



# CANCERUL GLANDEI TIROIDE

Cancerul glandei tiroide (CGT) – proces malign, care se dezvoltă din epiteliul folicular (celule A,B și C) al parenchimului glandular.

Codul bolii (CIM-10): ICD-O C 73.0

## Clasificarea histopatologică

### I. Tumori maligne primare de origine epitelială.

- Carcinom papilar (din celule A și B, constituie 70%-80% și este frecvent la tineri < 40 ani).
- Carcinom folicular (din celule A și B, pînă la 25%, mai frecvent la 40-45 ani).
- Carcinom medular (din celule C, pînă la 10% din tumorile maligne tiroidiene).
- Carcinom anaplastic, nediferențiat (formă rară, apare tardiv la vîrstnici).

### II. Tumori maligne non-epiteliale.

- Limfom malign tiroidian (se asociază frecvent cu tiroidita cronică limfocitară Hashimoto).
- Plasmocitom tiroidian.

### III. Tumori secundare (metastatice) ale glandei tiroide.

## Clasificarea clinico-patogenică a CGT

În cancerul tiroidian diferențiat (papilar, folicular) stadializarea este fundamental dependentă de tipul histologic al tumorii, vîrsta mai mică sau mai mare de 45 ani, dimensiunile tumorii (T), starea ganglionilor limfatici regionali (N) și metastazele la distanță (M).

### ● < 45 ani, extensia locală a tumorii (T1-T4) și starea ganglionilor regionali (N0-N1) nu influențează stadiul bolii:

- ✓ Stadiul I - fără metastaze la distanță (M0).
- ✓ Stadiul II - cu metastaze la distanță (M1).

### ● > 45 ani cu:

- ✓ Stadiul I - diametru maxim al tumorii < 2 cm (T1N0M0).
- ✓ Stadiul II - diametru maxim al tumorii < 4 cm (T2N0M0).
- ✓ Stadiul III - diametru maxim al tumorii > 4 cm (T3N0M0) sau T1-T3 cu invazie în capsula tiroidiană, ori cu ganglioni regionali invadați (N1) dar M0.
- ✓ Stadiul IV - tumoră cu invazie extratiroidiană (T4N0M0) sau orice T, orice N dar cu metastaze la distanță (M1).

**⚠ Notă: Cancerul medular apare în decadele cinci-șase (sporadic) sau în decada trei (familiar) cu o ușoară predominantă feminină și nu are criteriul de vîrstă în stadializare, ce este identică stadializării cancerului diferențiat la pacienții peste 45 ani. Cancerele anaplastice (nediferențiate) – toate sunt în stadiul IV (orice T, orice N, orice M).**

## Profilaxia primară

### Consilierea privind modul sănătos de viață și informarea referitor la excluderea factorilor de risc

- Întrebuințarea cantității optime de iod în alimentație sau suplimente (150 mcg/zi pentru adult).
- Evitarea expunerilor regiunii cervicale la radiații X.
- Evitarea consumului sporit de grăsimi de origine animală, alcool.
- Combaterea tabagismului, sedentarismului.
- Limitarea pînă la două ore a expunerii în câmpul magnetic (PC,TV).
- Evitarea stărilor de stres, surmenajului fizic.
- Familiarizarea cu autocontrolul glandei tiroide.

## Profilaxia secundară

Evidența și tratamentul disfuncțiilor hormonale, tiropatiilor difuze cronice și a patologiilor nodulare.

## Factorii de risc

- Radiația ionizantă.
- Deficitul de iod în mediu.
- Alimentația incorectă (consum sporit de grăsimi de origine animală și deficit de proteine, folosirea produselor marine în exces, alcool, tabagism).
- Administrarea excesivă de iod (preponderent pentru carcinom papilar).
- Maladiile tiroidiene preexistente, tiropatiile nodulare cronice (și autoimune), cu un nivel crescut al TSH.
- Patologia organelor cu funcție endocrină sau participante la metabolismul hormonal: dereglările funcției ovarelor, patologia hipofizei, suprarenalelor, hepatică, hipotiroidia etc.
- Stresul și diverse tulburări ale homeostazei hormonale.
- Factorul genetic (mutații a protooncogenei RET, PTEN, etc.).
- Imunodepresia.
- Unele medicamente (fenobarbital, grizeofulvină, spironolactonă, anti-tiroidiene de sinteză)

## Grupurile de risc

- Pacienții cu hipertrofii tiroidiene preexistente.
- Persoanele cu predispoziție genetică (prezența la rudele de gradul I-II a patologiei oncologice tiroidiene).
- Pacienții cu patologie a organelor cu funcție endocrină sau participante la metabolismul hormonal (dereglări ale funcției ovarelor, hipofizei, suprarenalelor, ficatului).

## Screening-ul

- Identificarea grupului de risc în dezvoltarea CGT dintre pacienții cu formațiuni nodulare a glandei tiroide și stări precanceroase.
- Pacienților din grupul de risc – examinarea spectrului hormonal (T3, T4, TSH, Anti TPO) și USG glandei tiroide, o dată la 6 luni.

## Manifestările clinice

Simptomatologia CGT este variată și depinde de dimensiunile și localizarea procesului, afectarea sau nu a capsulei tiroidiene, infiltrarea țesuturilor și organelor adiacente, prezența metastazelor regionale/la distanță.

## Anamnezic

- Prezența factorilor de risc pentru dezvoltarea CGT.
- Creșterea rapidă în dimensiuni a formațiunii nodulare, tratament îndelungat și fără efect la endocrinolog, mai mult de 3 luni.
- Evoluția progresivă a simptomelor locale (tumorul devine dur, cu suprafața tuberoasă, apare disconfort la glutiție, disfonie, apar dureri (la extinderea extratiroidiană a tumorii).
- Apariția adenopatiei cervicale regionale (metastatice), etc.

## Manifestările clinice

### Acuze

#### Locale

- Formațiuni nodulare în proiecția glandei tiroide (în special solitară).
- Disconfort la glutiție, senzație de „corp străin”.
- Modificare a timbrului vocii.
- Dureri locale (la extinderea extratiroidiană a tumorii, etc.).
- Noduli cervicali patologici (metastaze cervicale).
- Respirație stenozanță (ca urmare a avansării locale a procesului).

#### Generale

- Palpitații în repaos (în caz de tumoră hormonal activ).
- Osalgii și/sau fracturi patologice (la metastaze osoase).
- Sindrom diareic (în unele forme de cancer medular).
- Sindrom al intoxicației tumorale (în formele avansate), etc.

### Examenul regiunii cervicale

#### Palparea regiunii anterioare a gâtului permite aprecierea:

- ✓ Poziției glandei tiroide
- ✓ Consistenței
- ✓ Dimensiunii
- ✓ Mobilității
- ✓ Durerii
- ✓ Prezenței formațiunilor de volum (a nodulilor)
- ✓ Concreșterii cu țesuturile adiacente
- ✓ Prezenței ganglionilor limfatici invadați

#### Stadiul incipient

- Simptomatologie redusă, nespecifică.
- Formațiune tumorală uni-, multilobată a glandei tiroide, parțial mobilă.

#### Perioada cu manifestări clinice

- Glanda tiroidă mărită (gușă compresivă, plonjată) cu noduli mici unici sau multipli, mari ce afectează deglutiția, fonația și respirația.
- Adenopatie cervicală: jugulară, traheoesofagiană, perilaringiană, mastoidiană, supraclaviculară, retrosternală.
- Sindrom hipertiroidian (15-20%), astenie, alterare a stării generale.

#### Stadiul extracapsular

- Hipertrofie tiroidiană de consistență dură.
- Dureri cu iradiere în zona cervicală (invadează țesuturile adiacente).
- Pareză recurențială.

#### Metastazele

- În ganglionii limfatici regionali, pulmoni, schelet, creier, ficat, rinichi.

## Examenul paraclinic

- Analiza generală a sîngelui.
- Analiza biochimică a sîngelui.
- Examinarea spectrului hormonal (T3, T4, TSH, Anti TPO).
- Electrocardiograma.
- Radiografia cutiei toracice.
- Examenul ecografic al glandei tiroide.
- Scintigrafia glandei tiroide.

#### La necesitate referirea la specialist pentru:

- Dozarea calcitoninei, tireoglobulinei serice.

## Referirea la specialist

#### Toți pacienții cu:

- ✓ patologii proliferative benigne (gușă nodulară solitară, multinodulară sau difuză), ce nu răspund la tratamentul conservativ (mai mult de 3 luni);
- ✓ formațiuni pretumorale evidente (dure, cu evoluție progresivă, etc.);
- ✓ suspiciu la cancer tiroidian;

**necesită consultația oncologului și/sau specialistului cap/gît al IMSP Institutul Oncologic.**

## Criteriile de spitalizare

- Prezența formațiunii tumorale în glanda tiroidă.
- Dificultăți în confirmarea diagnosticului de CGT.
- Diagnosticul de CGT confirmat prin investigații clinice și paraclinice.
- Necesitatea tratamentului chirurgical, chimioterapeutic și/sau radioterapeutic.
- Urgențele medicale cauzate de CGT.

## Tratamentul

- Tratamentul se efectuează în instituții specializate, de către medici specialiști oncologi, chimioterapeuți, radiologi.
- Tratamentul formelor diferențiate de CGT este în exclusivitate chirurgical la I etapă (indiferent de gradul de avansare a procesului).
- Volumul rezecției este ajustat la stadiul clinic, localizarea tumorii, prezența maladiei de fond cu înlăturarea metastazelor regionale cervicale.
- Tratamentul radioterapeutic local se aplică doar la penetrarea de către tumoare a capsulei organului.
- Tratamentul chimioterapeutic se aplică doar în formele slab diferențiate.
- Toate categoriile de pacienți vor urma postoperator tratament hormonal (de supresie) individualizat cu L-Tiroxină, indicat de către oncolog.

## Supravegherea

- Supravegherea pacienților cu CGT este orientată spre depistarea precoce a recidivei sau metastazării.
- Pacienții cu CGT după finalizarea tratamentului se află la supravegherea medicului de familie în comun cu oncologul raional, oncologul din Policlinica Institutului Oncologic și endocrinologul.

#### Regimul de supraveghere

- ✓ Primul an după tratament – o dată la 1-3 luni.
- ✓ Al doilea an – o dată la patru luni.
- ✓ Al 3-5-lea an – o dată la 6 luni, ulterior – o dată în an.

#### Volumul examinărilor

- ✓ Examenul clinic și ecografic al regiunii anterioare a gâtului.
- ✓ Examinarea spectrului hormonal (T3, T4, TSH, Anti TPO).
- ✓ Scintigrafia glandei tiroide.

#### La necesitate referirea la specialist pentru:

- ✓ Dozarea calcitoninei, tireoglobulinei serice (1-3 ng/mL, valori peste 5 ng/ml - sugestive pentru boala recurentă, necesită reevaluare).

### Abrevierile folosite în document:

**Anti-TPO** - Anticorpi antiperoxidază tiroidiană  
**CGT** - Cancer al glandei tiroide

**ECG** - Electrocardiografie  
**TSH** - Hormonul tiroidostimulator

**T3** - Triiodtironina  
**T4** - Tiroxina sau Tetraiodtironina

**TG** - Tiroglobulină  
**USG** - Ultrasonografie