

ОГЛЯД НОВИХ (2015) КЛІНІЧНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ АМЕРИКАНСЬКОЇ ТИРЕОЇДНОЇ АСОЦІАЦІЇ (АТА) ЩОДО ВЕДЕННЯ ДОРΟΣЛИХ ПАЦІЄНТІВ З ТИРЕОЇДНИМИ ВУЗЛАМИ ТА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ

(Додатки до статті, опублікованої у № 4(52)/2015)

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, м. Київ



Черенько Сергій Макарович

д-р мед. наук, проф., зав. відділу ендокринної хірургії

01021, м. Київ, Кловський узвіз, 13-А

Тел.: (044) 564-09-20

E-mail: sergmakar5@gmail.com

Таблиця 6

Сонографічні критерії для виконання тонкоголкової аспіраційної біопсії (ТАПБ) тиреоїдних вузлів

| Ступінь підозри | УЗД ознаки | Ризик раку | ТАПБ доцільна при розмірі |
|-----------------|---|------------|---------------------------|
| Високий | Солідний гіпоехогенний вузол або солідно-гіпоехогенний компонент в частково-кістозному вузлі з однією чи більше ознаками: нечіткі краї, мікрокальцифікати, форма з висотою більше ширини, кальцифікований обідок з невеликим проникненням м'якотканинного компонента, ознаками екстратиреоїдної інвазії | 70-90% | ≥1 cm |
| Проміжний | Гіпоехогенний солідний вузол з гладенькими рівними краями без мікрокальцифікатів, ознак екстратиреоїдної інвазії або висоти, що більше ширини | 10-20% | ≥1 cm |
| Низький | Ізоехогенний або гіперехогенний солідний вузол, або частково кістозний вузол з ексцентричною солідною ділянкою без мікрокальцифікатів, ознак екстратиреоїдної інвазії або висоти, що більше ширини | 5-10% | ≥1,5 cm |
| Дуже низький | Губчастий або частково кістозний вузол без зазначених вище сонографічних ознак | <3 % | ≥2 cm |
| Доброякісний | Чиста кіста (без солідного компонента) | < 1 % | Не потрібна |

Таблиця 7

Класифікація результатів цитологічних висновків тиреоїдних вузлів (Bethesda System, 2009)

| |
|---|
| Клас 1. Неінформативні (неадекватний або недостатній матеріал): зразки, що підготовлені з технічними помилками, або недостатня кількість фолікулярних клітин – ризик раку 1–4% |
| Клас 2. Доброякісні (або негативні до діагнозу раку): включають колоїдні чи гіперпластичні вузли, Хасімото або гранулематозний тиреоїдити, або кісти – ризик раку 0–3% |
| Клас 3. Атипія неясного значення або фолікулярне ураження неясного значення (AUS/FLUS): ризик раку 5–15% |
| Клас 4. Фолікулярна неоплазія (пухлина) або підозра на фолікулярну неоплазію (FN/SFN): ризик раку 15–30% – всі зразки фолікулярної будови, в тому числі фолікулярні неоплазії, Гюртле-клітинні ураження, фолікулярний варіант папілярного раку |
| Клас 5. Підозра на рак (SFM): ризик раку 60–75% – зразки, які мають ознаки малігнізації, але не містять усіх діагностичних критеріїв раку |
| Клас 6. Злоякісні: ризик раку 97–99% |

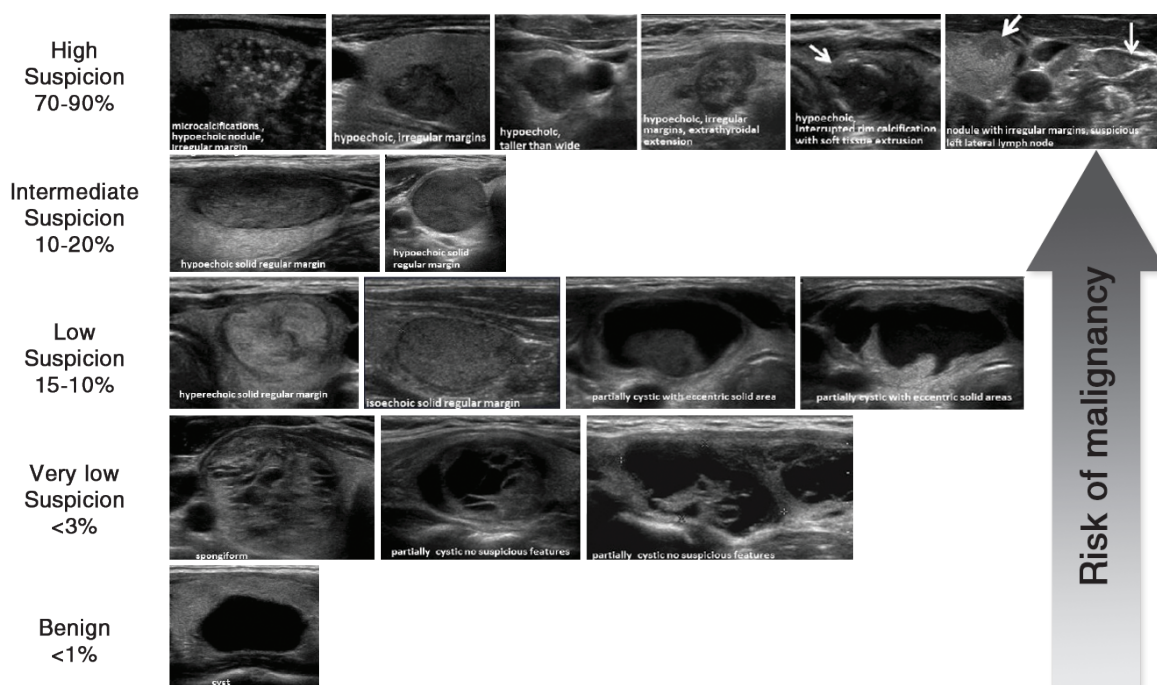


Рис. 2. Типові сонографічні ознаки тиреоїдних вузлів різних категорій ризику виявлення раку.

| | |
|---|--|
| <p>Високий ризик: значна екстраорганна інвазія, неповна резекція пухлини, дискантні метастази або уражені лімфатичні вузли розміром >3 см</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Фолікулярний рак з широкою васкулярною інвазією (30-55%) - pT4a із значною екстратиреоїдною інвазією (30-40%) - pN1 з екстранодальною інвазією, >3 уражених лімфовузлів (40%) - Папілярний рак >1 см, TERT±BRAF мутації (40%) - pN1, хоча б один лімфовузол >3см (30%) - Папілярний рак, екстратиреоїдна інвазія, BRAF мутація (10-40%) - Папілярний рак, васкулярна інвазія (15-30%) |
| <p>Проміжний ризик: агресивний гістологічний варіант, мінімальна екстра-тиреоїдна інвазія, судинна інвазія або більше 5 уражених лімфатичних вузлів (0,2–3 см)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Клінічні метастази до лімфовузлів N1 (20%) - pN1, >5 уражених лімфовузлів (20%) - Інтратиреоїдний папілярний рак, <4 см, BRAF мутація (10%) - pT3, мінімальна екстратиреоїдна інвазія (3-8%) |
| <p>Низький ризик: інтратиреоїдний диференційований рак ЩЗ, ≤5 уражених лімфатичних вузлів розміром <0,2 см</p> | <ul style="list-style-type: none"> - pN1, всі лімфовузли <0,2 см (5%) - pN1, <5 уражених лімфовузлів (5%) - Інтратиреоїдний папілярний рак, 2-4 см (5%) - Мультифокальна папілярна мікрокарцинома (4-6%) - pN1, без екстранодальної інвазії, ≤3 уражених лімфовузлів (2%) - Фолікулярний рак з мінімальною інвазією (2-3%) - Папілярний інтратиреоїдний рак, <4 см, BRAF wild type (1-2%) - Інтратиреоїдна уніфокальна папілярна мікрокарцинома, BRAF мутація (1-2%) - Інтратиреоїдний інкапсульований фолікулярний варіант папілярного раку (1-2%) - Уніфокальна папілярна мікрокарцинома (1-2%) |

Рис. 4. Клініко-морфологічна класифікація ризику рецидивів (вказаний у відсотках) ДРЩЗ з урахуванням додаткових критеріїв (за рекомендаціями АТА 2009 із доповненнями АТА 2015 року), коли після початкового лікування структурні пухлинні осередки не визначаються.

Характеристики випадків диференційованого раку щитоподібної залози за критеріями ATA з оцінки ризику рецидивів та стадіювання за AJCC/TNM класифікацією, що можуть впливати на показання до призначення лікування радіоактивним йодом після операції

| ATA група ризику рецидиву Стадія | Опис | Існування доказової бази, що свідчить на користь покращення хворобоспецифічного виживання завдяки застосуванню ¹³¹ I-абляції | Існування доказової бази, що свідчить на користь покращення вільного від хвороби виживання завдяки застосуванню ¹³¹ I-абляції | Чи показано застосування після операції ¹³¹ I-абляції? |
|--|--|---|--|--|
| ATA низький ризик T1a <i>N0, Nх</i> <i>M0, Mх</i> | Розмір пухлини ≤1 см (уніфокальна або багатофокусна) | Ні | Ні | Ні |
| ATA низький ризик T1b, T2 <i>N0, Nх</i> <i>M0, Mх</i> | Пухлина 1–4 см | Ні | Суперечливі дані спостереження | Загалом – ні. Можна розглядати для випадків з агресивною гістологією або судинною інвазією (ATA проміжний ризик). |
| ATA низький - проміжний ризик T3 <i>N0, Nх</i> <i>M0, Mх</i> | Пухлина >4 см | Суперечливі дані | Суперечливі дані спостереження | Необхідно враховувати наявність інших негативних чинників. Можливо, доцільно для пацієнтів похилого віку. |
| ATA низький - проміжний ризик T3 <i>N0, Nх</i> <i>M0, Mх</i> | Мікроскопічна екстратиреоїдна інвазія в пухлині будь-якого розміру | Ні | Суперечливі дані спостереження | Загалом надається перевага застосуванню з погляду на зменшення ризику рецидивів. Для невеликих пухлин, можливо, недоцільно. |
| ATA низький - проміжний ризик T1-3 <i>N1a</i> <i>M0, Mх</i> | Метастази до лімфовузлів центрального компартменту (VI група) | Загалом – ні, за виключенням пацієнтів віком ≥45 років | Суперечливі дані спостереження | Загалом надається перевага застосуванню. Водночас недостатньо даних для виправдання застосування за наявних <5 мікроскопічних метастазів, за відсутності інших несприятливих факторів. |
| ATA низький - проміжний ризик T1-3 <i>N1b</i> <i>M0, Mх</i> | Наявність метастазів у латеральних або медіастинальних лімфовузлах ший | Загалом – ні, за виключенням пацієнтів віком ≥45 років | Суперечливі дані спостереження | Загалом надається перевага застосуванню з погляду на зниження частоти рецидивів та персистенції. Насамперед, за великої кількості макроскопічних або клінічних метастазів, екстранодальної інвазії, при похилому віці. |
| ATA високий ризик T4 <i>Будь-який N</i> <i>Будь-який M</i> | Будь-який розмір за наявної макроскопічної екстратиреоїдної інвазії | Так | Так | Так |
| ATA високий ризик M1 <i>Будь-який T</i> <i>Будь-який N</i> | Віддалені метастази | Так | Так | Так |

Дата надходження до редакції 10.02.2016 р.