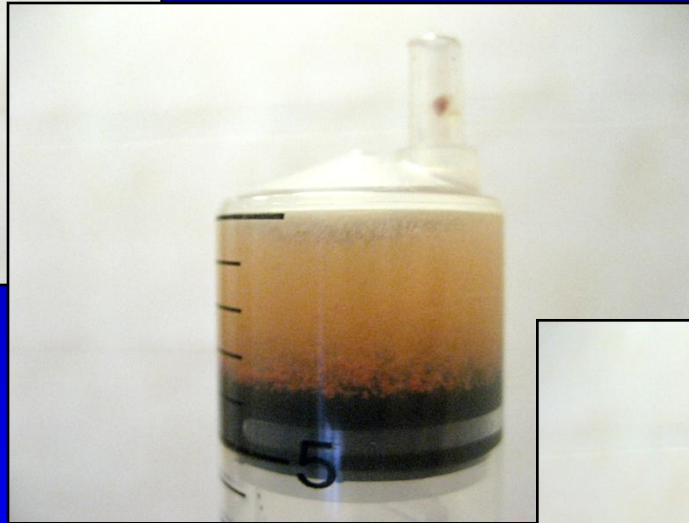
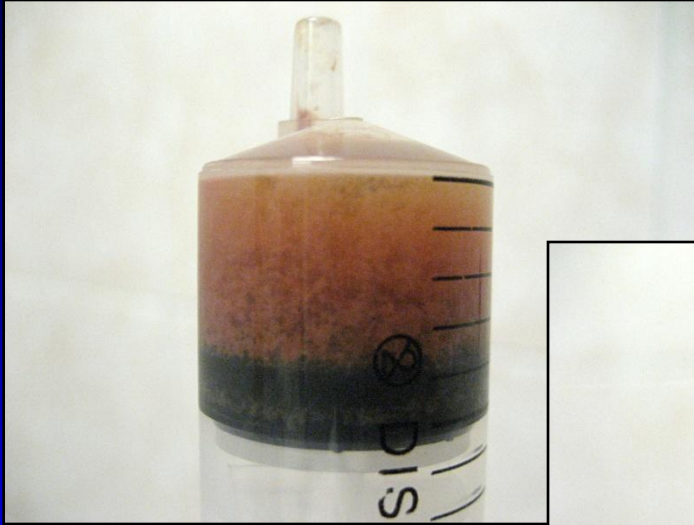


Клинический пример

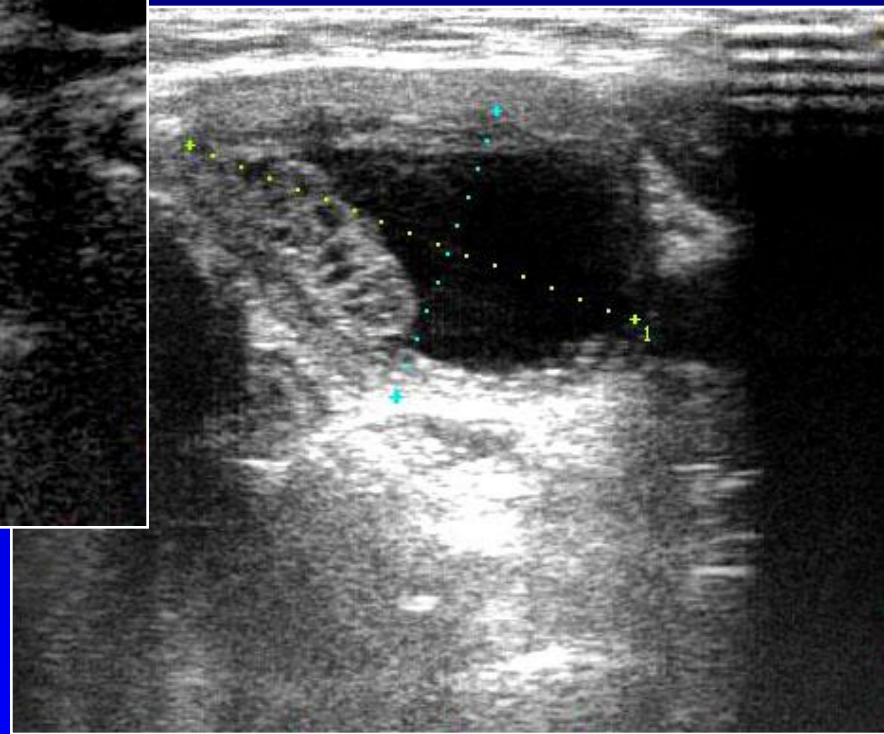
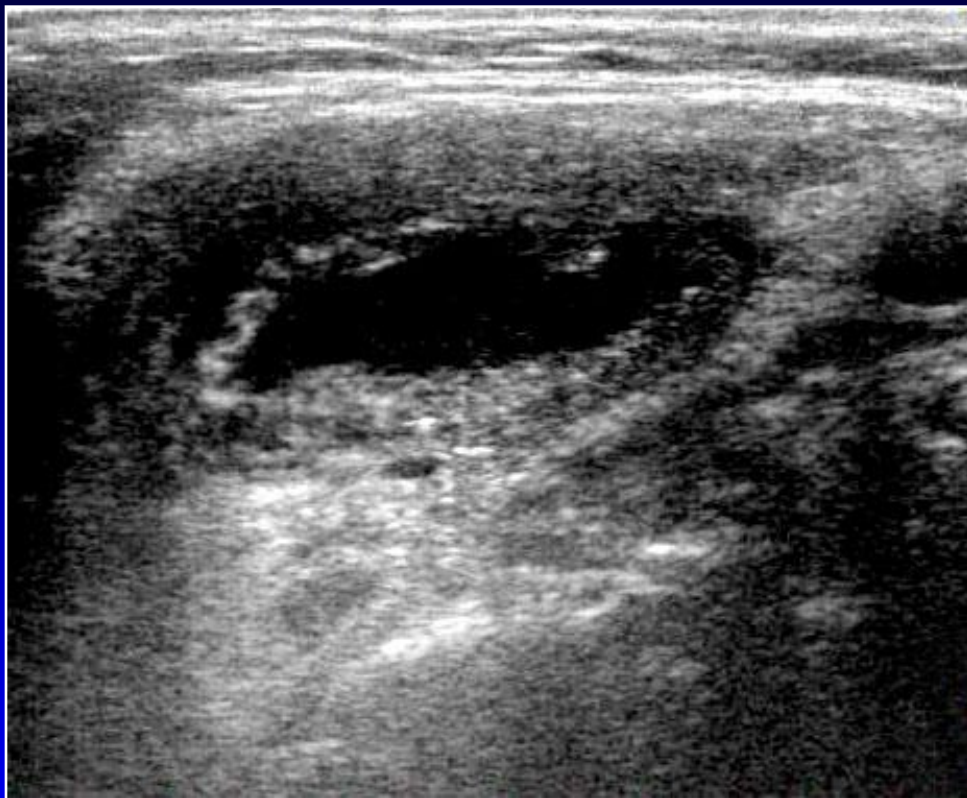


До этаноловой склеротерапии
($4,42 \times 3,80 \times 4,75 \times 0,479 = 38,21$ мл)

Изменение характера содержимого кисты в процессе склеротерапии

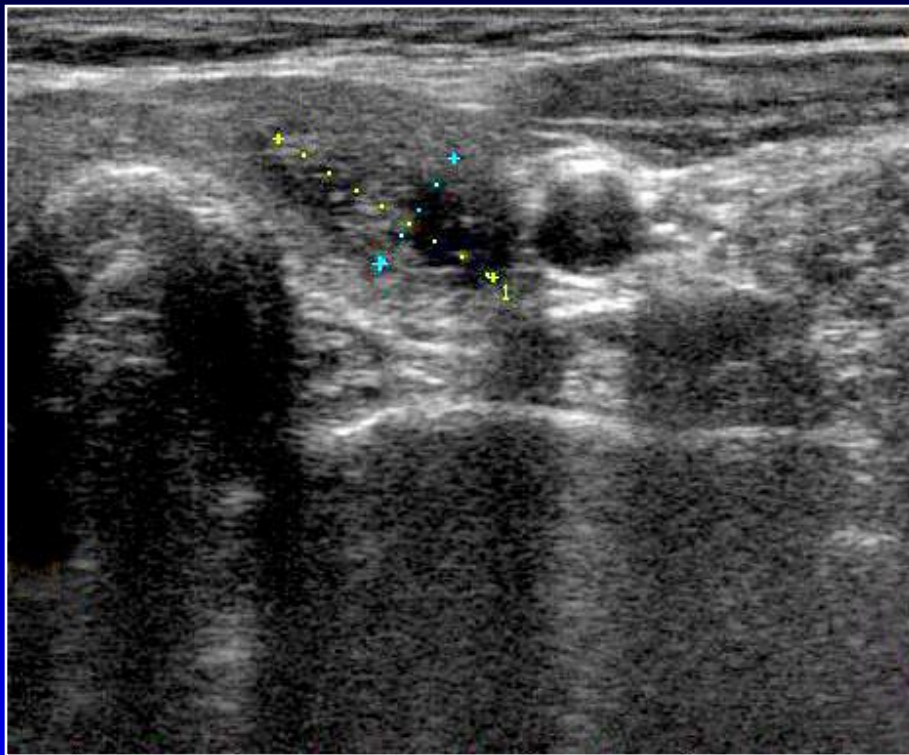


Клинический пример



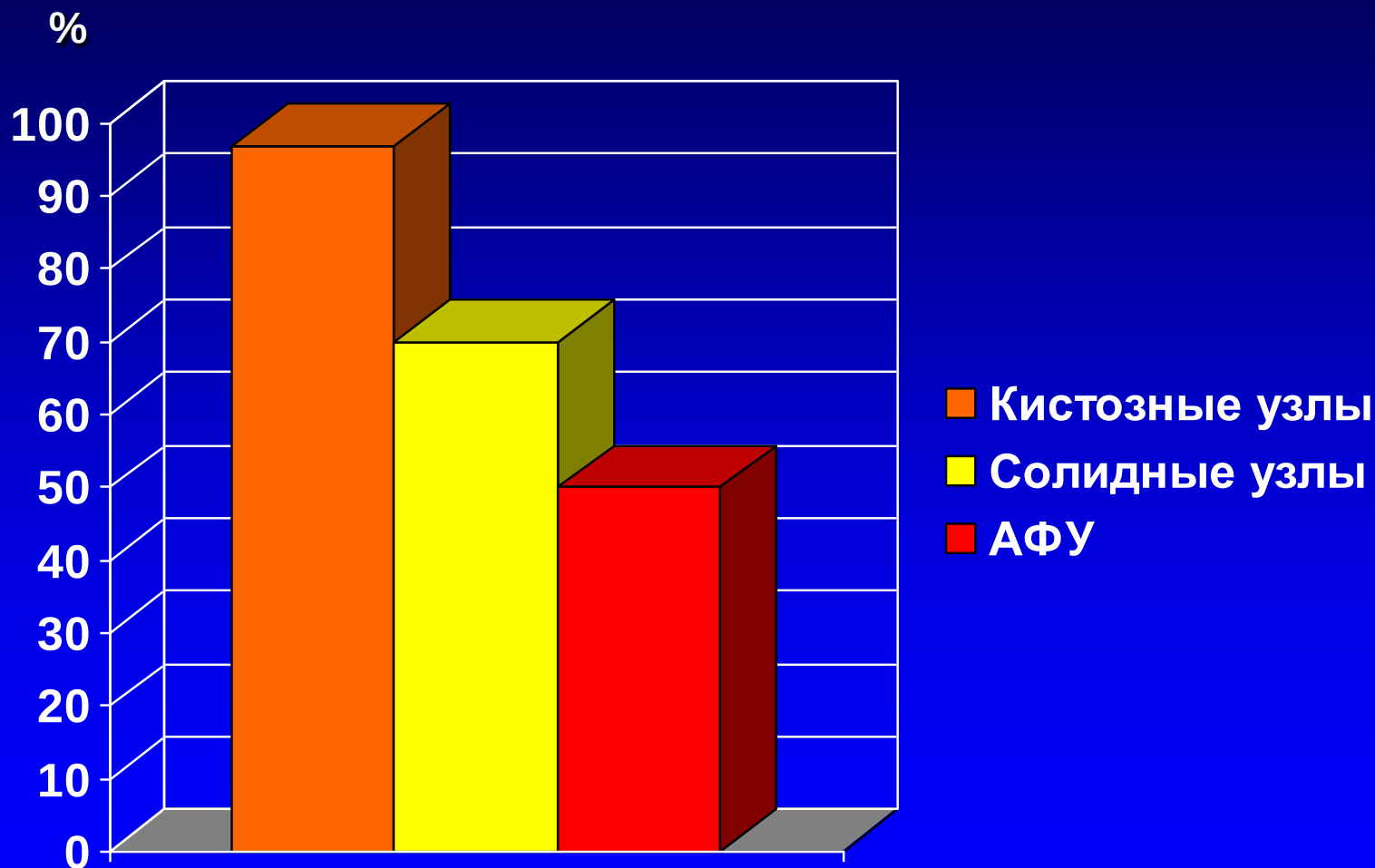
2 суток после проведения склеротерапии

Клинический пример



После этаноловой склеротерапии 2 месяца
(объем узла $1,67 \times 0,84 \times 2,41 \times 0,479 = 1,62$ мл)

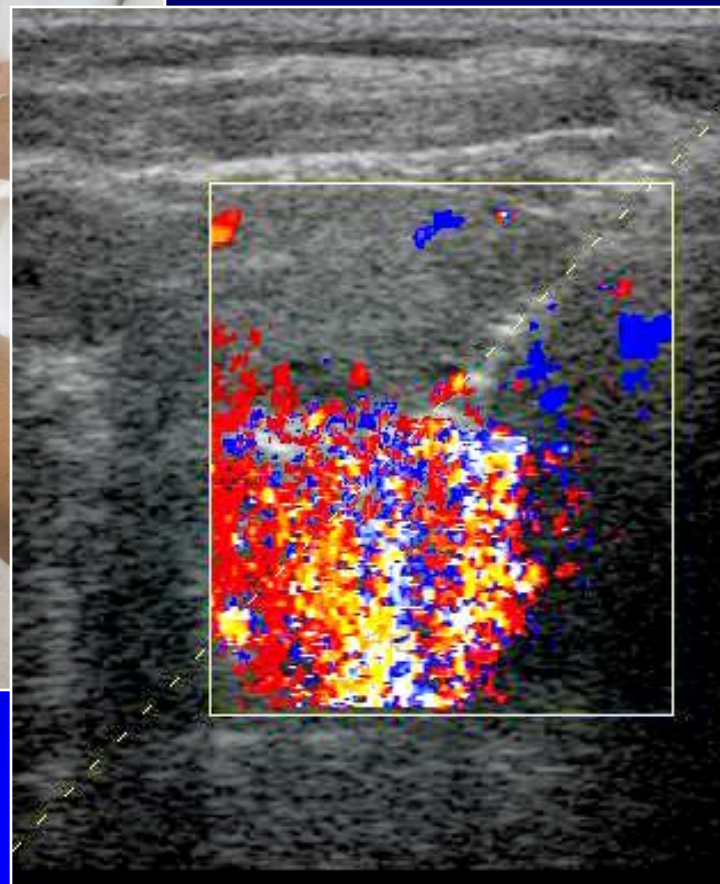
Эффективность этаноловой склеротерапии для уменьшения размера эутиреоидных узлов



Оборудование для радиочастотной абляции

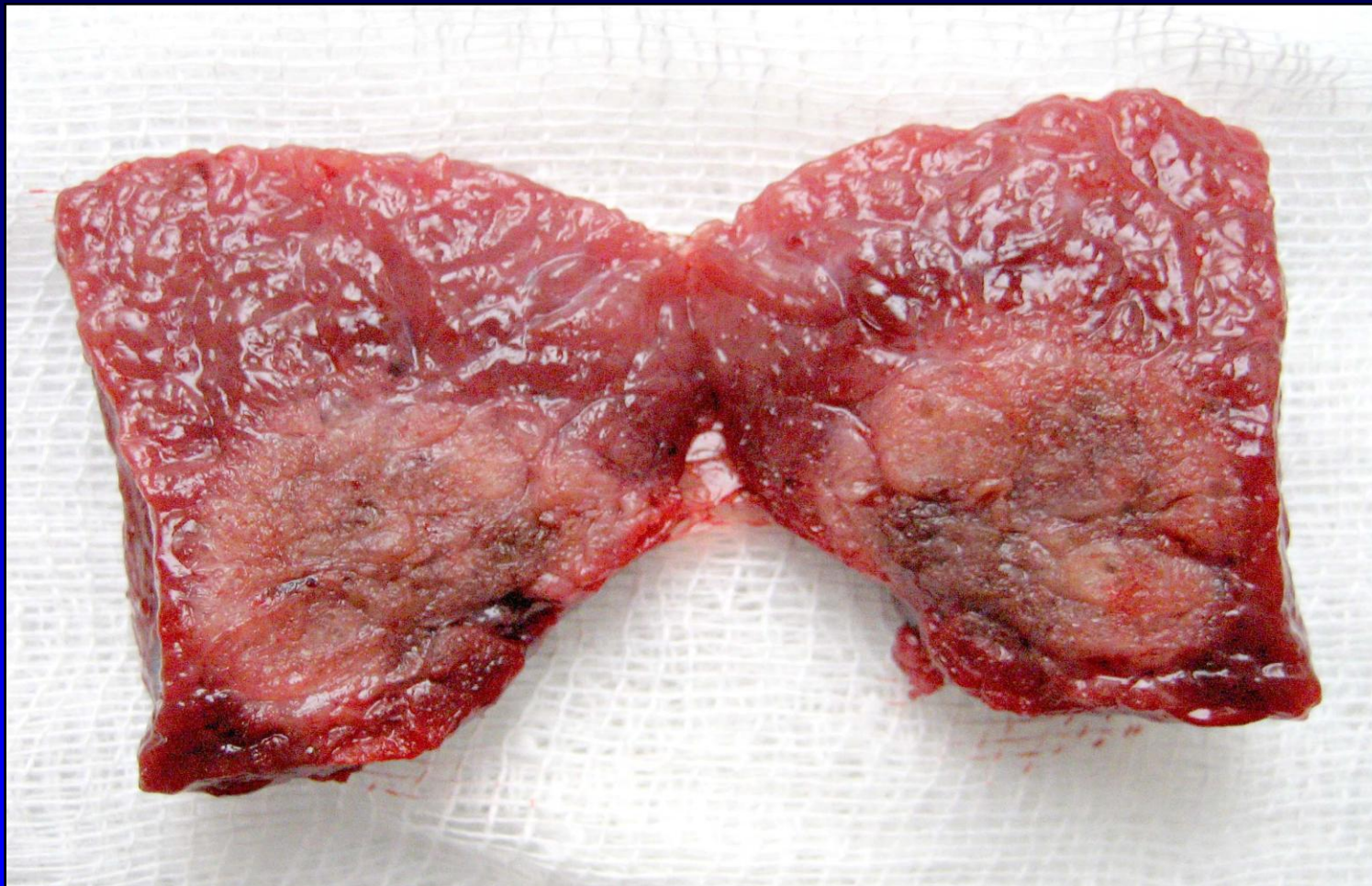


Радиочастотная термодеструкция

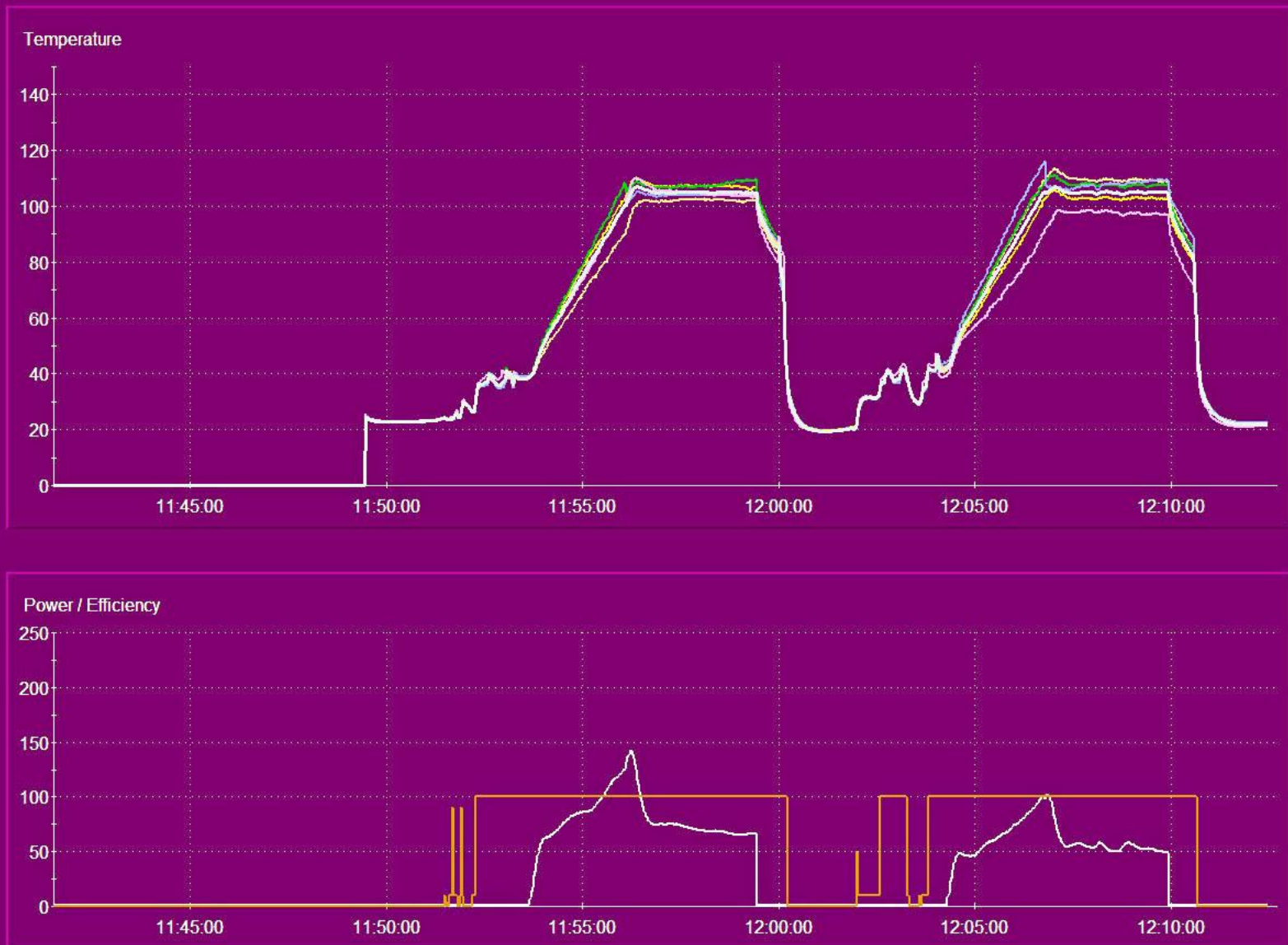


Цветное доплеровское картирование

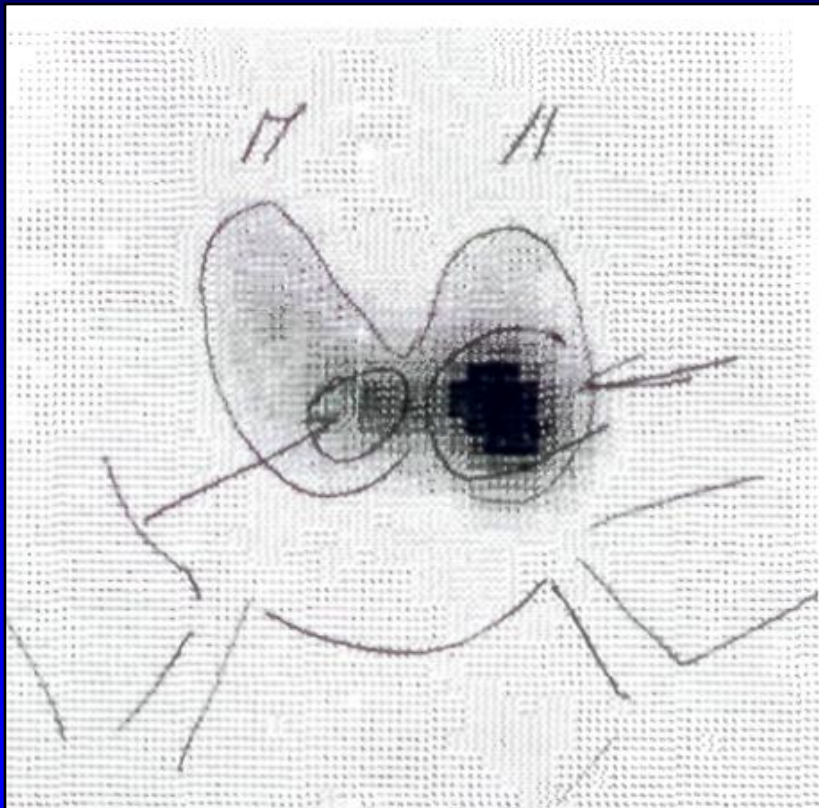
Морфологическое исследование



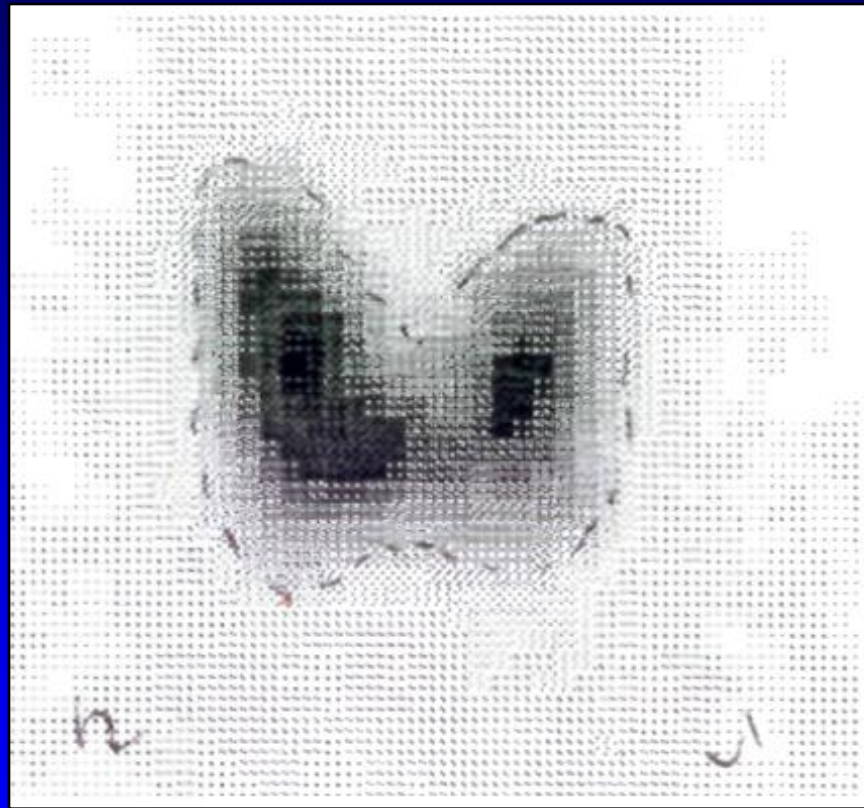
Протокол проведения деструкции



Изменение сцинтиграфической картины после радиочастотной деструкции

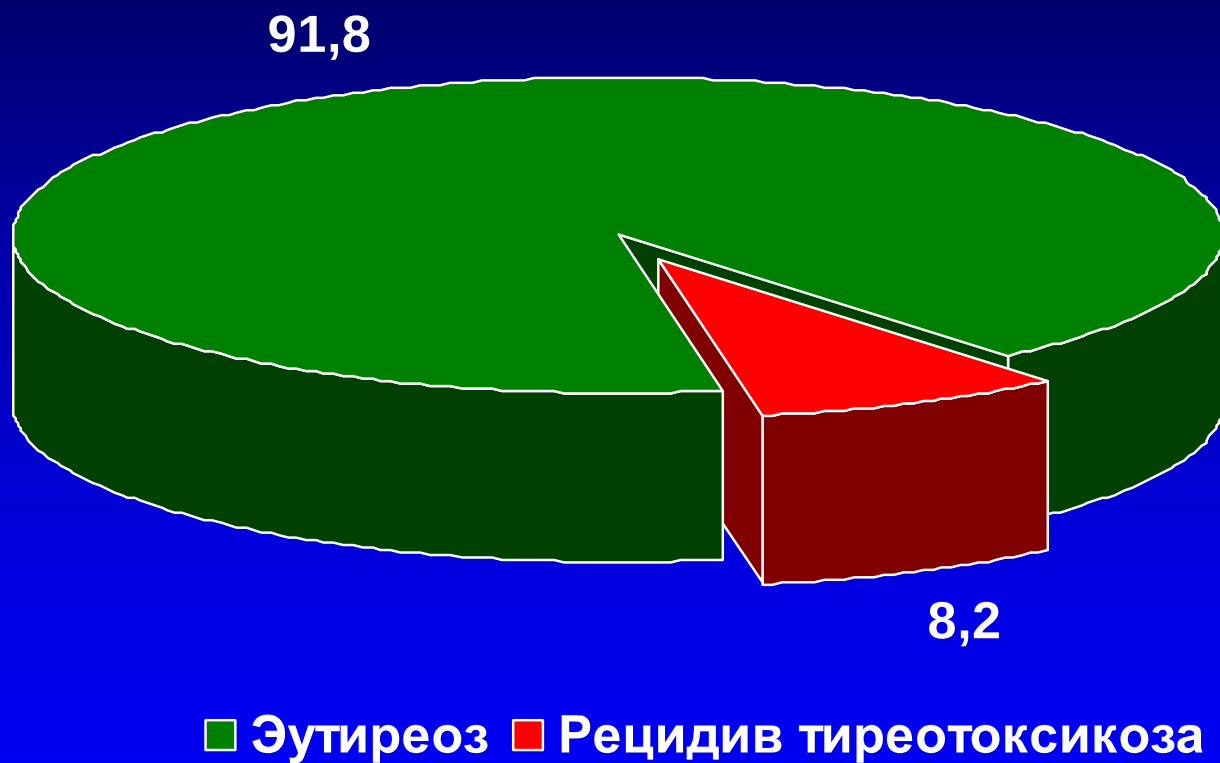


До деструкции



После деструкции

Устранение тиреотоксикоза, %



Бесплатное лечение в рамках системы федеральных квот

- опухоли щитовидной железы, околощитовидных желез, надпочечников
- диффузный токсический зоб
- токсический узловой зоб

Документы для оформления квоты

- паспорт
- страховое свидетельство
- полис ОМС

Запись на лечение

Слепцов Илья Валерьевич +7 921 402-30-31, 676-25-25