

Tytuł pracy: Rozsiew mikroraka brodawkowego tarczycy niskiego ryzyka wymagający leczenia uzupełniającego 131-I - opis przypadku

Autor: Kamila Undas

Afiliacja: Studenckie Koło Naukowe Medycyny Nuklearnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Adres email: kamila.undas@student.uj.edu.pl

Współautor, Afiliacja, adres email: Maksymilian Olesiński Studenckie Koło Naukowe Medycyny Nuklearnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków maksymilian.olesinski@student.uj.edu.pl

Monika Buziak-Bereza Katedra Endokrynologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków monika.buziak-bereza@uj.edu.pl

Anna Sowa-Staszczak Katedra Endokrynologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków anna.sowa-staszczak@uj.edu.pl

Alicja Hubalewska-Dydejczyk Katedra Endokrynologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków alahub@cm-uj.krakow.pl

Marta Opalińska Katedra Endokrynologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków marta.opalinska@uj.edu.pl

Autor prezentujący: Kamila Undas

Telefon kontaktowy: 692080095

Afiliacja: Wstęp

Rak brodawkowy tarczycy jest najczęstszym typem raka tarczycy, stanowiącym ok. 85% przypadków. Szczególnym podtypem tego nowotworu złośliwego jest mikrorak, definiowany jako pojedyncze ognisko guza w tarczycy o średnicy poniżej 10 mm. W przypadku braku przerzutów jest on uznawany za raka niskiego ryzyka i nie kwalifikuje się on rutynowo do leczenia uzupełniającego radiojodem.

Opis przypadku

Pacjentka (l. 50) w 07.2020 r. zgłosiła się na konsultację po zabiegu całkowitego usunięcia tarczycy wykonanego z powodu wola guzkowego. W pooperacyjnym badaniu histopatologicznym stwierdzono ognisko mikroraka brodawkowego (conventional and tall cell variant) o średnicy 5,3 mm. Ze względu na brak inwazji naczyń i zajęcia węzłów chłonnych zmianę oceniono jako pT1aN0. Zmiana została wycięta radykalnie z minimalnym marginesem resekcji 1,3mm. Zgodnie z obowiązującymi wytycznymi nie zakwalifikowano pacjentki do leczenia radiojodem. Pacjentka zgłosiła się na zaplanowane badania dopiero w 10.2020 r, wtedy stwierdzono znacznie podwyższony poziom tyreoglobuliny (456,2 ng/ml [norma referencyjna 3,5 - 77,0]) przy prawidłowym stężeniu przeciwciał p/tyreoglobulinie (15,6 IU/ml, no do < 115,0]). Pacjentkę skierowano na diagnostyczną scyntyografię całego ciała z 131-I, w której uwidoczniono patologiczny wychwyty w łoży po tyreoidectomii oraz liczne przerzuty w obrębie kości. Na tej podstawie pacjentkę zakwalifikowano do terapii radiojodem. Pierwszą dawkę leczenia otrzymała w 02.2021 r. (150 mCi). W kontrolnym oznaczeniu tyreoglobuliny zaobserwowano jej spadek do 11,21 ng/ml. Z uwagi na bardzo dobry wychwyty 131-I w ogniskach przerzutowych zdecydowano o powtórnej terapii radiojodem. W 08.2021 r. pacjentka otrzymała 100 mCi 131-I. W scyntygrafii poterapeutycznej zaobserwowano znaczące zmniejszenie się wielkości i ilości ognisk meta oraz dalsze zmniejszenie poziomu tyreoglobuliny (do wartości 3,38 ng/ml w 10.2023r). W 01.2024 pacjentka zgłosiła się do poradni z powodu nasilonego bólu z towarzyszącymi zawrotami głowy. Celem wykluczenia zmian przerzutowych do mózgowia wykonano MR głowy. W badaniu zobrazowano w okolicy stoku rozległą, patologiczną masę wielkości 33x42x39mm modelującą przednią powierzchnię mostu i śródmózgowie, wywierającą efekt masy. Z uwagi na niskie wartości tyreoglobuliny

i obraz radiologiczny budzący podejrzenie oponiaka lub chordoma, pacjentkę skierowano do radioterapii.

Wnioski

Chociaż oczekuje się, że aktywny nadzór bez resekcji chirurgicznej stanie się standardem opieki nad pacjentami z mikrorakiem brodawkowatym tarczycy, to przedstawiony przypadek pokazuje, że u nawet u pacjentów z grupy mniejszego ryzyka mogą pojawić się odległe przerzuty. W związku z tym konieczne jest, niezależnie od podjętej decyzji (resekcja vs aktywny nadzór) ścisłe monitorowanie choroby, a także indywidualne podejmowanie decyzji dotyczących sposobu przeprowadzania badań kontrolnych.

Obraz uzupełniający: [Przesłany plik](#)