

Μαχη των κυττάρων θ. ΑηουουΧος: Ποια είναι η αντιμεώπιση ίου κarkίνου ίου θυρεοειδούς;

Media: TA NEA **Page:** 43-44 **Published at:** 11-04-2024
Author: **Surface:** 304.39 cm² **Circulation:** 10340
Subjects:



ΜΑΧΗ ΤΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ Θ. Δημόπουλος: Ποια είναι η αντιμεώπιση του κarkίνου του θυρεοειδούς; ΣΕΛ. 44

Ποια είναι η αντιμετώπιση του καρκίνου του θυρεοειδούς;

Περίπου 43.720 νέες περιπτώσεις καρκίνου του θυρεοειδούς διαγνώστηκαν το 2023 στις ΗΠΑ. Η πενταετής επιβίωση είναι περίπου 98,5%. Η διάγνωση του καρκίνου του θυρεοειδούς γίνεται διότι ο ασθενής ή ο γιατρός του ψηλάφισε κάποια διόγκωση στον θυρεοειδή αδένα ή, ακόμα πιο συχνά σήμερα, στο πλαίσιο υπερηχογραφικού ελέγχου του θυρεοειδούς ή του τραχήλου, όπου ανευρίσκονται ένας ή περισσότεροι όζοι. Ακολουθεί παρακέντηση διά λεπτής βελόνης και κυτταρολογική εξέταση για τη διάγνωση ή τον αποκλεισμό νεοπλασίας.

Το θηλώδες καρκίνωμα του θυρεοειδούς αντιπροσωπεύει το 84% όλων των καρκίνων του θυρεοειδούς. Ο θηλώδης, θυλακιδώδης (~4%) και ογκοκυτταρικός (~2%) τύπος προέρχονται από θυλακιδώδη κύτταρα του θυρεοειδούς και αποτελούν καλά διαφοροποιημένους καρκίνους. Επιθετικές μορφές καρκίνου του θυρεοειδούς που



προέρχονται από θυλακιδώδη κύτταρα είναι ο χαμηλής διαφοροποίησης καρκίνος του θυρεοειδούς (~5%) και ο αναπλαστικός καρκίνος του θυρεοειδούς (~1%). Ο μυελοειδής καρκίνος του θυρεοειδούς (~4%) προκύπτει από παραθυλακιδώδη κύτταρα C. Οι περισσότερες περιπτώσεις καλά

διαφοροποιημένου καρκίνου του θυρεοειδούς είναι ασυμπτωματικές και ανιχνεύονται κατά την αντικειμενική εξέταση ή ανευρίσκονται τυχαία σε διαγνωστικές απεικονιστικές μελέτες. Για μικροκαρκινώματα (≤ 1 CM), μπορεί να εξεταστεί το ενδεχόμενο παρακολούθησης χωρίς χειρουργική εξαίρεση. Για όγκους μεγαλύτερους από 1 CM, η χειρουργική επέμβαση με ή χωρίς ραδιενεργό ιώδιο είναι θεραπευτική στις περισσότερες περιπτώσεις.

Χειρουργική εξαίρεση είναι η προτιμώμενη προσέγγιση για ασθενείς με υποτροπιάζουσα τοπική νόσο. Για μεταστατική νόσο, η χειρουργική εκτομή ή η στερεοτακτική ακτινοβολία προτιμάται έναντι της συστηματικής θεραπείας (π.χ. lenvatinib, dabrafenib). Οι αναστολείς πολλαπλών κινασών με αντιαγγειογενετικές ιδιότητες (π.χ. sorafenib, lenvatinib, cabozantinib) είναι εγκεκριμένοι για τον καρκίνο του θυρεοειδούς που δεν ανταποκρίνεται στο ραδιενεργό ιώδιο, με ποσοστά ανταπόκρισης 12% έως 65%. Στοχευμένες θεραπείες όπως το dabrafenib και το selpercatinib απευθύνονται σε ασθενείς με γενετικές μεταλλάξεις (BRAF, RET, NTRK, MEK) και προχωρημένο καρκίνο θυρεοειδούς.

Συμπερασματικά, η χειρουργική επέμβαση είναι θεραπευτική στις περισσότερες περιπτώσεις καλά διαφοροποιημένου καρκίνου του θυρεοειδούς. Η θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο έπειτα από χειρουργική επέμβαση βελτιώνει τη συνολική επιβίωση σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο υποτροπής. Οι αναστολείς πολλαπλών κινασών με αντιαγγειογενετικές ιδιότητες και οι στοχευμένες θεραπείες σε γενετικές μεταλλάξεις που προκαλούν καρκίνο του θυρεοειδούς χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο στη θεραπεία της μεταστατικής νόσου.

Ο Θάνος Δημόπουλος είναι καθηγητής Θεραπευτικής Αιματολογίας - Ογκολογίας, τ. πρύτανης του ΕΚΠΑ