



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

Cancerul glandei tiroide

Protocol clinic național

PCN - 200

Chișinău 2013

**Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova din
05 septembrie 2013 proces verbal nr. 3**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.1319 din 20.11.2013
„Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Cancerul glandei tiroide”**

Elaborat de colectivul de autori

Gheorghe Țâbâră	Vicedirector pe probleme de știință a IMSP IO, conducătorul laboratorului științific tumori cap și gât și microchirurgie
Adrian Clipca	Cercetător științific superior, laboratorul științific tumori cap și gât și microchirurgie al IMSP Institutul Oncologic.
Andrei Țîbîrnă	Asistent Universitar al Catedrei de „Oncologie și Hematologie” a USMF „N.Testemițanu”.
Valentina Darii	Cercetător științific coordonator, laboratorul științific tumori cap și gât și microchirurgie al IMSP Institutul Oncologic.

Recenzenți oficiali:

Grigore Bivol	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Victor Ghicavii	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Valentin Gudumac	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Iurie Osoianu	Compania Națională de Asigurări în Medicină
Alexandru Coman	Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
Maria Cumpănă	Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate
Zinaida Anestiadi	Univesârșitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Lorina Vudu	Univesârșitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

PREFAȚĂ

A. PARTEA INTRODUCTIVĂ

- A.1. Diagnosticul
- A.2. Codul bolii ICD-O
- A.3. Utilizatorii
- A.4. Scopurile protocolului
- A.5. Data elaborării protocolului
- A.6. Data următoarei revizuirii
- A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului
- A.8. Definițiile folosite în document
- A.9. Informație epidemiologică

B. PARTEA GENERALĂ

- B.1. Nivel de asistență medicală primară
- B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator (oncolog la nivel raional și municipal - republican, Policlinica IMSP Institutul Oncologic)
- B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească (IMSP Institutul Oncologic)

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

- C.1.1. Algoritm diagnostic în cancerul glandei tiroide
- C.1.2. Algoritm de tratament al cancerului glandei tiroide

C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

- C.2.1. Clasificarea
- C.2.2. Factorii de risc
- C.2.3. Profilaxia
 - C.2.3.1. Profilaxia primară
 - C.2.3.2. Profilaxia secundară
- C.2.4. Conduita pacientului cu cancerul glandei tiroide
 - C.2.4.1. Anamneza
 - C.2.4.2. Examenul fizic (datele obiective)
 - C.2.4.3. Investigații paraclinice
 - C.2.4.4. Diagnosticul diferențial
 - C.2.4.5. Tratamentul
 - C.2.4.6. Evoluția și prognosticul
 - C.2.4.7. Supravegherea pacienților
- C.2.5. Stările de urgență
- C.2.6. Complicațiile

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

- D.1. Instituțiile de asistență medicală primară
- D.2. Secțiile de asistență medicală specializată de ambulator
- D.3. Instituția de asistență medicală specializată de ambulatoriu și spitalicească: Secția tumori cap/gât al IMSP Institutul Oncologic

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

ANEXE

- Anexa 1 Ghidul pentru pacientul cu cancerul glandei tiroide

BIBLIOGRAFIE

Abrevierile folosite în document

Cr	Cancer
RT	Radioterapie
PChT	Polichimioterapie
USG	ultrasonografie
TSH	Hormonul tirostimulator
freeT₄	Tetraiodtironina (tiroxina)
freeT₃	Triiodtironina
TG	Tirioglobulină
TC	Tomografie computerizată
RMN	Rezonanță magnetică nucleară

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, constituit din reprezentanți ai Institutului Oncologic din Republica Moldova.

Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind cancerul glandei tiroide și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale și departamentale. La recomandarea MS pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Cancerul glandei tiroide

Exemple de diagnostice clinice:

1. Cancerul glandei tiroide T1N0M0 st. Ia.
2. Cancerul glandei tiroide T3N1M0 st. Ib (pentru formele diferențiate și vârsta bolnavului până la 45 ani).
3. Cancerul glandei tiroide T3N1M0 st. IIIb (pentru formele diferențiate și vârsta bolnavului peste 45 ani).
4. Cancerul glandei tiroide T3N1M0 st. IIIb (pentru carcinomul medular).
5. Cancerul glandei tiroide T2N0M0 st.IV (pentru carcinomul nediferențiat).

A.2. Codul bolii ICD-O C 73.0

A.3. Utilizatorii:

- oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicale de familie);
- centrele medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicale de familie);
- asociațiile medicale teritoriale (medici de familie, endocrinologi, oncologi);
- instituțiile/secțiile consultative (endocrinologi, oncologi);
- secțiile specializate ale Institutului Oncologic (oncologi cap/gât, radiologi, chimioterapeuți).
- catedrele de profil ale USMF „N.Testemițanu” (de endocrinologie și oncologie)
- laboratorul științific „Tumori cap și gât și microchirurgie” al Institutului Oncologic.

Notă: Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Scopurile protocolului:

1. A facilita diagnosticul cancerului glandei tiroide.
2. A spori depistarea precoce a pacienților cu cancer tiroidian.
3. A contribui la scăderea ratei malignizării tumorilor benigne și stărilor precanceroase prin depistarea acestora și tratamentul activ oportun.
4. A elabora algoritmul de diagnostic la bolnavii cu suspecție la cancer tiroidian la nivelul medicinei primare și specializate.
5. A perfecția algoritmul de diagnostic la bolnavii cu cancer tiroidian la nivelul policlinicii IMSP Institutul Oncologic. A elabora algoritmul tratamentului chirurgical, combinat și complex la bolnavii cu cancer tiroidian la nivelul clinicelor IMSP Institutul Oncologic.
6. A spori calitatea tratamentului cancerului glandei tiroide.
7. A majora numărul pacienților cu cancer tiroidian vindecați.

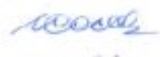





A.5. Data elaborării protocolului: anul 2013

A.6. Data revizuirii următoare: anul 2015

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului:

Numele	Funcția
Dr. Gheorghe Țâbârnă, doctor habilitat în medicină, profesor universitar, academician al AȘM. tel. 852-388	Vicedirector pe probleme de știință a IMSP IO, conducătorul laboratorului științific tumori cap și gât și microchirurgie
Dr. Adrian Clipca, doctor în medicină, tel. 852-386	Cercetător științific superior, laboratorul științific tumori cap și gât și microchirurgie al IMSP Institutul Oncologic.
Dr. Andrei Țîbîrnă, doctor în medicină, tel. 852-386	Asistent Universitar al Catedrei de „Oncologie și Hematologie” a USMF „N. Testemițanu”.
Dr. Valentina Darii, doctor în medicină, conferențiar cercetător, tel. 852-386	Cercetător științific coordonator, laboratorul științific tumori cap și gât și microchirurgie al IMSP Institutul Oncologic.

Protocolul a fost discutat aprobat și contrasemnat:

Denumirea	Numele și semnătura
Comisia științifico-metodică de profil „Hematologie și Oncologie”	
Asociația medicilor de familie din RM	
Consiliul de experți al MS	
Agenția Medicamentului	
Consiliul Național de Evaluare și Accreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	
Clinica Endocrinologie	

A.8. Definițiile folosite în document

Cancerul glandei tiroide – proces malign, care se dezvoltă din epiteliul folicular al glandei tiroide (formele diferențiate și cancerul anaplastic), dar și din celulele parafoliculare (forma medulară de carcinom).

Recomandabil - nu are un caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de medic pentru fiecare caz individual.

A.9. Informație epidemiologică

În structura tumorilor maligne endocrine, cancerul glandei tiroide este cel mai frecvent întâlnit și constituie, totodată, aproximativ 2-3% din numărul total al tumorilor maligne umane diagnosticate anual în toată lumea. În ultimii ani se înregistrează o creștere progresivă și continuă a morbidității, atestată de specialiștii în domeniu din întreaga lume. O morbiditate foarte înaltă se înregistrează în Singapore, Israel, Canda, Suedia. Astfel, în SUA morbiditatea prin cancer tiroidian constituie 3,7% la femei și 1,2 la bărbați, în Danemarca 3,7 și 3,5 respectiv. Cea mai înaltă, însă morbiditate pe glob a fost înregistrată în Islanda și insulele Hawaii, unde indicii constituie 18,2% la femei și 6,3% la bărbați (Zote K. Et ., 1980; Springel P. Et al., 1989, Nikiforov. Y. E. et al., 1987). În Rusia morbiditatea în anul 1998 a constituit 5,3%⁰⁰⁰ la femei și 1,2%⁰⁰⁰ la bărbați, în 2001 acest indice constituia deja 6,8%⁰⁰⁰ și respectiv 1,4%⁰⁰⁰.

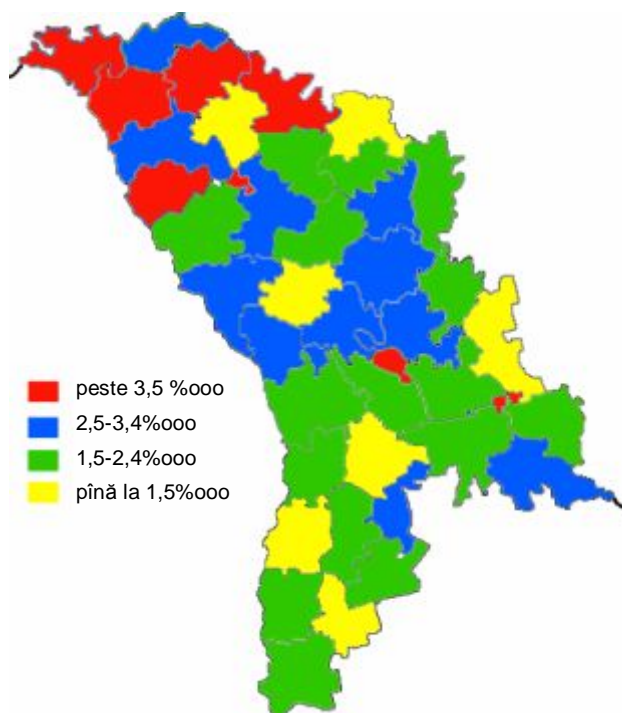
În R. Moldova indicele morbidității prin cancer al glandei tiroide în 1985 constituia anual 1,35 noi cazuri la 100.000 populație, în 2000 – 2,5 noi cazuri, iar în 2011 – 6,8 noi cazuri de îmbolnăvire la 100.000 populație. Drept factori etiologici ai cancerului glandei tiroide sunt considerați mai mulți factori (factori de risc): deficitul de iod în alimente și mediu, supunerea acțiunii radiațiilor ionizante, stresul, patologiile nodulare cronice a glandei tiroide, în special asociate cu un nivel sporit al TSH, etc. Este un cancer predominant la sexul feminin, raportul femei/bărbați fiind de cca 7:1. Se întâlnește în general la vârsta medie cu un maximum de frecvență la 31-40 și 41-50 ani.

Cu scopul cercetării influenței factorului radiant asupra incidenței prin cancer al glandei tiroide în R.Moldova s-au efectuat studiul epidemiologic pe parcursul anilor 2005-2010 (dr. A.Clipca și

dr.A.Țîbîrnă), care au relatat un nivel mai sporit în raioanele de nord și centru ale Republicii, dar și în orașe (peste 3,5%), și un nivel mai scăzut în regiunile de sud (Figura 1)

Figura 1

Repartiția teritorială a bolnavilor cu patologii tiroidiane maligne pe localitățile R.Moldova (anii 2005-2010)



În urma unui studiu efectuat în SUA, (Tekawa Irene S., Friedman Gary, 2001) s-a stabilit, că riscul relativ pentru cancer tiroidian este mai înalt pentru populația feminină, pentru cei iradiați anterior în regiunea cervicală, pentru cei cu gușă nodulară în anamneză, cu alte diverse maladii ale glandei tiroide. Autorii au ajuns la concluzia, că factorii etiologici implicați în cancerul tiroidian sunt: radiația ionizantă, gușa endemică, originea asiatică, studiile superioare și factorul genetic.

Necătând la localizarea vizuală, în cca 30% cazuri diagnosticul se stabilește în stadiul tumorii primare corespunzătoare T3, T4; în cca 45% cazuri bolnavii sunt depistați cu stadiul tumorii primare corespunzător T2, și doar la 15% bolnavi diagnosticul se stabilește în stadiul clinic al tumorii primare corespunzător T₁.

Conform statisticii naționale, în 23,7% cazuri leziunea primară este asociată cu adenopatie cervicală regională (sau a mediastinului superior). Prezența metastazelor regionale impune efectuarea concomitentă a intervențiilor chirurgicale de evidentare ganglionară cervicală. De menționat că tratamentul de elecție în cancerul tiroidian este chirurgical, volumul rezecției fiind ajustat în conformitate cu stadiul clinic, localizarea tumorii, prezența maladiei de fond. Metastazele regionale cervicale la fel sunt înlăturate chirurgical. Tratamentul radioterapeutic local se aplică doar la penetrarea de către tumoare a capsulei organului. Metastazele la distanță sunt tratate prin terapie cu iod radioactiv (I¹³¹). Tratamentul chimioterapeutic se aplică doar în formele slab diferențiate.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară

Descriere (măsurile)	Motivele (repere)	Pașii (modalități și condiții de realizare)
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară Include măsuri pentru prevenirea dezvoltării cancerului tiroidian C.2.3.	Deficitului de iod în alimente și mediu. Expunerea către radiațiile ionizante. Stările de stress și disfuncțiile hormonale.	Obligatoriu: - Respectarea regimului alimentar cu conținut suficient de iod (în concordanță cu recomandările Societății Oncologilor din Republica Moldova și în corespundere cu recomandările OMS) (anexă), - evitarea expunerii radiațiilor ionizante, - combaterea stresului, (în concordanță cu Programul de combatere a Stresului elaborat de Societatea Oncologilor din Republica Moldova) (anexă). - Informarea pacienților privitor la respectarea modului sănătos de viață (caseta 3)
1.2. Profilaxia secundară Include măsurile care permit depistarea patologiei precanceroase a glandei tiroide, efectuarea tratamentului efectiv, care ar preveni dezvoltarea bolilor benigne cât și malignizarea acestora. C.2.3.	Maladiile nodulare benigne și tiriopatiile cronice netratate (în special cele cu un nivel majorat al TSH), sporesc riscul de dezvoltare a unui proces malign.	Obligatoriu: Îndreptarea activă a pacienților cu patologii benigne și tiriopatii cronice nodulare la specialiștii endocrinolog și oncolog, supravegherea în cadrul tratamentului indicat de acești specialiști. (caseta 4).
1.3. Screening-ul	Se efectuează la toate persoanele cu formațiuni nodulare în glanda tiroidă	Obligatoriu: O dată la 6 luni se va indica: - Spectrul hormonal (T3, T4, TSH, Anti TPO); - USG glandei tiroide (caseta 4a)
2. Diagnosticul		
2.1. Suspectarea diagnosticului de cancer al glandei tiroide C 1.1. C.2.4.	<i>Anamneza</i> permite suspectarea cancerului glandei tiroide la persoanele cu acuze de prezența formațiunii nodulare în glanda tiroidă, disconfort la glutiție, disfonie, uneori dureri locale, dispnee.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Acuzele • Anamneza • Examenul clinic • Investigațiile paraclinice (casetele 6,7,8,9)
2.2. Deciderea consultului specialistului	Orice bolnav cu prezența patologiei tiroidiene nodulare sau suspecție de cancer al tiroidei este necesar de îndreptat la endocrinolog și oncologul raional pentru efectuarea investigațiilor,	<ul style="list-style-type: none"> • Toți bolnavii, la care se apreciază patologie nodulară a tiroidei sau se suspectă patologia oncologică tiroidiană (clinic sau la USG), se îndreaptă la endocrinolog și oncologul raional, sau direct la Institutul Oncologic (Clinicile „Chirurgie

	prevăzute în protocolul clinic național	Tumori cap și gât” și „Microchirurgie”.
3. Tratatamentul		
3.1. Tratatamentul medicamentos C.2.4.6.	Tratatamentul specific se efectuează de către oncolog sau conform recomandărilor oncologului cap și gât	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Tratatamentul cancerului tiroidian conform recomandărilor oncologului cap și gât (caseta 13)
4. Supravegherea		
4.1. Supravegherea pacienților care au urmat tratament specializat în clinica oncologică.	Scopul supravegherii este de a monitoriza tratamentul indicat de către oncologul specialist al Institutului Oncologic, efectul lui și depistarea precoce a recidivelor sau metastazelor.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Supravegherea se face în comun cu oncologul raional conform recomandărilor oncologului IMSP Institutului Oncologic (caseta 13)

B.2. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator (oncolog raional și municipal - republican)

Descriere (măsuri)	Motivele (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară Include măsuri pentru prevenirea dezvoltării cancerului tiroidian. C.2.3.	Deficitului de iod în alimente și mediu. Expunerea către radiațiile ionizante. Stările de stress și disfuncțiile hormonale.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Respectarea regimului alimentar cu conținut suficient de iod (în concordanță cu recomandările Societății Oncologilor din Republica Moldova și în corespundere cu recomandările OMS) (anexă 1), evitarea expunerii radiațiilor ionizante, combaterea stresului, (în concordanță cu Programul de combatere a Stresului elaborat de Societatea Oncologilor din Republica Moldova) (anexă 2). Informarea pacienților privitor la respectarea modului sănătos de viață (caseta 3)
1.2. Profilaxia secundară Include măsurile care permit depistarea patologiei nodulare benigne și precanceroase a glandei tiroide, efectuarea tratamentului efectiv, care ar preveni dezvoltarea maladiilor benigne cât și malignizarea acestora. C.2.3.	Maladiile nodulare benigne și tiriopatiile cronice netratate sporesc riscul de dezvoltare a unui proces malign. În special este defavorabil nivelul sporit al TSH.	Obligatoriu: <p>Examinarea clinică a pacienților cu patologii nodulare tiroidiene, efectuarea investigațiilor paraclinice instrumentale și de laborator necesare, consultul specialistului endocrinolog, depunerea trimiterii pacientului la consultul specialistului oncolog cap și gât (Pol-clinic Oncologică). (caseta 4).</p>
2. Diagnostic		
2.1. Suspectarea sau confirmarea diagnosticului de cancer tiroidian C 1.1. C.2.4.	Pacienții cu acuze de prezența formațiunilor nodulare în proiecția glandei tiroide sau cervicale (anterioare și laterale), disconfort local la	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Acuzele Anamneza Examenul clinic

	gluție, disfonie sau disfagie, necesită consultația endocrinologului și oncologului, efectuarea explorării paraclinice. Prezența confirmării clinico-instrumentale, de laborator și/sau citologice a diagnosticului de cancer tiroidian necesită trimiterea obligatorie a pacientului exclusiv la Institutul Oncologic.	<ul style="list-style-type: none"> • Investigațiile paraclinice: <ul style="list-style-type: none"> ✓ USG glandei tiroide ✓ Scintigrafia gl. Tiroide ✓ Tomografia computerizată a gl.tiroide ✓ Efectuarea testelor de laborator cu aprecierea statutului hormonal. ✓ Laringoscopia indirectă (casetele 6,7,8,9) • Diagnosticul diferențial (casetele 10-11)
2.2. Deciderea consultului specialistului și/sau spitalizării	Prezența formațiunilor tumorose nodulare în glanda tiroidă, manifeste clinic sau apreciate la USG necesită consultația oncologului cap și gât. La fel și pacienții cu adenopatie cervicală de geneză neclară necesită consultul oncologului.	<ul style="list-style-type: none"> • Obligatoriu: Toți pacienții cu formațiuni nodulare tiroidiene (apreciate clinic și/sau ultrasonografic) și pacienții cu adenopatie cervicală de geneză neclară necesită consultația specialistului oncolog cap și gât.
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul C.2.4.6.	Tratamentul se efectuează conform recomandărilor specialistului oncolog cap și gât (IMSP Institutul Oncologic).	Obligatoriu: Tratamentul se efectuează conform recomandărilor specialistului oncolog cap și gât (IMSP Institutul Oncologic). (caseta 13)
4. Supravegherea		
4.1. Supravegherea pacienților care au urmat tratament specializat în clinica oncologică.	Evidența în dinamică a pacienților cu suspiciu de cancer tiroidian și a bolnavilor ce au suportat tratament pentru această maladie.	Supravegherea se va face de rând cu oncologul raional și a medicului de familie conform recomandărilor oncologului cap/gât IMSP Institutul Oncologic (1 dată la 3 luni primul an după tratament; 1 dată la 6 luni – anul 2 și 3 și 1 dată pe an – în următorii ani (pe parcursul vieții).

B.3. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator (Centrul Consultativ Diagnostic, IMSP Institutul Oncologic)

Descriere (motive)	Motivele (repere)	Pașii (modalități și condiții de realizare)
1. Diagnostic		
1.1. Diagnosticul de tumoră tiroidiană malignă sau de suspiciu la cancer. C 1.1. C.2.4.	Examinarea pacientilor cu: <ol style="list-style-type: none"> 1. acuze de prezența formațiunilor nodulare tiroidiene; 2. cu formațiuni depistate în 	Obligatoriu <ul style="list-style-type: none"> • Acuzele • Anamneza • Examenul clinic • Examen paraclinic: USG glandei tiroide.

	<p>cadrul examenului profilactic, cu scopul de a confirma sau infirma diagnosticul de tumoră malignă;</p> <p>3. cu suspiciu pentru tumoră malignă sau pentru a depista patologie pretumorală benignă.</p>	<p>Elastografia (cu evidențierea consistenței from.tumoroase). Scintigrafia glandei tiroide. Puncție-aspirație cu ac subțire și examen citologic. Teste serologice (markeri tumorali: TG și Calcitonina). CT sau RMN a gl.tiroide. Angiografia glandei tiroide. Aprecierea statutului hormonal. Metode de apreciere a extinderii leziunii tumorale: Tomografia laringelui și traheei. Tomografia mediastinului. Laringoscopia indirectă. USG regiunii cervicale. R-grafia cutiei toracice. (casetele 6,7,8,9) Diagnosticul diferențial. (casetele 10-11)</p>
2. Tratament		
2.1. Aprecierea tacticii de tratament C.2.4.6.	<p>Tratamentul cancerului glandei tiroide se efectuează în dependență de forma morfologică și extinderea leziunii tumorale, prezența metastazelor regionale și la distanță.</p>	<p>În cazul formelor diferențiate de cancer (papilar sau folicular), tratamentul de elecție la prima etapă este chirurgical, completat la necesitate cu tratament radioterapic (TGT). Prezența metastazelor regionale impune efectuarea intervențiilor pe colectori limfatici cervicali. Prezența metastazelor la distanță (pulmoni, oase) – efectuarea tratamentului cu Iod radioactiv (I^{131}).</p> <p>Elaborarea tacticii de tratament. În formele localizate de cancer medular și anaplastic tratamentul va fi complex: va începe tratamentul cu intervenția chirurgicală, urmată ulterior de chimio-sau/și radioterapie. În formele generalizate (cu metastaze la distanță) sau inoperabile – tratamentul este excisiv chimio-radioterapeutic, tratamentul chirurgical fiind aplicat doar în stări de urgență (asfixie, hemoragie). Toate categoriile de pacienți vor urma postoperator tratament hormonal (de supresie) individualizat cu L-Tiroxină. (casetă 13)</p>
3. Spitalizarea		
Spitalizarea in clinicile specializate ale IMSP IO: – Laboratorul științific „Tumori	După stabilirea diagnozei de cancer al glandei tiroide sau suspiciunii de cancer tiroidian,	Îndreptarea în staționar a pacienților cu cancer al glandei tiroide confirmat se efectuează în secțiile respective,

cap și gât și microchirurgie”, – secția de radioterapie, – secția de chimioterapie. C.2.4.5.	stabilirea bolilor concomitente, indicilor testelor sangvine și rezultatele examenului paraclinic, în lipsa contraindicațiilor pacienții sunt internați pentru tratament staționar: chirurgical, radioterapeutic, chimioterapeutic (în conformitate cu tactica de tratament apreciată anterior). Pacientul poate fi internat și în caz de necesitate de a confirma diagnosticul în condiții de staționar. Pacientul poate fi internat ca excepție și în mod urgent dacă starea este gravă iar diagnosticul clinic este vădit.	conform tacticii de tratament stabilit de specialistul „cap/gât” sau radioterapeut, chimioterapeut În cazuri dificile pacientul este discutat la consiliul sau la CMC a specialistului chirurg, chimioterapeut și radioterapeut. În cazuri neclare pacientul va fi prezentat la consiliul comun în secție specializată „Tumori cap și gât” (caseta 12)
4. Supravegherea		
4.1. Supravegherea	Scopul supravegherii este monitorizarea tratamentului indicat de oncologul specialist cap și gât, inclusiv prin aplicarea metodelor speciale, depistarea precoce a recidivelor și metastazelor. Se efectuează împreună cu medicul de familie și oncologul raional pentru depistarea precoce a complicațiilor sau progresării patologiei oncologice și tratamentul lor.	Supravegherea se va face de rând cu oncologul raional și a medicului de familie conform recomandărilor oncologului cap și gât a IMSP Institutul Oncologic (1 dată la 3 luni primul an după tratament; 1 dată la 6 luni – anul 2 și 3 și 1 dată pe an – în următorii ani).

B.4. Nivelul de asistență medicală spitalicească (IMSP Institutul Oncologic)

Descriere (<i>motive</i>)	Motivele (<i>repere</i>)	Pașii (<i>modalități și condiții de realizare</i>)
1. Spitalizarea C.2.4.5.	Tratamentul corect, conform programelor elaborate contribuie la majorarea numărului de pacienți cu cancer tiroidian vindecat.	Criterii de spitalizare în secții profil: <ul style="list-style-type: none"> • Prezența formațiunii tumorale în gl.tiroidă • Starea generală a bolnavului permite efectuarea tratamentului specific: chirurgical, radioterapeutic, combinat, chimioterapeutic. • Necesitatea efectuării intervenției urgente (caseta 12)
2. Diagnostic		
2.1. Confirmarea diagnosticului de	Prezența unei formațiuni	Obligatoriu

<p>cancer tiroidian (clinică, ultrasono- grafică, radioimagică, citologică, etc.) C 1.1. C.2.4.</p>	<p>tumoroase în regiunea glandei tiroide, de consistență dură, surafața tuberoasă, cu deformarea capsulei tiroidiene, cu sau fără adenopatie regională cervicală.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acuzele • Anamneza • Examenul clinic • Examen paraclinic: USG glandei tiroide. Elastografia (cu evidențierea consistenței frum.tumoroase). Scintigrafia glandei tiroide. Puncție-aspirație cu ac subțire și examen citologic. Teste serologice (markeri tumoral: TG și Calcitonina). CT sau RMN a gl.tiroide. Angiografia glandei tiroide. Aprecierea statutului hormonal. Metode de apreciere a extinderii leziunii tumorale: Tomografia laringelui și traheei. Tomografia mediastinului. Laringoscopia indirectă. USG regiunii cervicale. R-grafia cutiei toracice. (casetele 6,7,8,9) Diagnosticul diferențial. (casetele 10-11)
<p>3. Tratamentul</p>		
<p>3.1. Tratamentul chirurgical C.2.4.6.</p>	<p>Tratamentul chirurgical al cancerului glandei tiroide se efectuează în dependență de extinderea leziunii tumorale</p>	<p>Obligatoriu</p> <ul style="list-style-type: none"> • În stadiile I, II - se efectuează rezeecție de glandă tiroidă cu rezeecția istmului sau rezeecție subtotală a glandei tiroide (la afectarea bilaterală). • În stadiul IIIa – rezeecție maximal- subtotală a glandei tiroide • În stadiul IIIb – rezeecție maximal subtotală a glandei tiroide + operație la căile limfatice cervicale • Stadiul IV – tiroidectomie totală pe una din variante (superioară, laterală, inferioară sau anterioară) + operație la căile limfatice cervicale (anexă) (casetă 13)
<p>4. Externare</p>		

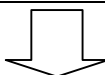
<p>4.1. Externarea pacientului cu îndreptare la nivelul primar pentru continuarea tratamentului și supraveghere.</p>	<p>La externare este necesar de elaborat și recomandat pentru medic de familie tactica ulterioară de management al pacientului.</p>	<p>Extrasul obligatoriu va conține:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diagnosticul exact și detaliat; ✓ rezultatele investigațiilor ✓ tratamentul efectuat; ✓ recomandări explicite pentru pacient; ✓ recomandări pentru medicul de familie.
--	---	---

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C 1.1. Algoritm diagnostic în cancerul glandei tiroide

I. Suspectarea cancerului glandei tiroide

- 1. Acuzele:** (prezența formațiunii nodulare în proiecția glandei tiroide (în special solitară), disconfort la glutiție, senzație de „corp străin”, modificarea tembrului vocii, prezența nodulilor cervicali patologici, semne clinice de tireotxicoză (în caz de tumor hormonal activ), apariția durerilor locale (la extinderea extratiroidiană a tumorii), etc.).
- 2. Anamneza:** (creșterea rapidă în dimensiuni a formațiunii nodulare, tratament îndelungat și fără efect la endocrinolog mai mult de 6 luni, prezența la rudele de gradul I-II a patologiei oncologice tiroidiene, 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.).
- 3. Inspectia:** (asimetria regiunii cervicale în proiecția unui lob al glandei tiroide, vizualizarea tumorii nodulare în mișcare în timpul actului de glutiție, prezența nodulilor limfatici cervicali măriți (în cazuri local-avansate), et.)
- 4. Palpația:** (tumoarea dură la palpare, tuberoasă, fără dureri esențiale, mobilă în plan vertical în momentul actului de glutiție, uneori infiltrarea țesuturilor moi și tegumentelor, examinarea ganglionilor limfatici cervicali, axilari și inghinali, palparea glandelor mamare, etc).

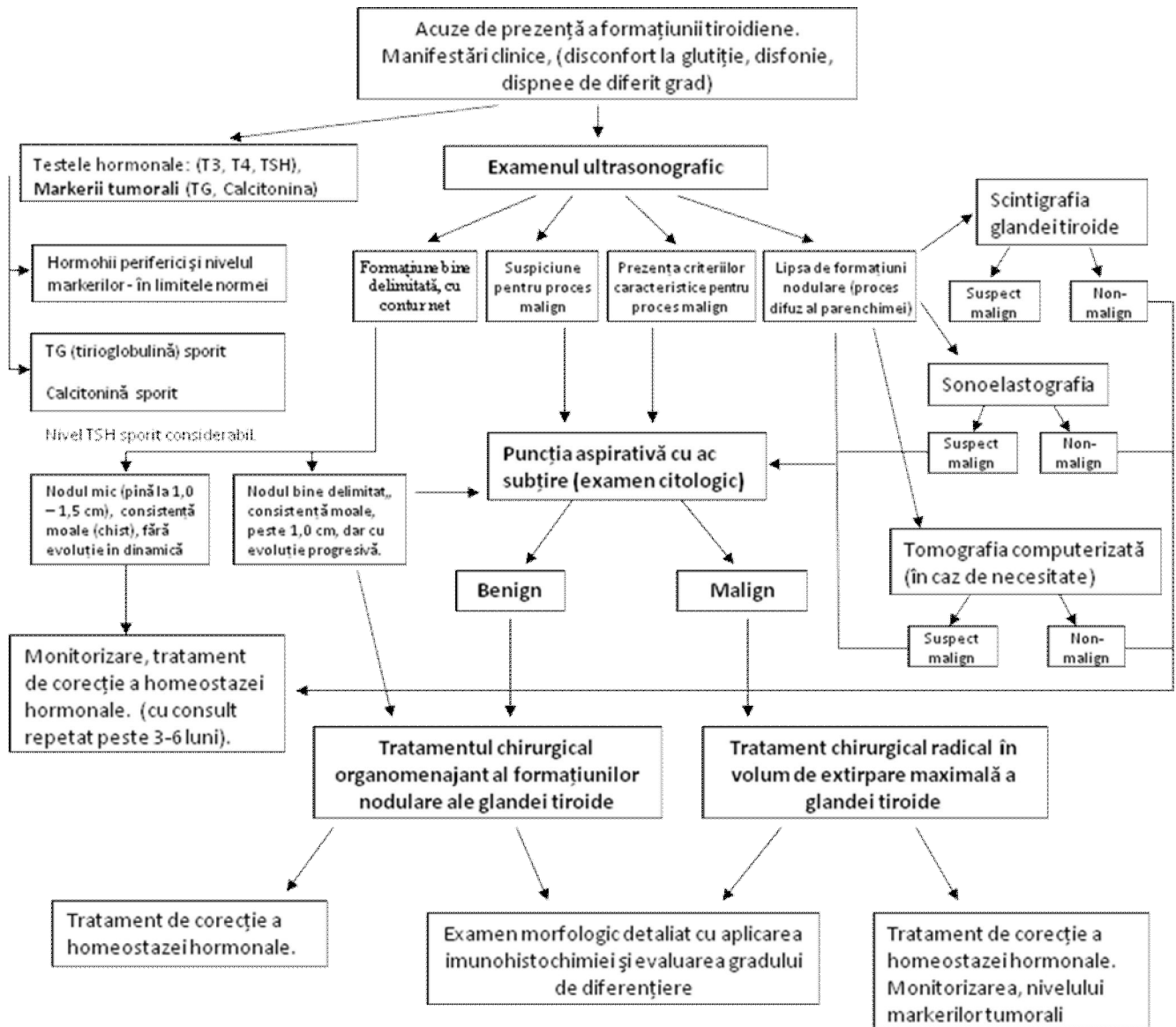


II. Confirmarea diagnosticului de cancer al glandei tiroide

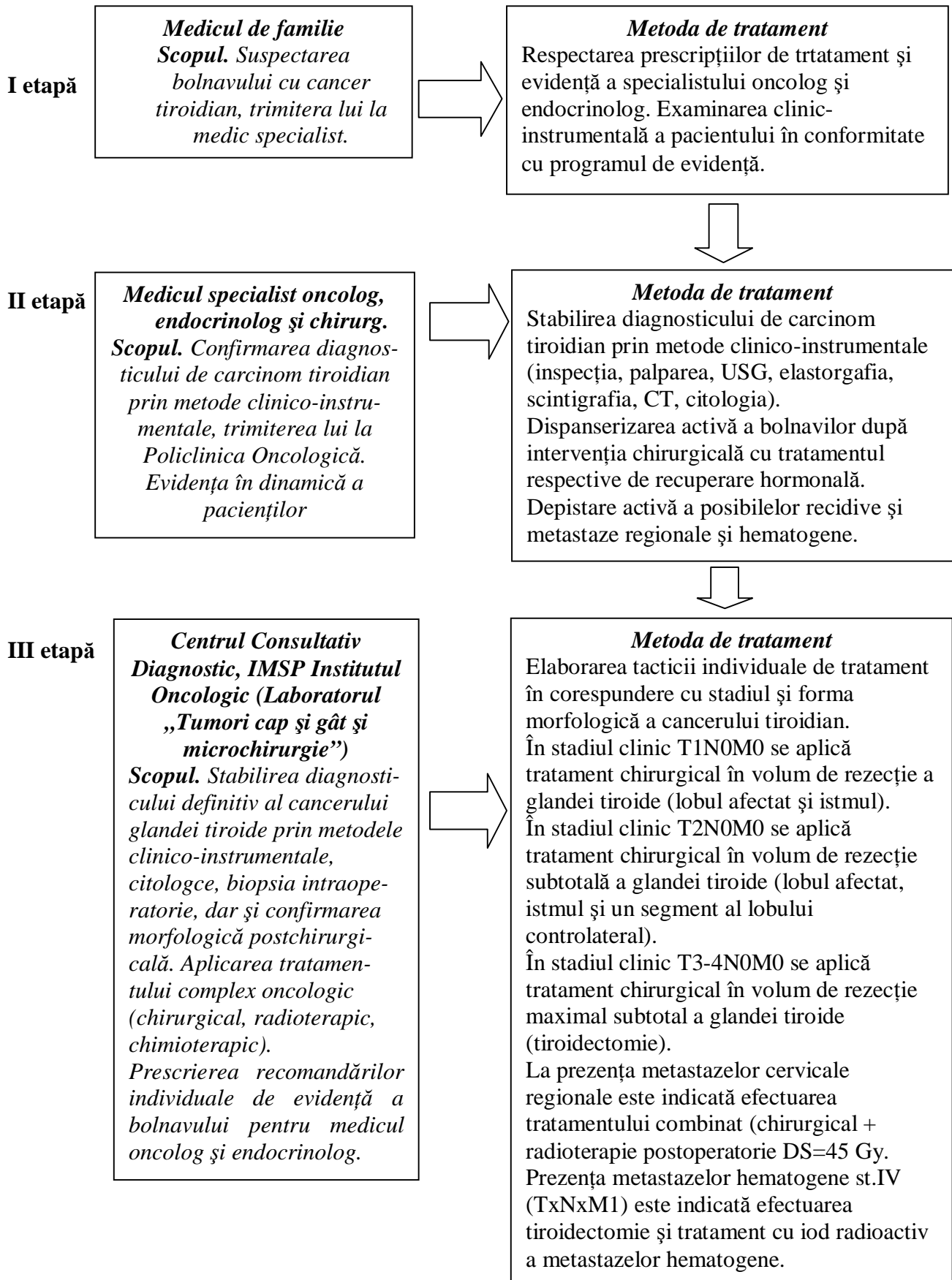
- 1 Manifestări clinice** - prezența formațiunii tumorose cu creștere rapidă, consistență dură, cu suprafața tuberoasă, mobilă, sau cu limitarea mobilității în direcție verticală la glutiție, disfonia în creștere, disconfort la glutiție, apariția nodulilor limfatici cervicali patologici.
- 2 Examenul ultrasonografic (USG) al glandei tiroide și regiunii cervicale adiacente.** - prezența formațiunii nodulare solitare sau multinodulare în parenchimul lobului sau istmului glandei tiroide cu semne de malignizare: formă neregulată, calcinate, infiltrarea capsulei tiroidiene, zone de necroză, prezența concomitentă a adenopatiei regionale cervicale, etc.
- 3 Elastografia glandei tiroide** – permite nu doar depistarea prezenței formațiunii nodulare, dar și a consistenței și durtății celei din urmă, corelarea cu parenchima tiroidiană adiacentă.
- 4 Scintigrafia glandei tiroide** – permite aprecierea următorilor parametri: simetria glandei tiroide, structura uniformă sau neuniformă, intensitatea accentuată sau scăzută de absorbție a preparatului radiofarmaceutic, prezența focarelor „reci”, „fierbinți”, zonelor „calde”. Prezența focarelor „reci” atenționează asupra unei posibile malignizări.
- 5 Examenul radiologic** - radiografia cutiei toracice poate evidenția prezența metastazelor pulmonare (sub formă de „fulgi de nea”) în cazul formelor „oculte” de cancer tiroidian. Tomografia mediastinului va evidenția dilatarea mediastinului superior în cazul formei mediastinale de cancer tiroidian.
- 6 Tomografia computerizată** – permite determinarea mai exactă a formațiunii tumorale, dimensiunilor, corelarea cu capsula tiroidiană, țesuturile adiacente (în special în cazurile de afectare a nervilor recurenți, traheei, ezofagului, cartilajelor laringelui).
- 7 Testele serologice (markerii tumorali)** – un marker specific pentru cancerul medular tiroidian este nivelul sporit al calcitoninei serice. Totodată, nivelul sporit al tireoglobulinei (TG) – indică o afectare distructivă a parenchimului tiroidian.
- 8 Examenul citologic** – biopsia aspirativă cu ac subțire permite prelevarea materialului celular cu examen citologic, care permite aprecierea corectă a diagnosticului în 60-70% cazuri. Perfectarea metodei, cu efectuarea puncției ecoghidate, dar și efectuarea unui examen citologic minuțios permite confirmarea diagnosticului de tumor malign în 80-96% cazuri, dar și aprecierea formei morfologice în cca 70% cazuri.

Algoritmul de diagnostic și tratament al cancerului glandei tiroide

(aprobat la ședința comună a societăților oncologilor și endocrinologilor din Republica Moldova
28 iunie 2013)



C 1.2. Algoritmul de tratament al cancerului tiroidian



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea

Caseta 1 . Clasificarea cancerului glandei tiroide (Clasificarea UICC, Ediția a VI-ea, 2002)

Clasificarea clinică TNM

- *T – Tumora primară*

T0 - fără semne ale tumorii primare

T1 - tumoră cu diametrul cel mai mare ≤ 2 cm, limitată la tiroidă

(T1a tumoră ≤ 1 cm; T1b tumoră mai mare de 1cm, dar mai mică de 2 cm)

T2 - tumoră cu diametrul cel mai mare peste 2 cm, dar nu mai mare de 4 cm, limitată la tiroidă

T3 - tumoră cu diametrul cel mai mare peste 4 cm, limitată la tiroidă sau orice tumoră cu extensie minima extratiroidiană

T4 - exclus

T4a - tumoră de orice dimensiune extinsă dincolo de capsula tiroidiană, invadând țesuturile moi subcutanate, laringele, traheea, esofagul sau nervul laringeal recurent

T4b - tumoră invadând fascia prevertebrală sau cuprinzând artera carotidă sau vasele mediastinale. Toate **carcinoamele anaplazice** sunt considerate tumori T4

T4a - carcinom anaplazic intratiroidian- rezecabil chirurgical

T4b - carcinom anaplazic extratiroidian-nerezecabil chirurgical

- *N – Metastazele regionale.*

Nx - nodulii limfatici nu pot fi evaluați

N0 - fără metastaze în nodulii limfatici

N1 - metastaze în nodulii limfatici regionali

N1a - metastaze la nivelul VI (nodulii limfatici pretraheali, paratraheali și prelaringeeni/Delphian)

N1b - metastaze în nodulul/nodulii cervicali bilateral, mijlocii sau controlateral sau nodulii din mediastinul superior

- *M – Metastaze la distanță (hematogene)*

Mx - metastazele la distanță nu pot fi evaluate

M0 - fara metastaze la distanță

M1 - prezente metastaze la distanță

Raportarea sistemului TNM la stadii:

		Papilar sau folicular sub 45 de ani	
Stadiul I	orice T	orice N	M0
Stadiul II	orice T	orice N	M1
		Papilar sau folicular ≥ 45 ani	
Stadiul I	T1	N0	M0
Stadiul II	T2	N0	M0
Stadiul III cuprinde tumori cu extensie extratiroidiană minimă.			
Stadiul III	T3	N0	M0
	T1 – T3	N1a	M0

Stadiul IVA include tumori de orice dimensiune extinse dincolo de capsula tiroidiană invadând țesuturile moi subcutanate, laringele, traheea, esofagul sau nervul laringian recurent. Stadiul IVB include tumori care au invadat fascia prevertebrală, artera carotidă sau vasele mediastinale. Stadiul IVC include tumori avansate cu metastaze la distanță.

Stadiul IVA	T4a	N0	M0
	T4a	N1a	M0
	T1 – T3	N1b	M0
	T4a	N1b	M0
Stadiul IVB	T4b	orice N	M0
Stadiul IVC	orice T	orice N	M1

Stadializarea cancerelor medulare

Stadiul I	T1	N0	M0
Stadiul II	T2	N0	M0
Stadiul III	T3	N0	M0,
	T1 – T3	N1a	M0
Stadiul IV a	T4a,	N0,	M0,
	T4a	N1a,	M0,
	T1 – T3	N1b	M0
Stadiul IV b	T4b	orice N,	M0
Stadiul IV c	orice T,	orice N,	M1

Clasificarea histologică a tumorilor glandei tiroide

I. Tumori maligne primare de origine epitelială.

- Carcinom papilar.
- Carcinom foliular.
- Forme mixte de carcinom papilar-foliular.
- Carcinom din celule Hürthle (frecvent se prezintă ca carcinom foliular).

II. Tumori maligne primare de origine parafoliulară.

- Carcinom medular (din cellule "C").

III. Carcinoame tiroidiene nediferențiate (anaplazice)

IV. Tumori maligne nonepiteliale (limfoame maligne, plasmocitoame), tumori maligne secundare (metastatice), etc.

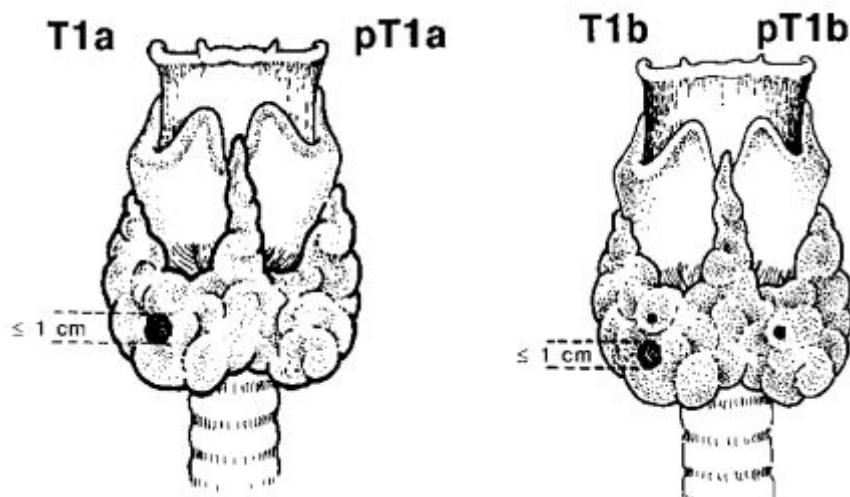


Fig. 2. Tumoră de până la 1 cm în dimensiune sa cea mai mare în limitele tiroidei

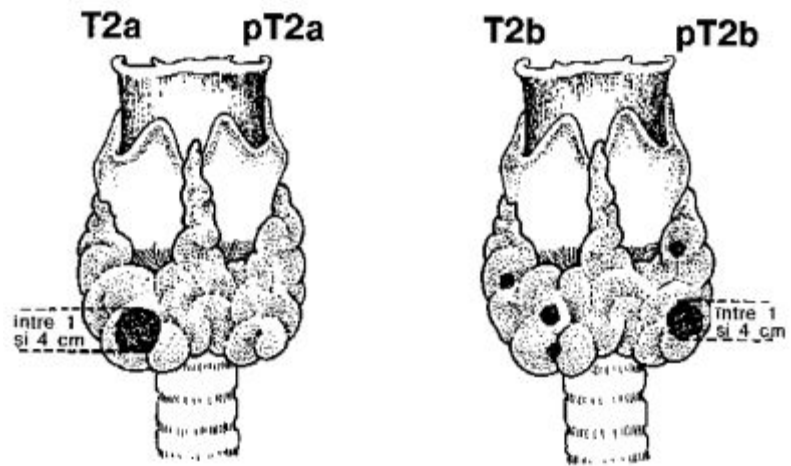


Fig. 3. Tumoră între 1 și 4 cm în dimensiunea sa cea mai mare în limitele tiroidei

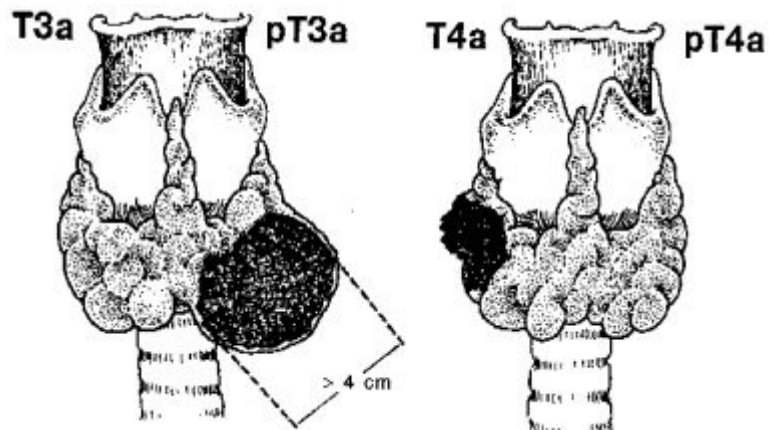


Fig.4. Tumoră mai mare de 4 cm în dimensiunea sa cea mai mare în limitele tiroidei

Fig. 5. Tumoră de orice dimensiuni, cu fixarea capsulei tiroidei

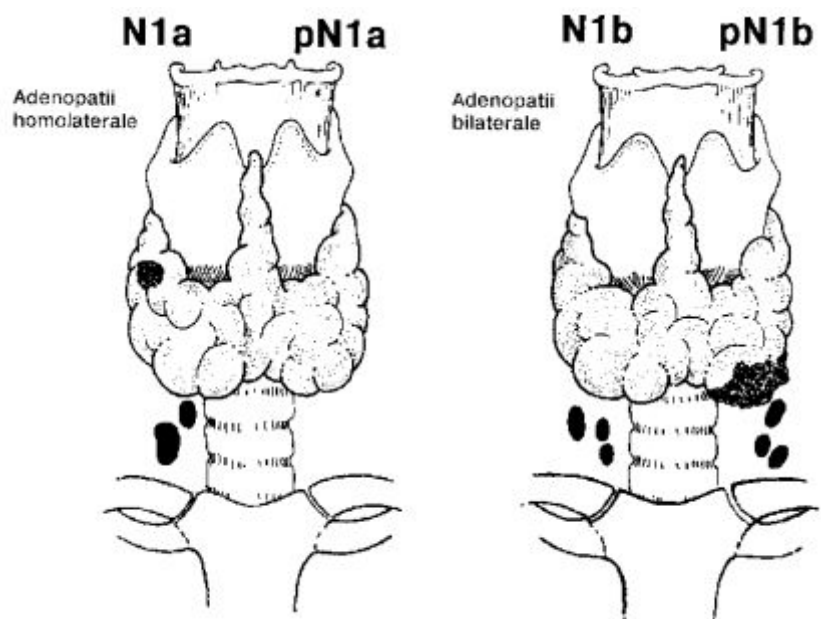


Fig. 6. N1a sunt depistate metastaze regionale cervicale homolaterale

C.2.2. Factorii de risc

Caseta 2. *Factori de risc*

- Radiația ionizantă.
- Deficitul de iod în mediu (cu frecvență majorată a gușii endemice).
- Tiriopatiile nodulare cronice (și autoimune), cu un nivel crescut al TSH.
- Stresul și diverse tulburări ale homeostazei hormonale.
- Factorul genetic (mutații a protooncogenei RET, PTEN, etc.).
- Administrarea excesivă de iod (preponderent pentru carcinom papilar).

C.2.3. Profilaxia

C.2.3.1. *Profilaxia primară*

Caseta 3. *Profilaxia primară*

- Respectarea modului sănătos de viață.
- Combaterea deficitului alimentar de iod.
- Tratatamentul oportun la endocrinolog al disfuncțiilor hormonale și tiriopatiilor proliferative.
- Examinarea statutului genetic (evaluarea mutațiilor protooncogenei RET, PTEN, etc.).
- Evitarea stărilor de stress, radiațiilor ionizante, surmenajului fizic.

C.2.3.2. *Profilaxia secundară*

Caseta 4. *Profilaxia secundară*

- Evidența și tratamentul corespunzător de către specialistul endocrinolog a disfuncțiilor hormonale, tiriopatiilor difuze cronice, dar și a patologiilor nodulare, la adresare primară.
- Îndreptarea pacienților cu patologii proliferative benigne (gușă nodulară solitară, multinodulară sau difuză), ce nu răspund la tratamentul conservativ (mai mult de 3 luni), a pacienților cu formațiuni pretumorale evidente (dure, cu evoluție progresivă, etc.), a pacienților cu suspiciu la cancer tiroidian, la consultația specialistului oncolog și tratament activ corespunzător la IMSP Institutul Oncologic.

Caseta 4a. *Screening* Se efectuează la toate persoanele cu formațiuni nodulare în glanda tiroidă.

Obligatoriu: O dată la 6 luni se va indica:

- Spectrul hormonal (T3, T4, TSH, Anti TPO);
- USG glandei tiroide .

C.2.4. Conduita pacientului cu cancer al glandei tiroide

Caseta 5. *Obiectivele procedurilor de diagnostic în cancerul glandei tiroide*

- Depistarea cancerului glandei tiroide
- Aprecierea dinamicii evoluției procesului tumoral
- Determinarea răspândirii procesului tumoral

Caseta 6. *Procedurile de diagnostic în cancerul glandei tiroide*

- Anamneza.
- Palpația și inspecția vizuală.
- USG glandei tiroide (completată la necesitate cu elastografie).

- Scintigrafia glandei tiroide (cu evidențierea focarelor „reci”, „fierbinți”, zonelor „calde”).
- Examenul radiologic: radiografia pulmonară, tomografia mediastinului.
- Tomografia computerizată, RMN.
- Efectuarea testelor serologice, markerii tumorali (Tg – tireoglobulina, Calcitonina).
- Examenul citologic prin puncție transcutană (ghidată ultrasonografic).
- Biopsia tanscutană cu prelevarea materialului morfologic.

C.2.4.1. Anamneza

Caseta 7. Întrebările ce trebuie examinate la suspectarea cancerului glandei tiroide

Recomandări pentru evaluarea antecedentelor personale

- Expunerea la radiațiile ionizante.
- Aflarea în zone endemice pentru deficit de iod, nivelul scăzut de iod în alimente.
- Prezența stărilor de stress cronic, ritm de viață alterant.
- Creșterea rapidă în dimensiuni a formațiunii nodulare, tratament îndelungat și fără efect la endocrinolog mai mult de 3 luni.
- Prezența la rudele de gradul I-II a patologiei oncologice tiroidiene,
- 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.)

C.2.4.2. Manifestările clinice

Caseta 8. Manifestările clinice în cancerul glandei tiroide

Simptomatica cancerului glandei tiroide este variată și depinde de dimensiunile și localizarea procesului, afectarea sau nu a capsulei tiroidiene, infiltrarea țesuturilor și organelor adiacente prezența metastazelor regionale, prezența metastazelor la distanță:

a) la localizarea într-un singur lob sau multinodular, fără infiltrarea capsule tiroidene ($T_1 - T_2$) – pacientul va acuza doar prezența formațiunii tiroidiene ce poate fi evidentă clinic (în cazul unei constituții subtile sau astenice), sau să nu provoace careva simptome (fiind depistată doar în cadrul unui examen ecografic). În unele cazuri poate fi prezent un disconfort la glutiție.

b) la prezența tumorii dure, cu concreșterea capsule glandei tiroide ($T_2 - T_3$), pacientul va acuza prezența formațiunii, disconfort la glutiție de diferită intensitate, disfonie moderată.

c) în cazul extinderii extratiroidiene și concreșterii în țesuturile și organele adiacente (T_4), bolnavul va prezenta tumorul rigid, cu mobilitate evident limitată la glutiție sau imobil, disconfort și dureri la glutiție cu disfagie de divers grad, disfonie de divers grad de intensitate (în funcție de gradul de afectare a n.recurent), dispnee de divers grad sau sufocare (la concreșterea laringelui sau traheei), tulburări de vascularizare cerebral, etc.

d) prezența metastazelor regionale, pe lângă manifestările tumorului local, pune în evidență semne clinice de prezență a formațiunilor cervicale, supraclaviculare, paratraheale, etc, de regulă fără infiltrarea tegumentelor supraiacente (în cazurile avansate sau formele slab diferențiate pot fi implicate tegumentele și țesuturile adiacente), mobile sau cu mobilitate limitată, cu comprimarea vaselor cervicale magistrale, traheei și/sau laringelui, rareori comprimarea esofagului.

e) prezența metastazelor la distanță se vor manifesta prin semne clinice specifice localizării focarului patologic secundar: la metastaze pulmonare se înregistrează dispnee, inițial la efort fizic, tuse cu expectorație de spută, în cazurile avansate – hemoptizie, dureri toracice locale; la metastaze osoase – dureri locale în proiecția focarului (în special nocturne, ce nu depind de efortul fizic), fracturi patologice, etc.

C.2.4.3. Investigații paraclinice

Caseta 9. Investigațiile paraclinice în cancerul glandei tiroide

Investigații pentru confirmarea cancerului glandei tiroide

- USG glandei tiroide combinat cu Doppler.
- Examenul USG combinat la necesitate cu Elastografia glandei tiroide.
- Scintigrafia glandei tiroide.
- Radiografia laringelui în 2 proiecții cu vizualizarea cartilajului tiroidian, tomografia mediastinului.
- Tomografia computerizată a glandei tiroide, RMN.
- Testele serologice la markerii specifici (TG – tireoglobulină și Calcitonină).
- Pucția biopsie cu examen citologic.
- Puncția aspirativă cu ac subțire ecoghidată cu examen citologic.
- Puncția transcutană cu prelevarea fragmentului de țesut pentru examen histopatologic preoperator.

Investigații pentru determinarea gradului de extindere a cancerului glandei tiroide (stadiul clinic)

- USG glandei tiroide și a regiunii cervicale.
- Scintigrafia glandei tiroide și regiunii cervicale anterioare cu I¹³¹.
- Examenul laringoscopic indirect.
- Radiografia + tomografia laringelui și traheei.
- Radiografia plămânilor și tomografia mediastinului superior.
- Tomografia computerizată, RMN.
- Scintigrafia scheletului

Investigații recomandabile

- Analiza generală a sângelui
- Analiza generală a urinei
- Biochimia sângelui (proteina totală, bilirubina totală și fracțiile ei, ureea, creatinina, aminotransferazele, fosfataza alcalină)
- Glicemia și calciul seric
- Coagulograma
- Ionograma
- ECG.

USG glandei tiroide este o metodă instrumentală, bazată pe principiul penetrării diferite a semnalului ultrasonor a țesuturilor organice, care permite evaluarea prezenței formațiunilor tisulare de consistență diferită față de stroma tiroidiană. Pe parcursul perfecționării metodei și a cercetărilor ulterioare au fost evidențiate și elaborate criterii specific procesului neoplazic cum sunt:

- prezența nodului tumoros
- conturul neregulat al formațiunii
- densitatea diferită de țesutul adiacent, cu prezența unei zone fine hipocogene pe perimetru
- forma asimetrică a tumorii
- deformarea conturului capsule tiroidiene
- prezența calcinatelor în stroma tumorii.

Fiecare din semnele enumerate are o specificitate diferită în valoarea diagnosticului ultrasonografic de tumor tiroidian malign (teza A.Clicpa), dar prezența a două sau mai multe din ele facilitează specialistul imagist în emiterea unui diagnostic corect de formațiune tumoroasă malignă.

C.2.4.4. Diagnosticul diferențial

Caseta 10. Diagnosticul diferențial al cancerului glandei tiroide cu principalele patologii limitrofe

- Adenomul tiroidian cu eutiroidie
- Adenomul toxic tiroidian
- Gușa endemică
- Gușa multinodulară toxică
- Tiroidita cronică limfocitară Hashimoto
- Tiroidita subacută granulomatoasă de Querverin
- Tiroidita cronică fibroasă Riedl

Caseta 11. Momente cheie în diagnosticul diferențial

Adenomul tiroidian cu eutiroidie. Adenomul tiroidian se prezintă prin hiperplazie benignă a foliculilor glandulari ai glandei tiroide. Are o evoluție de creștere lentă cu eutiroidie. Afecțiunea interesează preponderent femeile (raport 15 : 1). Tabloul clinic este prezentat de un nodul solitar, indolor, mobil la actul de deglutiție. Metodele paraclinice de diagnostic: ecografia – se determină conturul glandei tiroide și a nodulului, dimensiunile, volumul, forma și structura. Nodulul depistat, ca regulă este cu contur regulat. La elastografie – se apreciază un grad înalt de elasticitate a nodulului. Scintigrafia tiroidiană are menirea de a stabili nodulul și nivelul activității nodulului tiroidian, care în acest caz este „rece”. În baza diagnosticului diferențial stă punctia – biopsie aspirativă, la care se apreciază ceule ale epiteliului folicular fără atipie sau semne de malignizare. Tratamentul este chirurgical.

Adenomul toxic tiroidian. Este o hipertiroidie, al cărei substrat este reprezentat de un nodul hipersecretant, ce produce exces de hormoni tiroidieni. Examenul fizic arată o gușă uninodulară, bine delimitată, mobilă la deglutiție. Ecografia tiroidiană determină structura nodulului (densă-mixtă). Scintigrafia tiroidiană pune în evidență prezența unui nodul „cald”, hipercaptant și absența fixării I-131, Tc-99 în restul parenchimului tiroidian. Dozarea TSH poate evidenția parenchimul tiroidian inhibat. Punctia aspirativă – fără patologie malignă. Tratamentul este exclusiv chirurgical.

Gușa endemică (distrofia endemică tireopată). Afecțiunea este răspândită preponderent în regiunile cu deficit geoclimatic de iod. Gușele rezultă din hiperplazia celulelor foliculare ale glandei sub influența diverșilor factori: carență de iod, substanțe gușogene, tulburări de metabolism, factori genetici și individuali, vârsta, sexul, stresul. Procesul patologic este evolutiv, începe cu aspectul de gușă parenchimotoasă, evoluiază apoi spre gușă coloidă, nodulară și chistică. Creșterea în volum a gușei reprezintă un criteriu clinic de clasificare a procesului de hiperplazie parenchimotoasă (I,II,III, IV). Ecografia determină formațiunea, care poate fi solidă sau chistică și eventual, dacă este unică sau multinodulară. Diagnosticul diferențial – punctia, biopsia ecoghidată, la care se apreciază ceule ale epiteliului folicular fără atipie sau semne de malignizare. Tratamentul chirurgical se efectuează după o pregătire preoperatorie, care include iodoterapia, sedative, normalizarea nivelului sanguin de hormoni tiroidieni.

Gușa difuză toxică. Reprezintă o varietate de hipertiroidie apărută la pacienții din zone endemice cu gușă veche polinodulară, în care paralel de nodulii nefuncționali există cel puțin un nodul hiperfixant, generator de tiriotoxicoză. Tabloul clinic prezintă gușă neomogenă polinodulară, de mărime variabilă între gradul I-IV, cu fenomene compresive, semne de tiriotoxicoză moderată (astenie musculară marcată, tahiaritmii, fibrilație atrială), ecografia și scintigrafia tiroidiană relevă aspect neomogen. Examenul de laborator confirmă tiriotoxicoza.

Tiroidita cronică limfocitară Hashimoto. Este un proces cronic inflamator, deseori însoțit de alte boli autoimune (poliartrită reumatoidă, epulis eritematos, sclerodermă, etc.). incidența este de 3% din populație, preponderent la femei. Glanda tiroidă este mărită difuz sau nodulară, la palpație indolentă, consistență dură, disconfort în regiunea cervicală. Frecvent este însoțită de hipofuncție tiroidiană (oboseală, creștere ponderală) și fenomene de compresie cervicală. Diagnosticul se stabilește în baza datelor clinice și prezența în titruri crescute a autoanticorpilor serici: antiperoxidaza și antitireoglobulina. La examen citologic prin puncție – biopsie ghidată este caracteristic infiltrația țesutului tiroidian cu celule limfoide. Tratamentul este medicamentos, iar la necesitate (dimensiuni mari, fenomene marcate de compresie cervicală) chirurgical.

Tiroidita subacută granulomatoasă de Quervein este o inflamație nonsupurativă a tiroidei de etiologie virală cu evoluție subacută și anumite particularități anatomoclinice. Boala interesează 0,3-1,7% din cazuri, apare preferențial la femei, de obicei după un episod de infecție intercurrentă a căilor respiratorii superioare. Clinic debutează cu febră, adinamie, astenie, mialgii, ulterior apare creșterea rapidă în volum a tiroidei cu dureri violente. Diagnostic pozitiv – clinic VSH mult crescută (68ml/oră), limfocitoză, captarea I-131 și Tc 99 diminuată la scintigrafie. Puncția-biopsia tiroidiană evidențiază infiltrații cu celule gigantice, polimorfonucleare și macrofage, țesut de granulație (granuloame). Evoluție – 70% vindecare spontană în 1-3 luni, uneori boala recidivează cu constituirea unei tiroidite cronice limfomatoase sau fibroase. Tratamentul medical are drept scop limitarea procesului inflamator.

Tiroidita cronică fibroasă Riedl. Este o patologie rar întâlnită cu incidența de 0,5-1% cazuri. Glanda tiroidă este invadată de țesut fibros sclerizant, dens, care poate să se extindă în organele și țesuturile adiacente. Patologia este considerată și ca stadiul final al unei tiroidite Hashimoto sau granulomatoase de Quervein. Poate însoți alte afecțiuni fibrozante idiopatic (mediastinită fibrozantă, colangită sclerizantă). Apariția tiroiditei Riedl nu se exclude ca rezultat al unui proces generalizat de colagenoză. Diagnosticul se stabilește în baza datelor clinice. Glanda tiroidă mărită, dură (lemnă). Acuzele principale sunt datorate compresiei traheii, esofagului (dispnee, dificultăți la deglutiție). La ecografie se vizualizează nodul sau noduli cu contur neregulat, hiperecogeni. La scintigrafie cu I-131, Tc 99 – captare difuză, neomogenă cu valori scăzute. Tratamentul este chirurgical cu indicație de compresie gravă cervicală.

C.2.4.5. Criterii de spitalizare

Caseta 12. Criteriile de spitalizare a pacienților cu cancer al glandei tiroide

- Toți pacienții cu cancer al glandei tiroide confirmat citologic sau histologic necesită tratament specific.

C.2.4.6. Tratamentul

Caseta 13. Principiile de tratament al cancerului glandei tiroide

Tratamentul cancerului glandei tiroide

Tactica tratamentului cancerului tiroidian diferă în funcție de tipul histologic al tumorii, dar

întotdeauna începe cu tratamentul chirurgical, iar în cancerul medular aceasta este unica modalitate de a ameliora pronosticul.

În cancere papilare, foliculare și adeseori în cele nediferențiate în calitate de terapie adjuvantă se aplică radioterapia. Toți pacienții operați, indiferent de tipul histologic al tumorii, sunt supuși unei terapii supresive cu Tiroxină. Telegamaterapia și chimioterapia se aplică doar în scopuri paliative, cu excepția cancerelor anaplastice, care se depistează tardiv, la stadii inoperabile.

Operațiile chirurgicale în cancere tiroidiene sunt indicate în următoarele cazuri:

- dacă la examenul citologic al biopsatului s-au depistat celule canceroase sau suspecte;
- dacă la biopsie s-a depistat cancer folicular într-un nodul tumoral sau în mai mulți;
- dacă nodulul tumoral tiroidian crește în volum pe fond de tratament cu tiroxină, existând totodată și semne clinice și ecografice suspecte la cancer;
- dacă roentghenologic s-au depistat metastaze pulmonare în caz de noduli tumorali în glandă și/sau metastaze regionale, și/sau nivel crescut de markeri tumorali (tireoglobulina, calcitonina).

Volumul operației la focarul primar și la zonele de metastazare se va determina în funcție de tipul histologic al tumorii, gradul de răspândire, de invazie și de caracterul metastazării.

În clinica de chirurgie a tumorilor capului și gâtului al IO la baza tratamentului chirurgical al cancerului tiroidian au fost puse următoarele principii:

1) toate operațiile se efectuează sub anestezie generală în combinație cu mioplegie și respirație asistată;

2) accesul la glandă se efectuează prin incizie transversală de tip Kocher, modificată în clinica noastră;

3) lobul tiroidian este mobilizat prin algoritm clasic: se eliberează polul superior, se efectuează ligaturarea fasciculului vascular, după care se eliberează suprafața laterală a lobului pentru vizualizarea și păstrarea obligatorie a nervului recurent și a glandelor paratiroidiene, astfel se ajunge la eliberarea polului inferior și mobilizarea lobului către trahee;

4) Se efectuează hemostaza la nivelul glandei;

5) operațiile sunt efectuate după principii ablastice stricte prin disecție extracapsulară și rezecția glandei în limitele țesutului sănătos;

6) în toate cazurile sunt preferabile operațiile organomenajante, care permit păstrarea parțială a funcției glandei tiroide, a glandelor paratiroidiene și a n.recurent;

7) suturarea plăgii se efectuează în straturi, astfel bontul tiroidian păstrându-și mobilitatea și obținându-se un efect cosmetic favorabil.

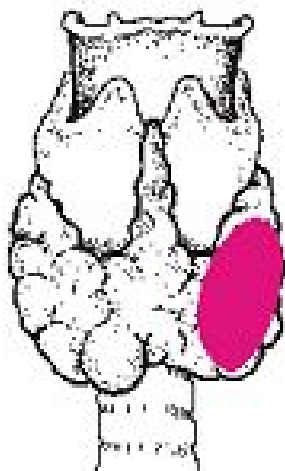


Fig 7. Afectarea unui lob al glandei tiroide

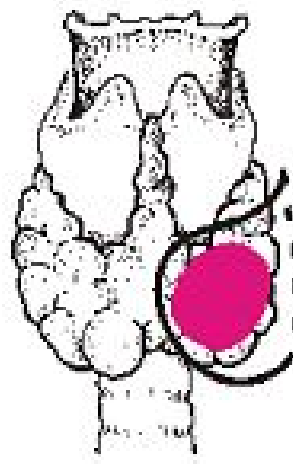


Fig 8. Volumul operației (rezecția lobului afectat al glandei tiroide)

În tratamentul cancerului tiroidian se aplică câteva tipuri de intervenții și anume:

1. Rezecția lobului afectat;
2. Rezecția lobului afectat +istmul glandei;
3. Rezecția subtotală;
4. Rezecția maximal subtotală;
5. Tiroidectomie.

În clinica „Chirurgie Tumori cap și gât” sunt implementate metode mini-invazive în chirurgia cancerului tiroidian.

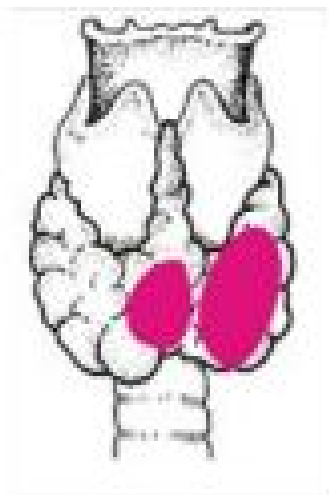


Fig 9. Afectarea unui lob și a istmului glandei tiroide

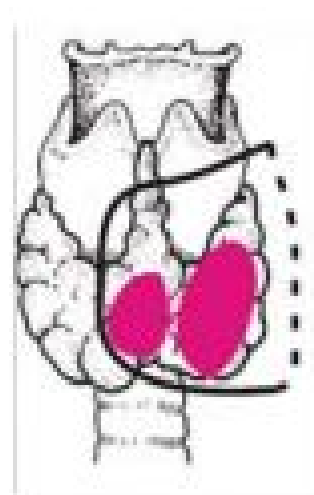


Fig 10. Volumul operației (rezecția lobului afectat și istmului glandei tiroide)

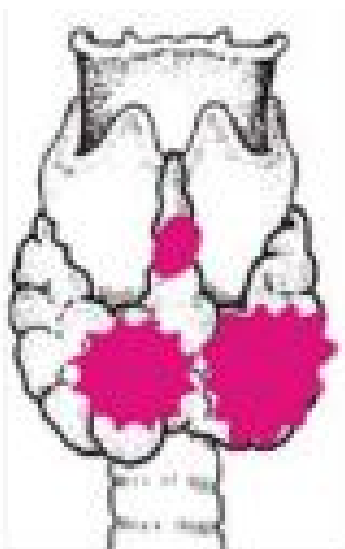


Fig 11. Afectarea ambilor lobi și a istmului glandei tiroide

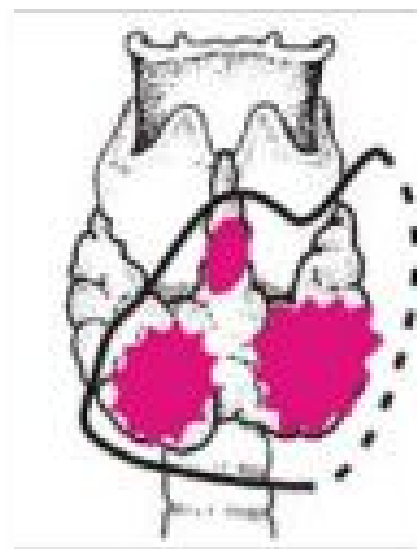


Fig 12. Volumul operației – rezecția maximal subtotal a glandei tiroide (lobul afectat + istmul + segment al lobului controlateral afectat).

În efectuarea intervenției mini-invazive se ține cont de: starea fizică a pacientului, localizarea tumorii, existența tulburărilor hormonale, stadiul procesului tumoral. Examinarea pacientului înainte de operație este identică cu cea în intervențiile clasice.

Acest tip de operație este contraindicat în: afectarea ambilor lobi;

- noduli mai mari de 3 cm;
- hiperfuncția glandei tiroide;
- tiroidite severe.

Incizia de 3-4 cm se efectuează la distanța de 0,5 cm de incizura jugulară, pe linia mediană. Prin această incizie minimală se introduce un troacar de 5 mm, prin care se insuflă Co₂ sub presiune maximă de 10 mm. În acest spațiu creat se introduc 2 troacare a câte 5 mm, unul pentru a trage lateral m. sternocleidomastoidian, al doilea pentru a proteja artera și vena carotidă, se vizualizează suprafața laterală a lobului tiroidian. Din acest moment se efectuează operația ca atare: ligaturarea și secționarea venei tiroidiene externe, vizualizarea nervului recurent, arterei tiroidiene inferioare, glandelor paratiroidiene și a pediculului superior, după care se extirpează piesa operatorie.

Avantajele acestei metode sunt următoarele:

nu este traumatizantă;

- se reduce termenul de spitalizare;
- se reduce riscul complicațiilor inflamatorii;
- se obțin rezultate cosmetice și funcționale mult mai favorabile comparativ cu metoda chirurgicală clasică;
- se reduce la minim tratamentul cu analgetice, antibiotice;
- aduce un beneficiu economic considerabil.

Metoda miniinvazivă în tratamentul patologiilor nodulare al glandei tiroide este o metodă nouă, care necesită cercetări în continuare și pregătirea cadrelor calificate.

Intervențiile chirurgicale în metastazele regionale. În tratamentul chirurgical al cancerului glandei tiroide un loc important îl ocupă excizia radicală în teacă a țesutului celular cervical. Aceasta se referă mai ales la cancer avansat, mai frecvent papilar, cu un potențial de metastazare locală mai înalt. Se efectuează două tipuri de intervenții chirurgicale: excizia celulară în teacă și, rareori, operația Cryle.

Excizie celulară cervicală în teacă facială este indicată în cazurile de metastazare: 1) ganglionii limfatici tumefiați, mobili, solitari; 2) ganglionii modificați, suspecti; 3) excizia preventivă a țesutului celular.

Operația Cryle este indicată în caz de invazie în ganglionii limfatici profunzi sau în metastaze imobile, intim concrescute cu vena jugulară internă, mușchiul sternocleido-mastoidian, pereții tecii faciale. La baza acestei operații este principiul exciziei unimomentale a țesutului celular în limitele: linia mediană a gâtului, clavicula, marginea anterioară a mușchiului trapezoidal, polul inferior al glandei parotide, marginea inferioară a mandibulei. Se extirpează într-un bloc țesutul celular cu ganglionii limfatici regionali, mușchiul sternocleidomastoidian, vena jugulară internă, glanda salivară submandibulară cu țesutul celular submentonian și submaxilar, polul inferior al glandei parotide.

Tratamentul chimioterapeutic și telegamaterapie.

În ultimii ani se practică tratamentul combinat: chimioterapie + iradiere. Sunt elaborate două variante:

I. Schema AC

1. DCI-Doxorubicinum 60 mg/m² i/v în 1-a zi;

2. DCI-Cisplatinum - 40 mg/m² i/v în 1-a zi;

- Curele se repetă la fiecare 3-4 săptămâni.

Peste 2-3 săptămâni – telegamaterapie fracționată:

Dacă la doza de 40Gy regresia este mai mică de 50% - se recurge la operație, dacă regresia e mai mare de 50% - iradiere până la 70Gy.

II. Schema CAB

1. DCI-Cisplatinum - 20 mg/m² i/v în 1-4^a zi;
2. DCI-Doxorubicinum - 20 mg/m² i/v în 1-3^{ea} zi;
3. Bleomicină - 10 mg/m² i/v în 1-4^a zi;

- Curele se repetă la fiecare 3-4 săptămâni.

Se evaluează regresia.

Schemele de polichimioterapie pentru cancerul medular tiroidian:

I. Schema Doxorubicină – monoterapie.

- DCI-Doxorubicinum - 75mg/m² i/v în 1-a zi.
- Se repetă la fiecare 3 săptămâni.

II. Schema Paclitaxel – monoterapie.

- Paclitaxel - 225mg/m² i/v în 1-a zi.
- Se repetă la fiecare 3 săptămâni.

III. Schema AC.

- DCI-Doxorubicinum - 60mg/m² i/v în 1^a zi,
 - DCI-Cisplatinum - 40mg/m² i/v în 1^a zi.
- Se repetă la 3 săptămâni.

IV. Schema CVD.

- Ciclofosamidă - 750mg/m² i/v în 1^a zi,
 - Vincristină - 1,4mg/m i/v în 1^a zi.
 - Dacarbazină - 600mg/m² i/v în 1-2^a zi
- Se repetă la 3 săptămâni.

Metoda polichimioterapeutică este în continuă cercetare.

Tehnica administrării iodului radioactiv*

Decizia pentru administrare se va lua de către o echipă formată din endocrinolog și specialistul în medicină nucleară. Va exista o asistentă medicală specializată.

Pacientul va fi informat în detaliu (de preferință și în scris) asupra motivului administrării, efectelor secundare, procedurii, radioprotecției.

Recomandări pentru aplicarea procedurii de radioiodoterapie:

- se efectuează numai în spitale cu unități nucleare adecvat echipate. În prezent în IMSP Institutul Oncologic nu sunt disponibile asemenea saloane echipate cât și preparatul necesar (Republica Moldova fiind parte a moratoriului ce interzice intrarea pe teritoriul său a iodului radioactiv (I¹³¹)). Tratamentul poate fi efectuat în unitățile medicale din țările vecine: Romania - Instit. Național de Endocrinologie București, Instit. Național de Oncologie București, Instit. de Oncologie Cluj Napoca; Ukraina – Institutul de Medicină Radiologică și și Renghenologie din Kiev, dispanserele oncologice regionale; Rusia – Centrul Științific de Medicină Radiologică din or.Obninsk, etc.
- ablația eficientă se realizează numai cu condiția unei bune stimulări prin TSH. Nivelul TSH determinat înainte de ablație trebuie să fie ≥ 30 mUI/l
- creșterea TSH peste acest prag stabilit empiric se poate realiza pe mai multe căi:
 - întreruperea terapiei cu levotiroxină timp de 4-5 săptămâni

- administrarea de rhTSH (tirotropinum alpha, recombinant), fără a se opri terapia cu levotiroxină. Pacientul va primi 0,9 mg rhTSH 2 zile consecutiv și va primi iod radioactiv la 24 ore după a doua injecție. Se recomandă de către EMEA (European Medicine Agency) pentru cancerle tiroidiene cu risc scăzut și la subiecții care nu tolerează oprirea tratamentului cu tiroxină
 - pacientul poate fi trecut de pe tratament cu levotiroxină pe triiodotironină, timp de 3 săptămâni, după care triiodotironina se oprește pentru 2 săptămâni . Această variantă va reduce durata și efectele hipotiroidiei (se poate realiza doar dacă centrele nominalizate mai sus fac un import propriu de triiodotironina).
- scintigrafia cu scop diagnostic (simplă sau a întregului corp) înainte de radioiodoterapie trebuie evitată și înlocuită cu efectuarea “scintigramei corp întregului corp” (whole body scan, WBS) la 3-5 zile după administrarea dozei de ^{131}I de ablație. WBS este utilă înainte de ablație – ^{131}I , cu scop diagnostic, dacă nu suntem siguri cât de completă a fost tiroidectomia; în acest caz vom folosi doze mici de ^{131}I respectiv 3,7 MBq \equiv 100 microCi pentru a nu produce un fenomen de umbrire (“stunning”). Resturi mari de țesut tiroidian impun reintervenția chirurgicală sau asocierea corticoterapiei pentru a evita tiroidita de iradiere.
 - tiroglobulina (Tg) serică se va măsura imediat înainte de administrarea dozei de ablație ^{131}I în caz de întrerupere a tratamentului cu tiroxină sau în a treia zi după a doua administrare de rhTSH. Un nivel scăzut de Tg indică un prognostic favorabil.
 - sarcina trebuie exclusă înainte de administrarea de ^{131}I
 - dieta va avea un conținut cât mai redus de iod 3 săptămâni înainte de administrarea de iod radioactiv. Excesul de iod trebuie evitat. În caz de contaminare cu produse iodate (exemplu medii de contrast utilizate în imagistică) procedura se amână pentru 3 luni
 - scintigrama de corp întreg efectuată la 3-5 zile după doza de ablație demonstrează o intervenție eficientă și ablație de succes dacă doza reținută este $< 2\%$ din cea administrată
 - înainte de externarea pacientului se va măsura retenția de iod radioactiv și nivelul de radiații externe conform normelor de radioprotecție în vigoare
 - pacientul va relua tratamentul substitutiv cu levotiroxină în a doua sau a treia zi de la administrarea ^{131}I .

Efecte secundare ale iodului radioactiv

Efecte precoce

- tiroidita de iradiere – glucocorticoizi
- grețuri, vărsături
- sialodenita
- expunerea vezicii urinare la I131 poate fi redusă prin hidratare intensă
- hipospermia este tranzitorie la subiecții la care se anticipează multiple doze de I131 se propune crioprezervarea spermei sau concepția la 4 luni după ultima doză
- la femei concepția poate avea loc la minim 6 luni după ultima doză de I131. Există un risc puțin mai crescut de avort.

Efecte tardive

- la doze de I131 de peste 600 mCi este riscul de leucemie și cancer secundare
- la pacienții cu metastaze pulmonare tratamentul cu I131 poate induce fibroză.

* Metoda menționată de tratament nu se efectuează în prezent în Republica Moldova, dar este recomandată de Ghidurile Internaționale bazate pe dovezi.

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Instituțiile de AMP	Personal:
	Aparate, utilaj:
	Medicamente:
D.2. Secțiile și instituțiile consultativ-diagnostice	Personal:
	Aparate, utilaj:
	Medicamente:
D.3. Secțiile de profil general ale spitalelor raionale, municipale	Personal:
	Aparate, utilaj:

	<ul style="list-style-type: none"> • stetoscop • glucometru • electrocardiograf portabil • electrocardiograf cu Doppler • ultrasonograf cu dopler • laborator clinic standard • laborator imunologic • laborator pentru determinarea hormonilor serici și a markerilor responsabili de procesele autoimune tiroidiene <p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ preparate ale hormonilor tiroidieni ✓ preparate de iod ✓ preparate de calciu
<p>D.4. IMSP Institutul Oncologic</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic oncolog cap/gît • medici imagiști • medici endoscopiști • medici specialiști în diagnostic funcțional • medici morfologi/citologi • medici chirurghi oncologi cap/gît • medici anesteziologi • medici radioterapeuți • medici chimioterapeuți • medici reanimatologi • asistente medicale • laboranți cu studii medii în laboratorul patomorfologic • laboranți cu studii medii în laboratorul clinic și biochimic • laboranți cu studii medii în laboratorul bacteriologic • alți specialiști (la necesitate) <p>Aparate, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru • stetoscop • glucometru • electrocardiograf portabil • electrocardiograf cu Doppler • ultrasonograf cu Doppler • laborator clinic standard • laborator imunologic • laborator pentru determinarea hormonilor serici, a markerilor responsabili de procesele autoimune tiroidiene și a markerilor tumorali • secție de medicină nucleară pentru efectuarea scintigrafiei glandei tiroide • complex RMN • tomograf computerizat spiralat • serviciu morfologic și citologic <p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ preparate ale hormonilor tiroidieni ✓ antidiotice ✓ analgetice

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">✓ preparate de calciu✓ preparate de iod✓ hpreparate chimioterapeutice |
|--|---|

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Scopul protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A spori depistarea precoce a CGT și maladiilor de fond/ precanceroase prin implementarea diagnosticului în grupurile de persoane cu risc sporit pentru dezvoltarea CGT.	1.1. Proporția persoanelor/pacienților cu factori de risc crescut pentru dezvoltarea CGT care prin metoda USG,TC a fost depistat CGT și maladii de fond.	Numărul pacienților cu factori de risc crescut pentru dezvoltarea CGT la care prin metoda USG a fost depistat CGT și maladii de fond/precanceroase	Numărul total de persoane/pacienți cu factori de risc pentru dezvoltarea CGT la care s-a efectuat USG, TC pe parcursul ultimului an.
2.	A spori depistarea precoce a CGT.	2.1. Proporția pacienților cu CGT depistat în stadiile terapeutice utile (stadiile I și II)	Numărul pacienților cu CGT depistat în stadiile terapeutice utile (stadiile I și II) pe parcursul ultimului an.	Numărul pacienților cu CGT depistat în stadiile III și IV pe parcursul ultimului an.
3.	A majora operabilitatea și rezecabilitatea tumorilor maligne tiroidiene.	3.1. Proporția pacienților cu CGT la care s-au efectuat intervenții chirurgicale radicale.	Numărul pacienților cu CGT la care s-au efectuat intervenții chirurgicale radicale pe parcursul ultimului an.	Numărul pacienților cu CGT la care s-au efectuat intervenții chirurgicale paliative pe parcursul ultimului an.
4.	A îmbunătăți rezultatele tratamentului radical al pacienților cu CGT.	4.1. Proporția pacienților tratați radical de CGT ce supraviețuiesc cu și fără progresarea maladiei canceroase perioada de 5 ani după tratament.	Numărul pacienților tratați radical de CGT ce supraviețuiesc cu și fără progresarea maladiei canceroase perioada de 5 ani după tratament.	Numărul pacienților tratați radical de CGT ce au decedat din cauza progresării maladiei canceroase în primii 5 ani după tratament.
5.	A îmbunătăți rezultatele tratamentului paliativ al pacienților cu CGT.	5.1. Proporția pacienților tratați paliativ de CGT ce supraviețuiesc diferite perioade de timp după tratament.	Numărul pacienților tratați paliativ de CGT ce supraviețuiesc diferite perioade de timp după tratament.	Numărul pacienților tratați paliativ de CGT ce au decedat în diferite perioade de timp după tratament.
6.	A îmbunătăți rezultatele tratamentului radical și paliativ al pacienților cu CGT.	4.1. Prevalența /Proporția pacienților ce sunt în viață cu diagnosticul de CGT la 100 000 populație.	Numărul pacienților cu diagnosticul de CGT ce sunt în viață la sfârșitul anului de studiu.	Numărul populației Republicii Moldova.

ANEXE

Anexa 1 Ghidul pentru pacientul cu cancer al glandei tiroide

(ghid pentru pacient)

Cuprins

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați
Diagnosticul cancerului glandei tiroide
Tratamentul cancerului glandei tiroide

Întroducere

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul persoanelor cu cancer al glandei tiroide în cadrul serviciului de sănătate din Republica Moldova. Aici se explică indicațiile, adresate persoanelor cu cancer al glandei tiroide, dar poate fi util și pentru membrii familiilor acestora, care doresc să afle mai multe despre această afecțiune.

Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de conduită și tratament care trebuie să fie disponibile în Serviciul de Sănătate.

Indicațiile din ghidul pentru pacient acoperă:

- ✓ modul în care medicii trebuie să stabilească dacă o persoană este afectată de cancer al glandei tiroide
- ✓ tratamentul cancerului glandei tiroide
- ✓ modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu cancer al glandei tiroide
- ✓ reabilitarea chirurgicală și psihologică a pacientului cu cancer al glandei tiroide

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Tratamentul și asistența medicală de care beneficiați trebuie să fie în deplin volum. Aveți dreptul să fiți informat și să luați decizii împreună cu cadrele medicale care vă tratează. În acest scop, cadrele medicale trebuie să vă ofere informații pe care să le înțelegeți și care să fie relevante pentru starea Dvs. Toate cadrele medicale trebuie să vă trateze cu respect, sensibilitate, înțelegere și să vă explice simplu și clar ce este cancerul glandei tiroide și care este tratamentul cel mai potrivit pentru Dvs.

Cancerul glandei tiroide

Cancerul glandei tiroide este o afecțiune tumorală a glandei tiroide și constituie aprocsimativ 2% din totalul tumorilor maligne. Această maladie este în centrul atenției oncologilor de specialitate, fiind că conform statistici, maladia are tendință de creștere a morbidității. Cancerul tiroidian afectează cu predilecție sexul feminin în raport de 6 la 1, comparativ cu sexul feminin. Maladia afectează toate grupele de vârstă, mai frecvent fiind depistată în decadele a 3 și a 4-a de vârstă, mai rar la copii și persoanele de vârstă înaintată. În declanșarea cancerului tiroidian contribuie mai mulți factori (factori de risc): radiația ionizantă, deficitul de iod alimentar, majorarea poluării mediului, stressul, factorul genetic, maladiile proliferative cronice ale glandei tiroide. Cataclismul de la Cernobîl a demonstrat o creștere sporită a morbidității prin cancer tiroidian la persoanele din regiunile adiacente, astfel confirmând importanța iradierii în etiologia acestui tip de cancer. S-a observat și manifestarea mai tardivă a semnelor clinice a maladii (peste 2-10 ani), la populația iradiată (în special la copii). Un alt factor important este deficitul alimentar de iod, fapt dovedit prin sporirea în ultimii ani a morbidității prin cancer tiroidian pe fond de gușe endemice și nodulare, la persoanele din regiunile

„sărace” în iod. Stressul este la fel un factor important în apariția tulburărilor hormonale, care la rândul lor sporesc frecvența atât a maladiilor proliferative, cât și a cancerului tiroidian. Acest fapt este confirmat prin nivelul mai înalt al morbidității la populația din orașe, comparativ cu zonele rurale. La fel este importantă și influența factorului genetic în apariția anumitor forme de cancer (cancer medular, cancerul nonmedular familial, etc).

Necesită menționată importanța diagnosticării la timp și tratamentului la specialistul endocrinolog a proceselor inflamatorii și proliferative cronice (Tiroiditele autoimune: Hashimoto, Riedel, etc; Gușa nodulară, Gușa endemică, Adenom și Chist-adenom al glandei tiroide). Tratamentul activ al acestor patologii va permite diminuarea apariției pe fondalul lor a unei eventuale tumori maligne.

Manifestările clinice ale cancerului glandei tiroide.

Cancerul glandei tiroide *se manifestă* prin simptome locale și generale.

1. Simptome locale:

- prezența formațiunii nodulare în proiecția glandei tiroide (în special solitară),
- disconfort la gluțiție, senzație de „corp străin”,
- modificarea tembrului vocii,
- prezența palpitațiilor cardice în repaos (în caz de tumor hormonal activ),
- apariția durerilor locale (la extinderea extratiroidiană a tumorii), etc.)
- apariția nodulilor cervicali patologici (metastaze cervicale),
- respirație stenoată (ca urmare a avansării locale a procesului).

2. Simptome generale:

- prezența palpitațiilor cardice în repaos (în caz de tumor hormonal activ),
- Osalgii și/sau fracturi patologice (la metastaze osoase),
- Sindrom diareic (în unele forme de cancer medular),
- Sindromul intoxicației tumorale (în formele avansate), etc.

Diagnosticul de carcinom tiroidian se suspectă inițial clinic, de către medicul specialist, ce urmează să fie confirmat prin investigații instrumentale și de laborator (după cum urmează):

- Ultrasonografia glandei tiroide,
- Elastografia glandei tiroide (la necesitate),
- Tomografia computerizată a regiunii cervicale (la necesitate),
- Scintigrafia glandei tiroide (la necesitate),
- Puncția tumorii glandei tiroide cu examen citologic,
- Radiografia pulmonară și tomografia mediastinului, etc.
- Testele de laborator a markerilor tumorali (TG-tirotglobulina și Calcitonina).
- Scintigrafia scheletului (la necesitate).

După obținerea rezultatelor investigațiilor efectuate medicul trebuie să discute rezultatele cu Dvs. și să vă comunice modalitatea tratamentului.

Tratamentul cancerului tiroidian

Tratamentul formelor diferențiate de cancer tiroidian este în exclusivitate chirurgical la I etapă (indiferent de gradul de avansare a procesului). Volumul operației este apreciat în concordanță cu stadiul maladiei și gradul de afectare a organului (de la hemitiroidectomie până la tiroidectomie cu rezecția structurilor și organelor adiacente afectate). La implicarea în proces a capsulei tiroidiene, postoperator, se indică cura de telegamaterapie în doză 40 Gy. La avansarea extratiroidiană a procesului se aplică diverse tipuri de intervenții extinse și combinate de tiroidectomie. Avansarea în pulmoni, oase și alte organe se recurge la tratamentul sistemic cu iod radioactiv (I^{131}).

În cancerile medulare se efectuează tratamentul combinat chirurgical și radioterapeutic, urmat la necesitate de tratament polichimioterapeutic (conform schemelor prezentate în protocol).

În cancerul nediferențiat al glandei tiroide tratamentul este de la bun început sistemic – polichimioterapeutic și radioterapeutic, tratamentul chirurgical fiind aplicat doar în forme incipiente și în caz de compresie a traheei și laringelui.

În caz de insuficiență respiratorie la prima etapă a tratamentului combinat se efectuează intervenția chirurgicală și la etapa a doua – radioterapie postoperatorie. În dependență de extinderea leziunii tumorale se efectuează laringectomii tipice, extinse sau combinate.

Tratamentul chimioterapeutic

În ultimii ani se practică tratamentul combinat: chimioterapie + iradiere. Sunt elaborate două variante:

I. Schema AC

1. Doxorubicină (Adriamicină) 60 mg/m^2 i/v în 1-a zi;
 2. Cis-Platinum - 40 mg/m^2 i/v în 1-a zi;
- Curele se repetă la fiecare 3-4 săptămâni.

Peste 2-3 săptămâni – telegamaterapie fracționată:

Dacă la doza de 40Gy regresia este mai mică de 50% - se recurge la operație, dacă regresia e mai mare de 50% - iradiere până la 70Gy.

II. Schema CAB

1. Cisplatin - 20 mg/m^2 i/v în 1-4^a zi;
 2. Adriamicină - 20 mg/m^2 i/v în 1-3^{ea} zi;
 3. Bleomicină - 10 mg/m^2 i/v în 1-4^a zi;
- Curele se repetă la fiecare 3-4 săptămâni.

Se evaluează regresia.

Metoda polichimioterapeutică este în continuă cercetare.

Anexa 2 Recomandările Societății Oncologilor din Republica Moldova

în ce privește

„Un mod sănătos de alimentare”

1. Profilaxia obezității prin consumul alimentelor cu valoare calorică scăzută și combaterea adinamiei.
2. Micșorarea consumului de grăsimi, mai ales animalice (ce au un rol confirmat în dezvoltarea cancerului mamar, de colon, de prostată).
3. Consumul zilnic al unor cantități suficiente de legume și fructe, care scad riscul de a face un cancer.
4. Consumul alimentelor cu cantități mari de fibre celulozice (cereale, legume fructe).
5. Reducerea consumului de alcool.
6. Limitarea consumului de mezeluri și afumături, și de alimente cu un conținut mare de nitrați.
7. Consumul de vitamina „A” și „β-carotină” (morcov, spanac. Dovleac, unt, untură de pește, ficat).
8. Consumul de vitamina „C”.
9. Consumul de varză, mai ales „Conopidă”, varză de „Buxelles” și „Brokkole”.
10. Consumul de usturoi (ca profilaxie a cancerului gastric).

Anexa 3 Recomandările Societății Oncologilor din Republica Moldova
în ce privește
„Combaterea stresului”

1. Omul trebuie întotdeauna să-și raporteze corect dorințele, aspirațiile și posibilitățile, punându-și scopuri majore, de nerealizat, omul din start se programează pentru nereușită, și, deci, pentru stres.
2. Fiecare trebuie să-și alcătuiască un program bine chibzuit al zilei sau al săptămânii. Un program mare, nerealizat, îl va stresa prin eșec, iar cel realizat, îl va provoca stres prin suprasolicitare, epuizare fizică și psihică.
3. Omul trebuie să facă ceva din plăcere, cel puțin o dată pe săptămână (zi).
4. Este necesar ca în fiecare zi omul să aibă un moment de liniște.
5. A obține și a realiza un echilibru între muncă-odihnă, muncă-familie.
6. A dormi 7-8 ore cel puțin de 2 ori pe săptămână.
7. În zilele încărcate a folosi procedee de relaxare.
8. A oferi și a primi afecțiune, dragoste, căldură sufletească.
9. A recurge la umor în situații grele.
10. A avea prieteni cu care și-ar putea discuta probleme dificile.
11. A practica sau exerciții fizice dinamice (mersul pe jos, ciclismul, tenis, badminton).

BIBLIOGRAFIE

1. Блохин Н.Н., Петерсон Б.Е. *Клиническая онкология*. М., Медицина. 1979.
2. *Онкология*. Под ред. Трапезникова Н.Н. М., Медицина, 1981.
3. Пачес А.И. *Опухоли головы и шеи*. М., 1995.
4. Пачес А.И., Огольцова Е.С., Цыбырнэ Г.Г. *Актуальные вопросы хирургического лечения рака гортани*. Кишинев, Штиинца, 1976.
5. Цыбырнэ Г.А. *Лечение местно распространенного рака головы и шеи*. Кишинев, Штиинца, 1987.
6. Ghilezan N. *Oncologie generală*. Editura medicală. București, 1992.
7. Gh. Țîbîrnă. *Ghid clinic de oncologie*. Editura „Universul”, 2003.
8. Clîpca A. Aspecte clinico-morfologice ale cancerului tiroidian „ocult” și incipient”. Autoref. tezei de doctor în medicină. Chișinău, 2008, p. 27.
9. Țîbîrnă A. Particularitățile epidemiologice, clinico-morfologice și chirurgicale ale adenomului și cancerului glandei tiroide. Autoref. tezei de doctor în medicină. Chișinău, 2010.
10. Mîndruța Rodika Aspecte clinico-genetice ale cancerului tiroidian. Autoref. tezei de doctor în medicină. Chișinău, 2012.