

**IV научно-практическая конференция
Средневолжского научно-образовательного медицинского кластера
«Вограликовские чтения. Раздвигая границы, опережая время»**

“Пред- и послеоперационное ведение пациентов с опухолями щитовидной железы”

Слепцов Илья Валерьевич

*д.м.н., профессор, кафедры факультетской хирургии СПбГУ, зам. главного врача по
медицинской части “НМХЦ им. Н.И. Пирогова” МЗ РФ, Санкт-Петербург*

08 октября 2020

**ГК «Маринс Парк Отель»
г. Нижний Новгород, Советская, 12**

«Выступление осуществляется при финансовой поддержке компании «Берлин-Хеми/А.Менарини». Информация, включенная в презентацию, отражает мнение автора. Компания также не несет ответственности за возможные нарушения авторских прав в результате публикации и распространения данной информации».

«В представленных научно-медицинских материалах содержится информация образовательного и научного характера. Основным предназначением является повышение области профессиональных знаний специалистов здравоохранения. Материалы разработаны независимым экспертом и могут не совпадать с мнением компании ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини».

Одной из основных целей представленных материалов и информации любого вида, включая графику и видео, является обеспечение специалистов здравоохранения информацией о медицинской, научно-методической, нормативно-правовой и иной профессиональной информации.

Национальное законодательство разных государств может влиять на объем и описание характеристик лекарственного препарата, включая способы применения и показания. Каждый лекарственный препарат производства ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини» в обязательном порядке содержит инструкцию по медицинскому применению; также инструкцию можно найти на сайте БХ <http://www.berlin-chemie.ru/...> и сайте <http://grls.rosminzdrav.ru/>

Для цели рекомендации или применения лекарственного препарата ознакомьтесь с действующей инструкцией по применению. ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини» настоятельно рекомендует применение лекарственных препаратов в четком соответствии с инструкцией по медицинскому применению. Информация о раскрытии финансовой заинтересованности.

Настоящим лектор подтверждает, что он(а) получает гонорары за консультационные услуги в области научной и педагогической деятельности (образовательные услуги, научные статьи, участие в экспертных советах, участие в исследованиях и др.) от следующих компаний: _____ (перечислить).

Данная презентация поддерживается компанией ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини».

«Выступление осуществляется при финансовой поддержке компании «Берлин-Хеми/А.Менарини». Информация, включенная в презентацию, отражает мнение автора. Компания также не несет ответственности за возможные нарушения авторских прав в результате публикации и распространения данной информации».

Северо-Западный центр эндокринологии и эндокринной хирургии



Санкт-Петербург

ENDOINFO.RU

Пред- и послеоперационное ведение пациентов с опухолями щитовидной железы

Слепцов И.В.

хирург-эндокринолог, д.м.н.,

главный специалист по эндокринологии и эндокринной хирургии
Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова СПбГУ,
руководитель Северо-Западного центра
эндокринологии и эндокринной хирургии

О ЧЕМ МЫ БУДЕМ ГОВОРИТЬ СЕГОДНЯ

- Папиллярный и фолликулярный рак
- Медуллярный рак
- Анапластический рак

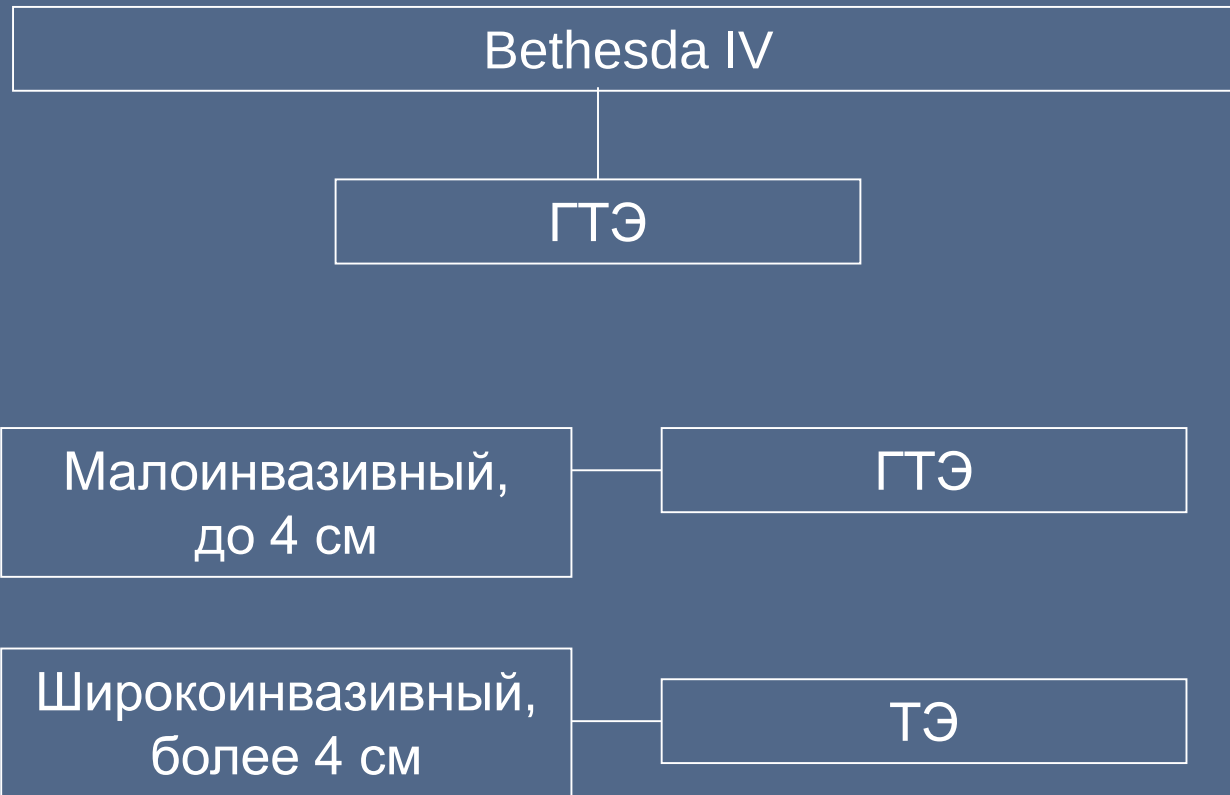
ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ЭНДОКРИНОЛОГА

- Выполнение ультразвукового исследования
- Проведение КАЧЕСТВЕННОЙ тонкоигольной биопсии
- Выполнение комплекса лабораторных исследований (ТТГ, кальцитонин, кальций)
- Направление на компьютерную томографию грудной клетки при выявлении злокачественной опухоли (?)
- Маршрутизация пациента

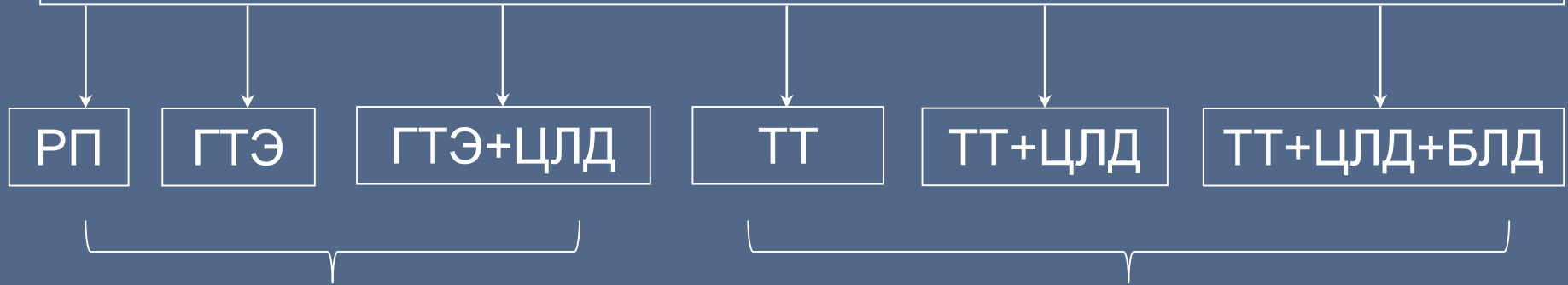
ПАПИЛЛЯРНЫЙ РАК: ОБЪЕМ ОПЕРАЦИИ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ



ФОЛЛИКУЛЯРНЫЙ РАК: ОБЪЕМ ОПЕРАЦИИ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ



ПАПИЛЛЯРНЫЙ РАК



- не нужна супрессия
- нет риска гипопара
- нельзя сделать РЙТ
- тиреоглобулин неточен
- есть вторая доля
- низкий риск

- может быть нужна супрессия
- есть риск гипопара
- можно сделать РЙТ
- ТГ + АТ к ТГ – главный метод
- УЗИ - лимфоузлы
- риск может быть разным

Каждому пациенту – свой объем операции
«Правильного» объема операции не существует
Операция – важнейший этап лечения

КЛАССИФИКАЦИЯ TNM

- T1-2 – низкий риск
- T3a – промежуточный риск
- T3b – риск нарастает
- T4 – риск высокий (опухоль не удалена – риск максимальный)

- N0 – низкий риск
- N1a – низкий или промежуточный риск
- N1b – промежуточный или высокий риск

- M1 – максимальный риск

T4 и M1 – главная опасность
N1b – группа, где может встречаться M1
N1a – частый вариант, но не опасный

Пациенты могут умирать от отдаленных метастазов и местного прогрессирования

ЗНАЧЕНИЕ Т

- До 1 см – микрокарцинома, риск низкий
- До 2 см – малый размер, риск низкий
- 2-4 см – риск промежуточный
- Более 4 см – риск повышен, требуется ТТ +/- РИТ
- Наличие капсулы – очень хороший признак
- Местная инвазия в мышцы, жир, сосуды = высокий риск
- Сосудистая инвазия = высокий риск, всегда РИТ
- Мультифокальность на прогноз не влияет
- Оставленная неудаляемая опухоль = вечный максимальный риск
- Вылечить оставленную опухоль радиойодом невозможно

Первичная опухоль – главная опасность
Первичная опухоль должна быть полностью удалена

Много маленьких раков лучше, чем один большой

АГРЕССИВНЫЕ ВАРИАНТЫ ОПУХОЛИ

- Папиллярная карцинома – колонноклеточный вариант, микропапиллярный высококлеточный (tall-cell)
- Фолликулярная карцинома - широкоинвазивная опухоль
- Все виды низкодифференцированных карцином

БЛАГОПРИЯТНЫЕ ВАРИАНТЫ ОПУХОЛИ

- Папиллярная карцинома – фолликулярный вариант, микрофолликулярный, макрофолликулярный, классический, warthin-like
- Фолликулярная карцинома – малоинвазивная опухоль
- Все виды низкодифференцированных карцином

РИСК РЕЦИДИВА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ОПУХОЛИ

Risk of Structural Disease Recurrence

(In patients without structurally identifiable disease after initial therapy)

High Risk

*Gross extrathyroidal extension,
incomplete tumor resection, distant metastases,
or lymph node >3 cm*

Intermediate Risk

*Aggressive histology, minor extrathyroidal
extension, vascular invasion,
or > 5 involved lymph nodes (0.2-3 cm)*

Low Risk

*Intrathyroidal DTC
≤ 5 LN micrometastases (< 0.2 cm)*

FTC, extensive vascular invasion (≈ 30-55%)

pT4a gross ETE (≈ 30-40%)

pN1 with extranodal extension, >3 LN involved (≈ 40%)

PTC, > 1 cm, TERT mutated ± BRAF mutated* (>40%)

pN1, any LN > 3 cm (≈ 30%)

PTC, extrathyroidal, BRAF mutated* (≈ 10-40%)

PTC, vascular invasion (≈ 15-30%)

Clinical N1 (≈20%)

pN1, > 5 LN involved (≈20%)

Intrathyroidal PTC, < 4 cm, BRAF mutated* (≈10%)

pT3 minor ETE (≈ 3-8%)

pN1, all LN < 0.2 cm (≈5%)

pN1, ≤ 5 LN involved (≈5%)

Intrathyroidal PTC, 2-4 cm (≈ 5%)

Multifocal PTMC (≈ 4-6%)

pN1 without extranodal extension, ≤ 3 LN involved (2%)

Minimally invasive FTC (≈ 2-3%)

Intrathyroidal, < 4 cm, BRAF wild type* (≈ 1-2%)

Intrathyroidal unifocal PTMC, BRAF mutated*, (≈ 1-2%)

Intrathyroidal, encapsulated, FV-PTC (≈ 1-2%)

Unifocal PTMC (≈ 1-2%)

ЗНАЧЕНИЕ N1

- N1a при 5 и более пораженных лимфоузлах = высокий риск N1b
- N1b = наличие риска M1
- N1 бывает разным (1/1, 3/3, 39/42, 2/42, 0/12)
- Практически никогда нет местной инвазии
- Развиваются крайне медленно
- Из лимфоузлов в легкие и кости не метастазирует
- Не всегда требует повторной операции
- Не очень хорошо лечится радиойодом

Главный метод борьбы с N1 – хирургия

Различайте случайно удаленные лимфоузлы и лимфодиссекцию

РЙТ используется при обширном N1 для снижения риска рецидива
ПОСЛЕ операции

ЗНАЧЕНИЕ M1

- M1 – риск всегда максимален
- Активное лечение до полной победы или стабилизации процесса
- Не всегда можно вылечить до конца
- При фолликулярном M1 лучше накапливают радиоiod, при папиллярном – хуже
- У детей и молодежи лучше накапливают радиоiod, у пожилых хуже
- Чаще всего – легкие, кости – реже, печень – очень редко, головной мозг – совсем редко
- Легкие можно вылечить радиоiodом, кости только радиоiodом – почти никогда
- РИТ при метастазе в головной мозг опасна
- Первый удар радиоiodом по опухоли – самый важный
- Послеоперационное сканирование – важнейшее исследование
- Если M1 не накапливает радиоiod = опасность, но химия не всегда

Любая M1 = опасность. Лечим много, активно, не отпускаем пациента далеко

НИЗКИЙ РИСК

- T – до 2 см, могут быть мультифокальные
- N0 или N1a до 5 лимфоузлов при размере очага менее 2 мм
- M0 (проверено томографией)
- >18 лет, но менее 60
- Нет агрессивных гистологических вариантов

ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ РИСК

- T – 2-4 см, нет инвазии, нет сосудистой инвазии, могут быть мультифокальные
- N1a более 5 лимфоузлов или крупные
- M0 (проверено томографией)
- Могут быть агрессивные гистологические варианты

ВЫСОКИЙ РИСК

- T – более 4 см, либо инвазия, либо сосудистая инвазия
- N1b (чем больше количество, тем хуже; при наличии инвазивного роста из лимфоузлов – очень плохо)
- M1 (чем больше метастазов и чем они крупнее, тем хуже)
- Широкоинвазивный фолликулярный рак
- Низкодифференцированные варианты опухоли

Первичная оценка опасности опухоли – главный этап
Без оценки опасности дальнейшее лечение невозможно

ДОСТАТОЧНОСТЬ ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ

- T3, T4 – тиреоидэктомия
- Низкодифференцированная опухоль, широкоинвазивный фолликулярный рак - тиреоидэктомия
- N1a – не обязательный повод для тиреоидэктомии
- N1b – тиреоидэктомия
- M1 – тиреоидэктомия

Гемитиреоидэктомия возможна:

- опухоль без инвазии размером до 4 см
- отсутствие обширного регионарного метастазирования
- отсутствие агрессивных гистологических вариантов
- отсутствие отдаленных метастазов

Наличие доброкачественных (по данным ТАБ) узлов
во второй доле щитовидной железы
при раке НИЗКОГО риска
не является абсолютным показанием к тиреоидэктомии

ПЕРВИЧНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К РАДИОЙОДТЕРАПИИ

- Широкоинвазивная фолликулярная карцинома
- Сосудистая инвазия при папиллярной карциноме
- Наличие очагового поражения легких
- Инвазия опухоли в мягкие ткани шеи, соседние органы
- Массивное поражение регионарных лимфоузлов

ВТОРИЧНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К РАДИОЙОДТЕРАПИИ (ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ)

- Уровень тиреоглобулина крови более 5 нг/мл
- Промежуточный риск опухоли при наличии повышенного уровня антител к тиреоглобулину

На всех этапах лечения должна соблюдаться
логическая последовательность:
опухоли низкого риска должны лечиться как
опухоли низкого риска,
а опухоли высокого риска –
как опухоли высокого риска

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ДРЦЖ

НАЛИЧИЕ ФАКТОРОВ РИСКА



ТИРЕОИДЭКТОМИЯ (+ ЛИМФОДИССЕКЦИЯ)



ТЕРАПИЯ РАДИОАКТИВНЫМ ЙОДОМ



СУПРЕССИЯ ТТГ

ИЛИ

ОТСУТСТВИЕ ФАКТОРОВ РИСКА



ГЕМИТИРЕОИДЭКТОМИЯ



СУПРЕССИЯ ТТГ НЕ НУЖНА

ЛАБОРАТОРНЫЕ АНАЛИЗЫ

- Через 1 месяц после операции – дети
 - Через 1,5 месяца – взрослые
 - Объем: ТТГ + Т4 св. (если планируется супрессивная терапия)
 - Исследование Т3 св. не требуется
-
- Через 3 месяца после тиреоидэктомии
 - Через 6 месяцев после терапии радиоактивным йодом
 - Объем обследования: ТТГ, Т4 св., тиреоглобулин, антитела к тиреоглобулину

TABLE 15. THYROTROPIN TARGETS FOR LONG-TERM THYROID HORMONE THERAPY

Increasing Risk of TSH Suppression	Excellent	Indeterminate	Biochemical Incomplete **	Structural Incomplete
No Known Risk			Moderate or Complete Suppression. TSH target <0.1 mU/L	
Menopause		Mild suppression. TSH target 0.1–0.5* mU/L		
Tachycardia				
Osteopenia				
Age > 60				
Osteoporosis				
Atrial Fibrillation				

* 0.5 mU/L represents the lower limit of the reference range for the TSH assay which can be 0.3–0.5 mU/L depending on the specific assay

** TSH target for patients with a biochemical incomplete response can be quite different based on original ATA risk, Tg level, Tg trend over time and risk of TSH suppression

- ☐ No suppression. TSH target 0.5*–2.0 mU/L
- ☐ Mild suppression. TSH target 0.1–0.5* mU/L
- ☐ Moderate or Complete suppression. TSH target <0.1 mU/L

ТАКТИКА НАЗНАЧЕНИЯ СУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ (АТА 2015)

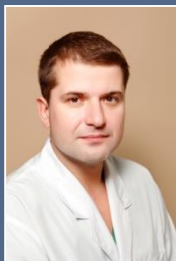
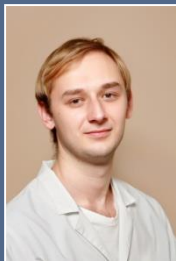
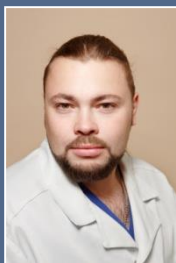
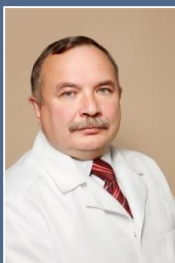
ЧАСТОТА ПРОВЕДЕНИЯ УЗИ

- Через 3 месяца после операции
- Через 1 год после операции
- Далее – 1 раз в год

ЧАСТОТА ПРОВЕДЕНИЯ КТ

- Перед операцией
- При наличии неспецифических изменений и отсутствии признаков рецидива опухоли - по рекомендации врача-радиолога
- Ежегодные повторы КТ не требуются!

Северо-Западный центр эндокринологии и эндокринной хирургии



ENDOINFO.RU