ФГУ «Северо-Западный окружной медицинский центр Росздрава»



Северо-Западный региональный эндокринологический центр

Современные технологии в эндокринной хирургии

И.В. Слепцов

Северо-Западный региональный эндокринологический центр (с 2002 года)

Профиль работы центра – лечение заболеваний

- щитовидной железы
- околощитовидных желез
- надпочечников
- поджелудочной железы
- нейроэндокринные опухоли (вне зависимости от локализации)

Комплексная клиника

Диагностические филиалы

Лаборатория

Отдел морфологических исследований

Передвижной диагностический комплекс

Северо-Западный региональный центр по лечению гиперпаратиреоза

Северо-Западный региональный центр по лечению нейроэндокринных опухолей

Распространенность узлового зоба (по данным ПДК «Тиробус»)

Северо-Запад России – 26,7% населения

Женщины старше 60 лет – 58%

Мужчины старше 60 лет – до 24%

Основная задача





Рак или подозрение на рак

Оперативное лечение

Доброкачественный узел

Максимально консервативная тактика

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
- карцинома (папиллярная, медуллярная, анапластическая, плоскоклеточная)
- сомнительные (фолликулярная опухоль)
- неинформативные (2-5%)

доброкачественно

операция

повтор биопсии

Рак щитовидной железы

CONSENSUS STATEMENT

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

Furio Pacini, Martin Schlumberger¹, Henning Dralle², Rossella Elisel³, Johannes WA Smit⁴, Wilmar Wiersinga⁵ and the European Thyroid Cancer Taskforce

Section of Endocrinology and Metabolism, University of Siena, Via Bracci, 531 60 Siena, Baly, Service de Médicine Nucléaire, Institut Gustare Brussy, Villejuif, Fanna, 2 Department of General, Viscoral and Viscolar Surgery, University of Hale, Germany, 3 Department of Endocrinology, University of Pina, Italy, *Department of Endoctrology and Metabolic Disease, Leiden University Medical Center, The Notherlands and *Department of Endocrinology and Metabolics, University of Ameterians, The Notherlands

(Correspondence should be addressed to F Pacini: Email: pacini8(district 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 Actions (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. extensive discussion. In the second session, the experts

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.

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
- postsurgical 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 Дифференцированный рак (папиллярный, фолликулярный, гюртлеклеточный)

Рак щитовидной железы

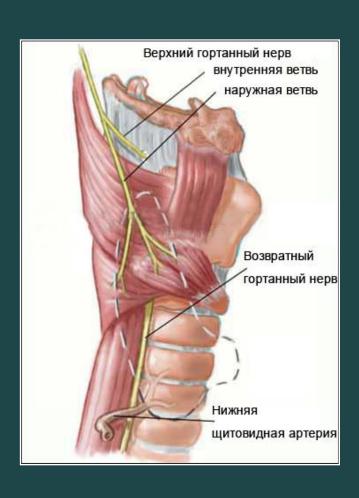
тиреоидэктомия

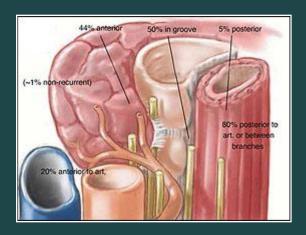
Преимущества тиреоидэктомии

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

Частота осложнений не увеличивается!

Интраоперационный мониторинг гортанных нервов

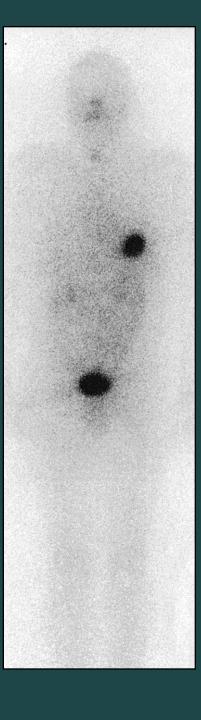


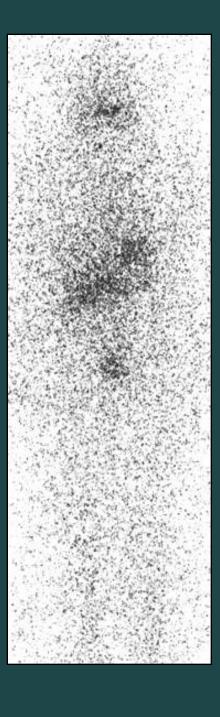




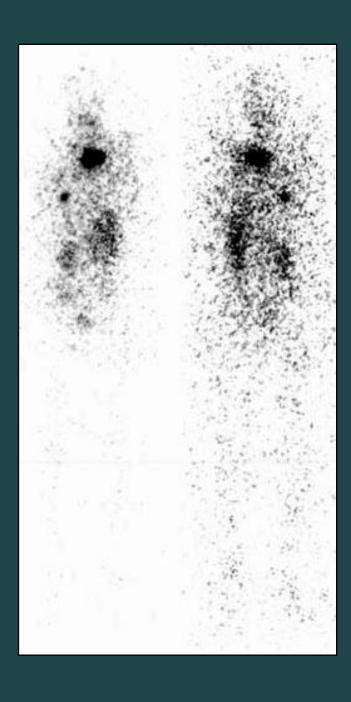
Мониторинг околощитовидных желез



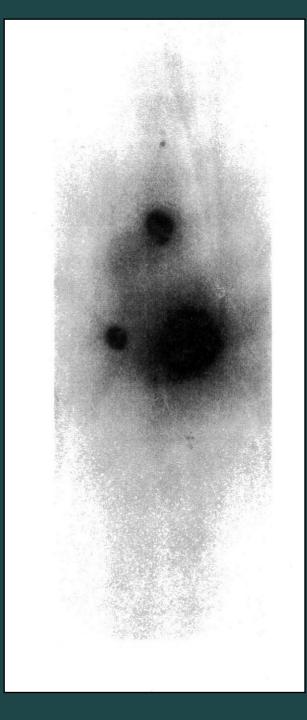




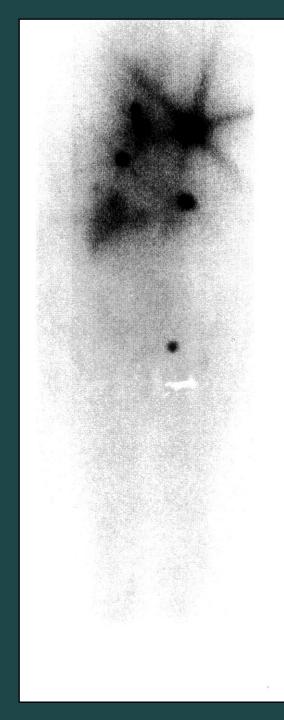
 $T_3N_0M_0$



 $T_3N_{1a}M_1$



 $T_{1a}N_0M_1$



 $T_1N_0M_1$

Подозрение на рак щитовидной железы («фолликулярная опухоль»)

Фолликулярная опухоль



Удаление одной доли

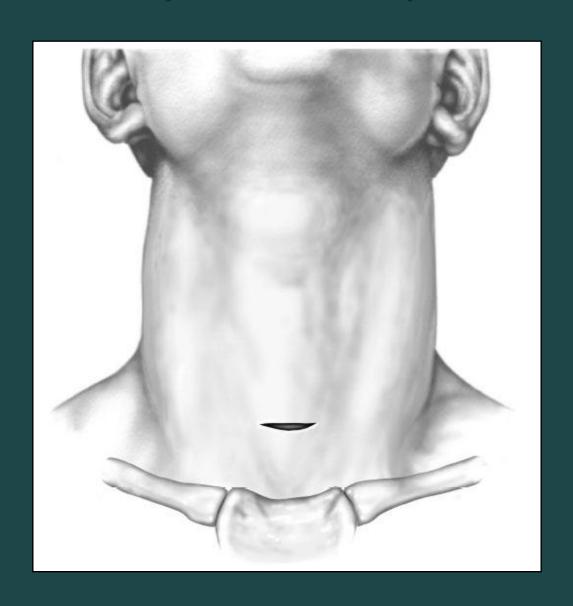


Гистология (2 суток)

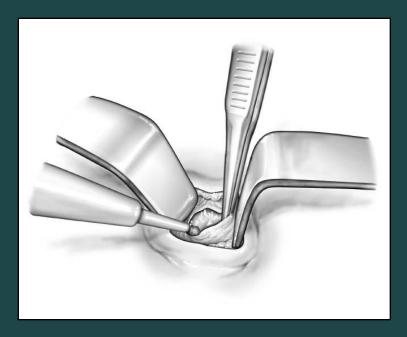


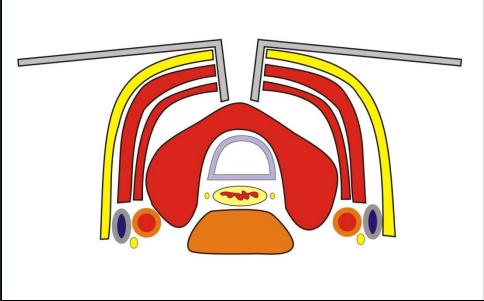
13% - повторная операция

Видеоассистированная тиреоидэктомия

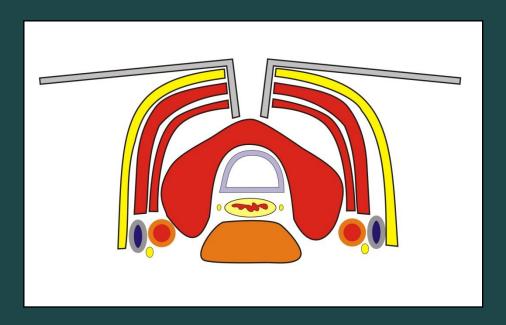


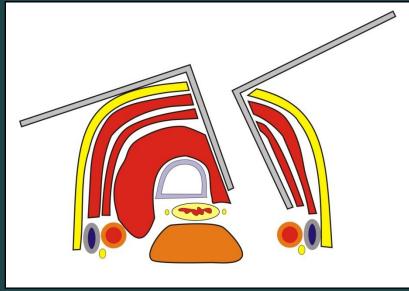
Разделение коротких мышц по белой линии шеи





Формирование «рабочего пространства»





Косметический результат видеоассистированной гемитиреоидэктомии



Доброкачественные узлы щитовидной железы

Показания к лечению

• симптомы компрессии

• тиреотоксикоз

• косметический дефект



Эффективность лечения = повышение качества жизни пациента



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)†

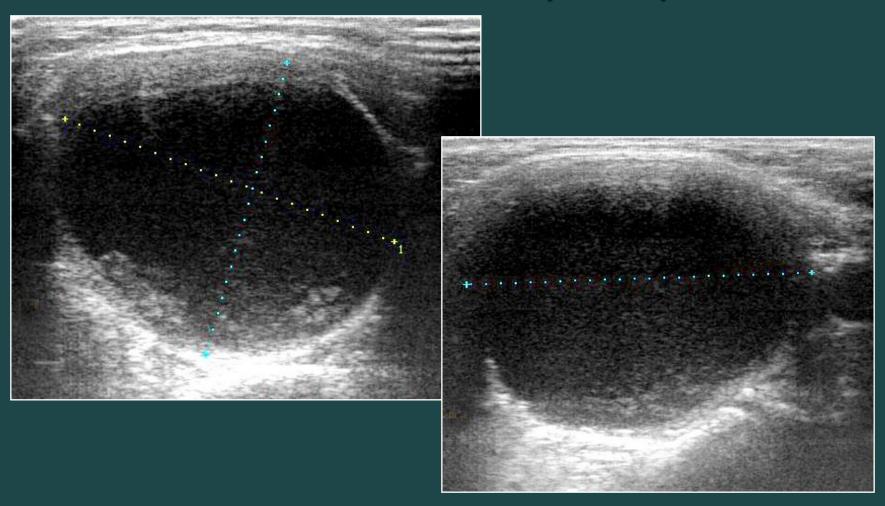
On cystic thyroid lesions. PEI is highly effective in the treatment of thyroid cysts and complex nodules with a large fluid component (grade B). Because the only alternative to PEI for recurrent and enlarging cysts is surgical resection, PEI is the first-line nonsurgical treatment for recurrent cystic 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 clinial endocrinologists. Medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of thyroid nodules, 2006)

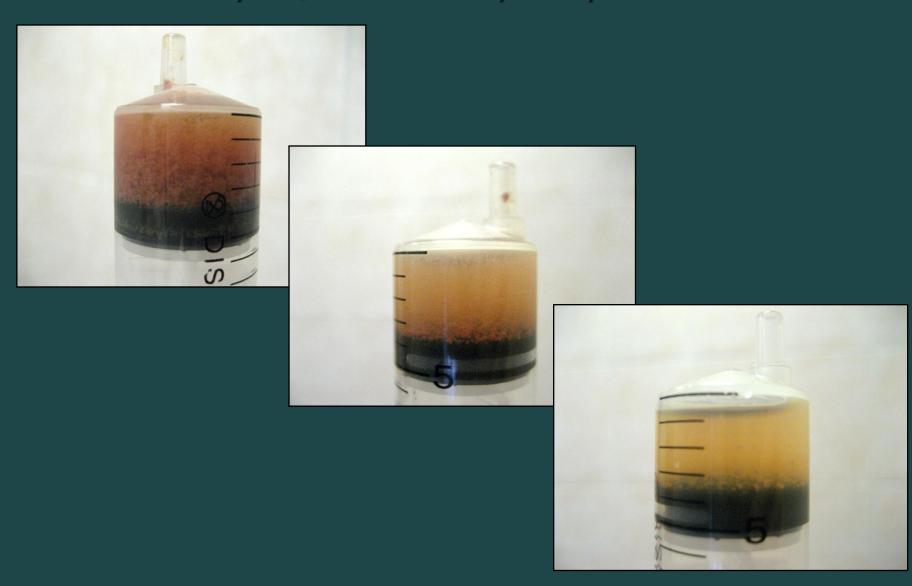


Клинический пример

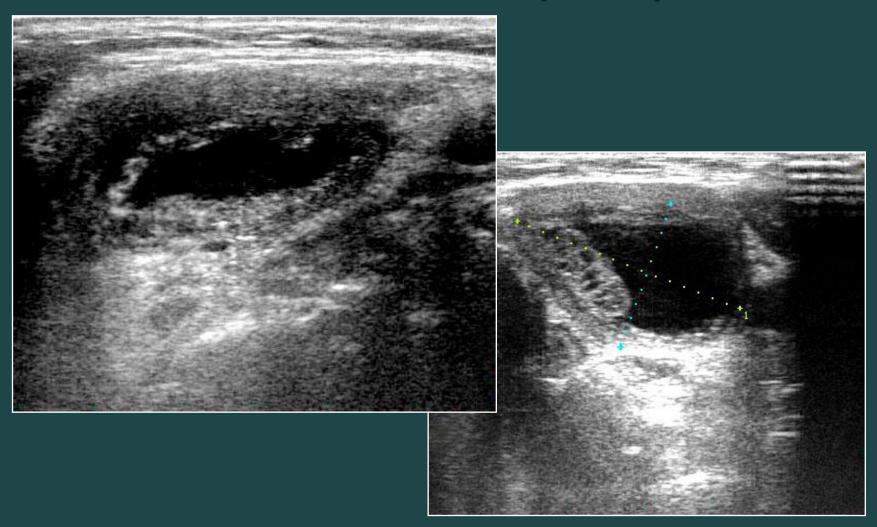


До этаноловой склеротерапии (4,42x3,80x4,75x0,479=38,21 мл)

Изменение характера содержимого кисты в процессе склеротерапии

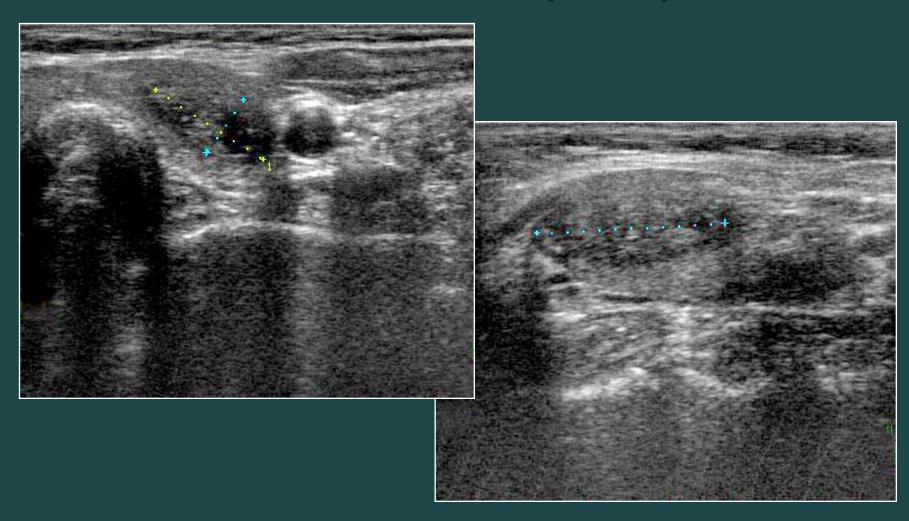


Клинический пример



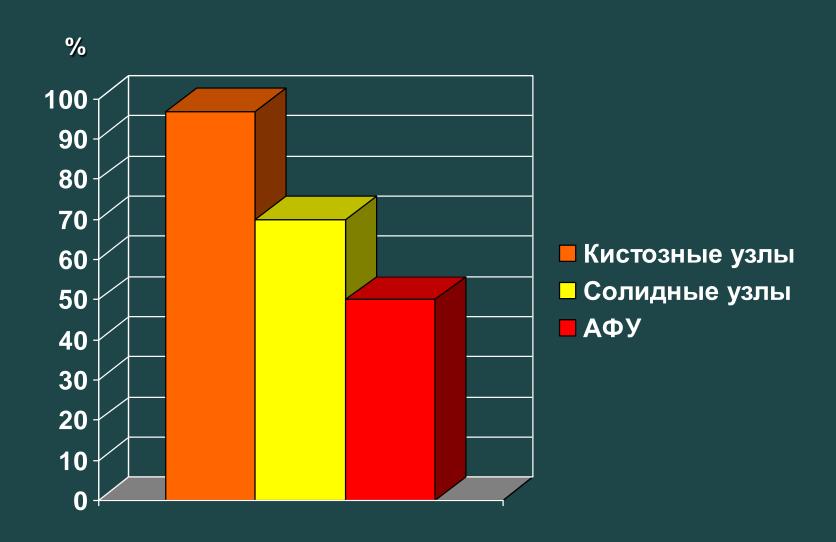
2 суток после проведения склеротерапии

Клинический пример



После этаноловой склеротерапии 2 месяца (объем узла 1,67х0,84х2,41х0,479=1,62 мл)

Эффективность этаноловой склеротерапии для уменьшения размера эутиреоидных узлов



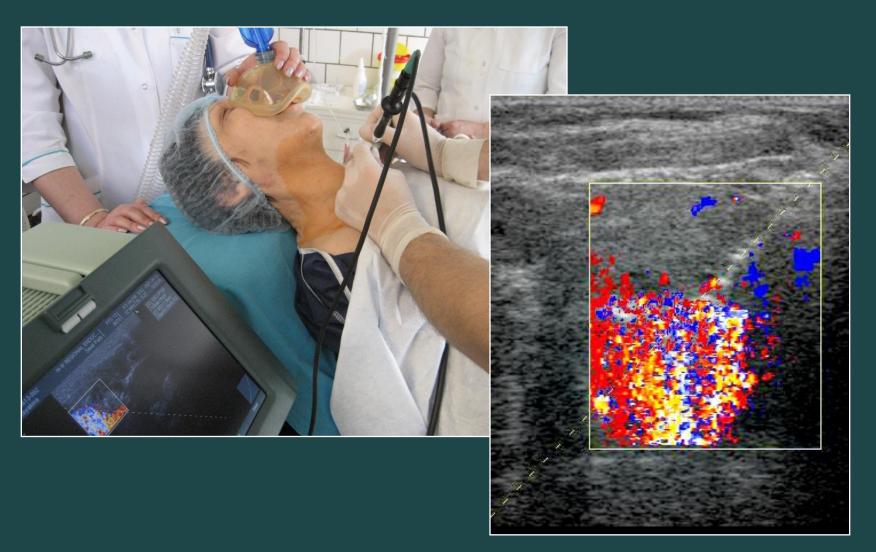
Оборудование для радиочастотной аблации





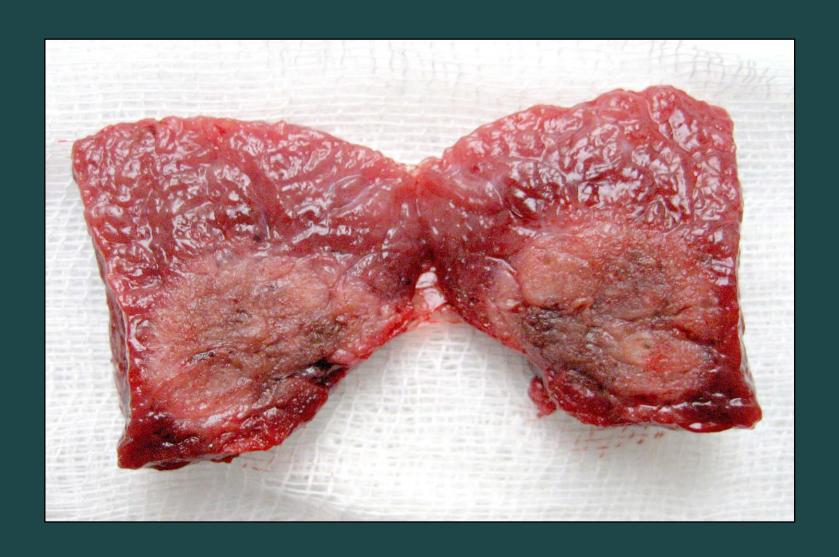


Радиочастотная термодеструкция

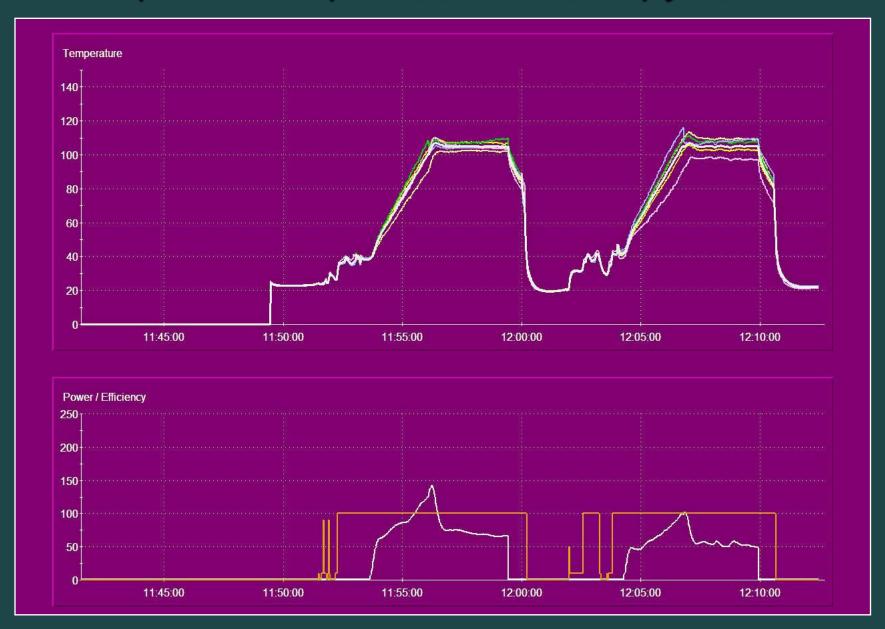


Цветное допплеровское картирование

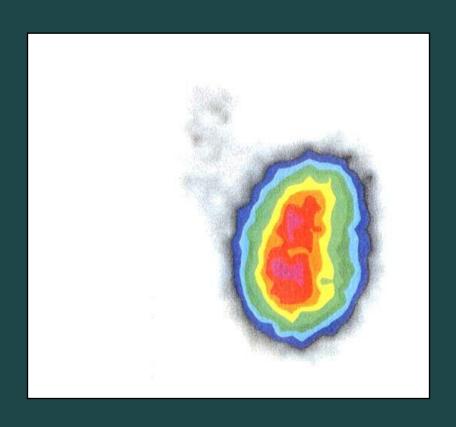
Морфологическое исследование

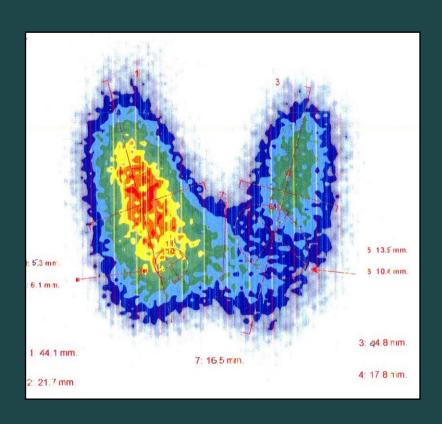


Протокол проведения деструкции



Изменение сцинтиграфической картины после радиочастотной деструкции

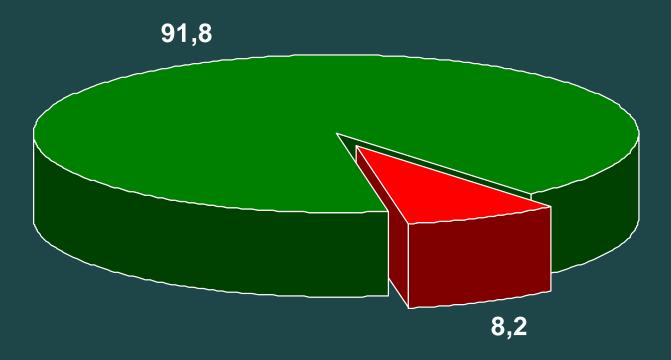




До деструкции

После деструкции

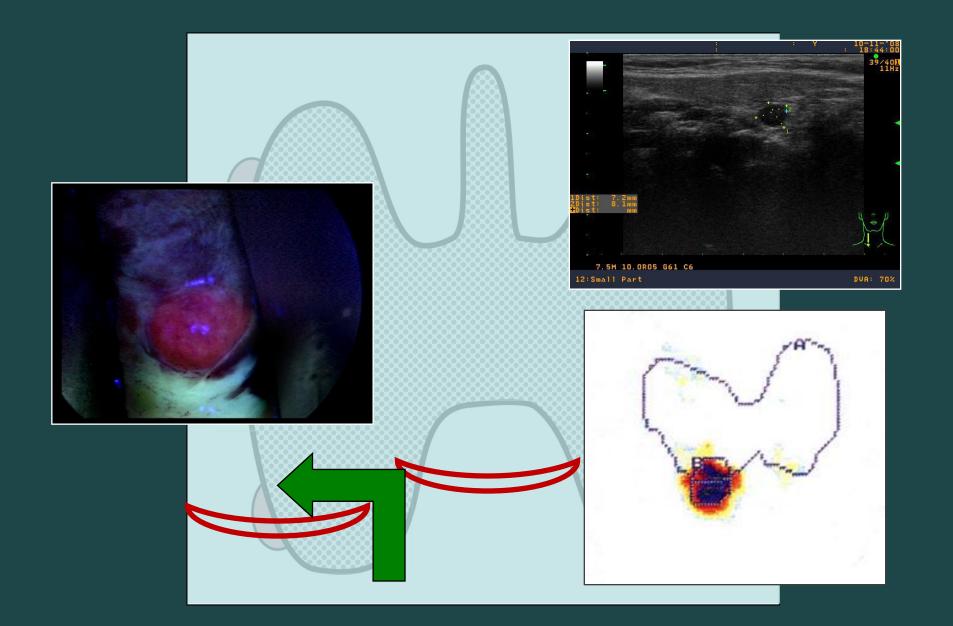
Устранение тиреотоксикоза, %



□ Эутиреоз ■ Рецидив тиреотоксикоза

Первичный гиперпаратиреоз

Селективная паратиреоидэктомия



Оборудование для фотодинамической визуализации околощитовидных желез

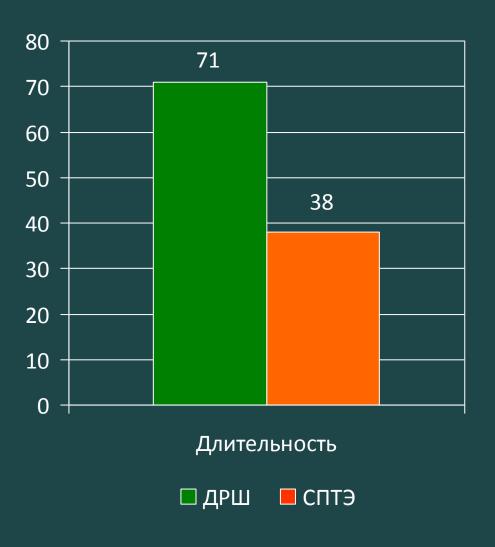
KARL STORZ D-Light C



Интраоперационная фотодинамическая визуализация околощитовидных желез – видеоассистированная паратиреоидэктомия



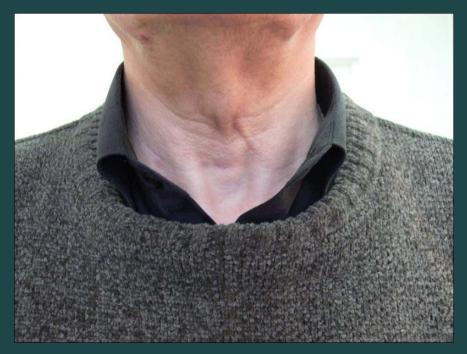
Длительность операций



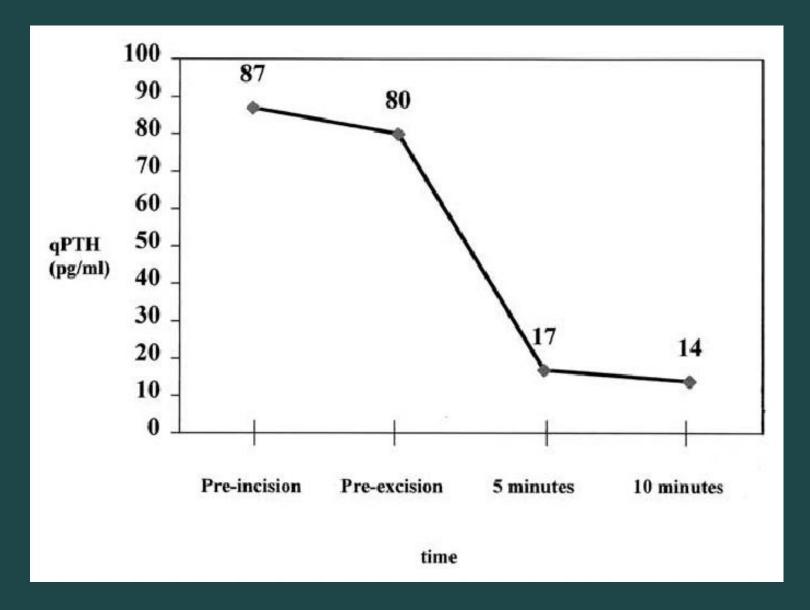
Осложнения операций – парез возвратного нерва



Косметический результат видеоассистированных операций (срединный доступ)







S.L. Stratmann et al. Comparison of quick parathyroid assay for uniglandular and multiglandular parathyroid disease. Am J Surg, 2002

Оборудование для проведения срочного теста на ПТГ



Криобанк ткани ОЩЖ



Лечение в рамках системы федеральных квот

- злокачественные опухоли щитовидной железы
- опухоли надпочечников
- нейроэндокринные опухоли
- гиперпаратиреоз (первичный, вторичный)
- узловой и диффузный токсический зоб

Лечение в рамках специализированной медицинской помощи

• Фолликулярные опухоли щитовидной железы

Документы для оформления квоты

- паспорт
- страховое свидетельство
- полис ОМС

Запись на лечение

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

Северо-Западный региональный эндокринологический центр



Спасибо за внимание!