



Kilpirauhassairaudet

Mikä on kilpirauhanen?

Kilpirauhanen on noin 25 grammaa painava, perhosen muotoinen rauhanen, joka sijaitsee kaulalla kurkunpään alapuolella. Se valmistaa, varastoi ja vapauttaa verenkiertoon kilpirauhashormoneja, jotka säätelävät koko elimistön aineenvaihduntaa ja elintoimintoja. Kilpirauhanen vaikuttaa aivojen toimintaa, kasvuun, yleiseen vireystasoon, sydämen sykkeeseen, lämmön tuottoon, kolesterolipitoisuuksiin, painoon, lihasvoimaan, muistiin, suolen toimintaan, hiusten hyvinvointiin ja koko elimistön toimintaan.

Kilpirauhassairauksista

Yleisimmät kilpirauhasen toimintahäiriöt ovat vajaatoiminta eli hypotyreoosi ja liikatoiminta eli hypertyreoosi. Kilpirauhasen syöpätaudit ovat melko harvinaisia, vuosittain löytyy noin 380 uutta tapausta. Kilpirauhasen kliinisesti havaituista kyhmyistä ainoastaan noin 5 % on syöpää. Myös lapsilla ja nuorilla voi esiintyä kilpirauhasen toimintahäiriöitä, vaikka ne ovatkin suhteellisen harvinaisia. Synnynnäistä vajaatoimintaa esiintyy yhdellä lapsella 3 500 syntyvää lasta kohden.

Kilpirauhasen syöpätaudit

Kilpirauhasen kliinisesti havaituista kyhmyistä ainoastaan n. 5 % on syöpää. Sattumalta todetuissa pienissä kyhmyissä (<1 cm) syöpäriski on vielä tätäkin pienempi. Suomessa diagnosoidaan vuosittain n. 380 kilpirauhassyöpää. Kilpirauhassyöpä on naisilla 3-4 kertaa yleisempi kuin miehillä. Syöpäriski on suurentunut nuorilla – (< 20v) ja iäkkäillä kyhmypotilailla (>60v). Miehen kyhmyyn syöpäriski on hivenen suurempi kuin naisen kyhmyissä.

Oireet ja löydökset

Tavallisin kilpirauhassyövän löydös on kaulalla tunnettava kyhmy. Joskus kaulakyhmyyn tunnustelussa voi tuntua kipua ja aristusta, mutta useimmiten tällainen kyhmy ei aiheuta tuntemuksia. Kaulalla todettu ja tunnustelussa havaittava kyhmy on aina tutkittava. Kilpirauhassyöpä voi aiheuttaa kaulalle imusolmukkeiden suurentumia. Kaulan rakenteisiin levinnyt syöpä voi aiheuttaa äänen käheyttä tai nielemishäiriöitä. Näillä oireilla saattaa kuitenkin olla myös muita syitä.

Toteaminen

Ultraäänitutkimus

Yleensä lääkärit eivät suosittele kilpirauhasen ultraäänitutkimuksia, mikäli kaulalla ei ole lääkärin toteamia löydöksiä. Kaikukuvaus antaa käsityksen kyhmyyn rakenteesta; onko kyseessä nesterakkula (kysta) vai kiinteä kyhmy. Kaikukuvaus ei erota hyvänlaatuisista kyhmyä pahanlaatuisesta kasvaimesta. Kaikukuvaus voi antaa vihjeen kyhmyyn hyvän- tai pahanlaatuisuuden suuntaan, mutta lopullisen diagnoosin tekeminen edellyttää solunäytettä kilpirauhasesta.

Ohutneulanäyte

Kilpirauhasesta otettu imusolunäyte ohuen neulan avulla on keskeisin diagnostinen tutkimus kilpirauhasen kyhmyistä. Ohutneulanäytteen arvioiminen edellyttää kokeneen patologin arvion. Näytteenotto on lähes kivuton pistos. Ohutneulanäytteen ottokohdan arvioinnissa ultraäänitutkimus on usein hyödyksi. Ohutneulanäyte on yleensä luotettava tutkimus kilpirauhasen papillaarisessa ja medullaarisessa syöpämuodoissa. Kilpirauhasen follaikulaarisissa kasvaimissa erotusdiagnoosiikka hyvän-



ja pahanlaatuisuuden välillä ei yleensä selviä ohutneulatutkimuksella yksinään, ja siksi potilaalta yleensä otetaan tämän lisäksi suurempi koepala kilpirauhasesta, ja usein samalla poistetaan se kilpirauhaslohko, jossa kyhmy on sijainnut.

Leikkaus

Mikäli ohutneulanäytteen soluluokka on LIII -LV ja viittaa siten syövän mahdollisuuteen, potilaalle tehdään kyhmy poisto. Jos ohutneulanäytteessä kyhmy rakenne on, follikulaarinen ja löydöstä on vaikea erottaa hyvänlaatuisesta kyhmystä, harkitaan kyhmy poistoa leikkauksella. Leikkauksissa hyvänlaatuisten struumakyhmyjen poiston yhteydessä todetaan usein struumakyhmy ympärillä muussa kilpirauhaskudoksessa sattumalöydöksenä mikroskooppinen (< 5-8 mm) papillaarinen syöpä, jonka ennuste on hyvä. Laboratoriotutkimuksista ei kilpirauhasyövän diagnostiikassa ole yleensä apua.

Kilpirauhasyövän synty

Altistus radioaktiiviselle jodille

Tšernobylin ydinvoimalaonnettomuuden yhteydessä ilmaan räjähtäneen radioaktiivisen jodin johdosta lähialueilla todettiin kilpirauhasyöpätapauksien merkittävää lisääntymistä. Tätä tapahtui varsinkin lapsilla, jotka onnettomuuden aikaan olivat 0-4 vuotiaita.

Sädetys

Kaulan alueelle kohdistunut sädetys lisää kilpirauhasyövän synnyn riskiä. Jos tällaista sädehoitoa on joskus annettu, on hyvä ajoittain tunnustella kilpirauhanen. Kilpirauhasen liikatoiminnan hoidoksi annettu radiojodihoito ei lisää syövän vaaraa. Sädetyksen syöpää kehittäväällä vaikutuksella lienee kynnysarvo. Kun se ylitetään, sädetys vähentää syövän vaaraa.

Kilpirauhasen syöpämuodot

Papillaarinen

Papillaarinen syöpä on Suomessa tavallisin muoto. Se on yleisempi nuorilla ihmisillä, erityisesti naisilla. Pääasiassa tämän syöpämuodon todettiin lisääntyneen varsinkin lapsilla Tšernobylin lähialueilla ydinvoimalakatastrofin jälkeen. Papillaarinen kilpirauhasyöpä kehittyy kilpirauhasoluista. Se käyttäytyy suhteellisen hyvänlaatuisesti ja kasvaa hitaasti. Leviäminen tapahtuu imuteitse ja kaulan imusolmukemetastaasit voivat usein olla varhainen löydös. Papillaarinen kilpirauhasyöpä löydetään joskus piilevässä mikroskooppisessa muodossa muista syistä tapahtuneen kilpirauhasleikkaustoimenpiteen yhteydessä. Ennuste on hyvä, yli 97 %:a potilaista on elossa kymmenen vuoden kuluttua taudin toteamisesta. Etäpesäkkeet kaulan imusolmukkeisiin eivät huononna ainakaan nuorien potilaiden ennustetta. Mahdollisimman täydellinen kilpirauhasen poistoleikkaus vähentää syövän uusiutumista kaikilla potilailla.

Follikulaarinen

Follikulaarinen syöpä kehittyy sekin kilpirauhasoluista. Se muistuttaa mikroskooppiselta rakenteeltaan normaalia kilpirauhaskudosta ja voi olla vaikea diagnosoida pelkästään ohutneulanäytteestä. Follikulaarinen syöpä voi kasvaa verisuoniin ja lähettää etäpesäkkeitä keuhkoihin ja luustoon. Tämä syöpätyyppi on toiseksi tavallisin kilpirauhasyöpämuoto ja sen osuus on viime vuosina vähentynyt Suomessa. Tapauksia on eniten 40–60 vuotiaiden ryhmässä. Follikulaarisessa syövässä etäpesäkkeiden esiintymisen prosentti on n. 75 % 20 vuoden kuluttua.

Medullaarinen

Medullaarinen kilpirauhassyöpä on lähtöisin kilpirauhasrakkuloiden välissä sijaitsevista ns. C-soluista, jotka tuottavat kalsitoniinia. Medullaarinen syöpä voi joskus periytyä suvuittain. Suomessa perinnöllinen muoto ei ole yleinen. Joskus se on osa monikasvainoireyhtymää eli MEN-syndroomaa, johon liittyy lisäksi lisäkilpirauhasten ja lisämunuaisten ydinkerroksen kasvaimia. Yksittäinen medullaarinen syöpä löytyy useimmiten yli 40-vuotiailta. Periytyvä muoto voi löytyä jo lapsena. Medullaarinen syöpä leviää yleensä imuteitse kaulan imusolmukkeisiin mutta myös keuhkoihin ja maksaan.

Anaplastinen

Anaplastisessa syövässä solut ovat erilaistumattomia. Tämä syöpätyyppi on nopeasti kasvava. Potilaat ovat yleensä iäkkäitä.

Lymfooma

Lymfooma voi esiintyä paitsi muissa elimissä myös kilpirauhasessa. Potilaat, joilla on lymfooma kilpirauhasessa ovat yleisimmin naisia. Keski-ikä on noin 60 vuotta. Usein esiintyy samanaikaisesti krooninen autoimmunityreoidiitti. Eloönjäämisprosentti on viiden vuoden kuluttua n. 70 %.

Kilpirauhassyövän hoito

PAPILLAARINEN JA FOLLIKULAARINEN SYÖPÄ

Leikkaus

Kilpirauhanen pyritään poistamaan leikkauksessa mahdollisimman täydellisesti ja myös sairaat imusolmukkeet poistetaan. Jos kyseessä on piilevä papillaarinen syöpä eli muutaman millimetrin kokoinen kyhmy, joka on sattumalöydös hyvänlaatuisen kilpirauhas sairauden leikkaushoidon yhteydessä, kyhmy ja sitä ympäröivän kilpirauhasen lohkon poisto on riittävä toimenpide.

Radiojodihoito

Papillaarista ja follikulaarista syöpää sairastavilta potilailta pyritään tuhoamaan leikkauksen jälkeen jäljelle jäänyt terve kilpirauhas kudokseksi antamalla radiojodihoitoa. Radiojodihoito vähentää taudin uusiutumista ja helpottaa taudin myöhempää seuranta.

Leikkauksen jälkeen potilas on ilman tyroksiinia. 4-5 viikon kuluttua leikkauksesta suoritetaan koko kehon isotooppikuvaus radioaktiivisella jodilla. Jos kuvauksessa todetaan kertymä, potilaalle annetaan radiojodihoitoa 60–100 mCi:n annoksella. Hoidon tulos tarkistetaan noin 3 kuukauden kuluttua uudella isotooppitutkimuksella. Jos tässä nähdään kertymää, radiojodihoito uusitaan 6-12 kuukauden välein niin monta kertaa, että kertymä häviää. Enimmäisannos yhteensä on n.1000 mCi.

Tyroksiinihoito

Radiojodihoidon jälkeen potilaalle annetaan kilpirauhashormonia, tyroksiinia. Elimistölle korvataan ensinnäkin kilpirauhasen poiston jälkeen puuttuva kilpirauhashormoni, mutta kilpirauhassyövän hoidossa pyritään tämän lisäksi sammuttamaan aivolisäkkeen tyreotropiinin (TSH) erittymistä. TSH on kilpirauhasen ja myös sen syövän kasvua stimuloiva tekijä. Riittävän suuri annos tyroksiinia estää TSH:n erityksen. Sen takia potilaalle annetaan syövän hoidossa suurempaa tyroksiiniannosta kuin pelkässä kilpirauhasen vajaatoiminnan korvaushoidossa olisi tarpeen.

Annos on täten usein 150-250 µg/pv. Sydänsairailta potilailta käytetään pienempiä annoksia. Pienempi annos on usein aiheellista, jos potilaalla esiintyy liikatoiminnan oireita kuten sydäntykytystä tai liiallista hikoilua.

PIILEVÄ ELI OKULTTI PAPILLAARINEN SYÖPÄ

Sairastuneen kyhmyin ja sitä vastaavan lohkon kirurginen poisto riittää hoidoksi.

MEDULLAARINEN SYÖPÄ

Kilpirauhasen medullaarisen syövän hoidossa pyritään täydelliseen kilpirauhasen poistoon. Medullaarisen syövän hoidossa ei anneta radiojodia. TSH ei stimuloi medullaarisen syövän solujen kasvua, siksi tyroksiiniannos voi olla pienempi kuin papillaarisen ja follikulaarisen syövän hoidossa. Tyroksiinihoidon tavoite on leikkauksen jälkeisen kilpirauhasen vajaatoiminnan riittävä korvaus. Leikkauksen yhteydessä todetut kaulan alueen imusolmukkeissa olevat etäpesäkkeet pyritään poistamaan. Medullaarisen syövän edenneessä vaiheessa voidaan harkita myös kaulan alueen ulkoista sädehoitoa ja solusalpaajia. Jos potilaalla epäillään perinnöllistä syövän muotoa, myös hänen niitä lähisukulaisia tutkitaan, jotka ovat kiinnostuneita ennakoivasta diagnostiikasta. Jos sukulaisten riskiä sairastua medullaariseen syöpään pidetään suurena, on mahdollista ennaltaehkäisyä suorittaa hänelle kilpirauhasen poistoleikkaus.

ANAPLASTINEN SYÖPÄ

Leikkausta, sädehoitoa ja solusalpaajahoidoa tarvitaan yleensä anaplastisen syövän hoidossa. Taudin ennuste on kuitenkin huono.

Kilpirauhasesyövän seuranta

Papillaarisen ja follikulaarisen syövän seuranta

Hoitotoimenpiteiden jälkeinen seuranta tapahtuu alkuun 3-6 kk välein ensimmäisen vuoden aikana. Sen jälkeen seuranta tehdään vuosittain keskussairaalan poliklinikalla. Myöhemmin tapauksesta riippuen seuranta siirtyy terveyskeskuksiin 5-8 v kuluttua taudin toteamisesta. Kaulan huolellinen tunnustelu on keskeinen seurantamenetelmä. Potilaan seurannassa käytetään myös laboratoriotutkimuksia. Kilpirauhasen toimintaa arvioidaan (S-T4v, S-TSH) ja kilpirauhasesyövän merkkiaine (seerumin tyreoglobuliini, S-Tygl) tutkitaan. Hyvässä hoitotasapainossa S-T4v on viitearvojen yläosissa, S-TSH on alle 0.1 mU/L ja S-Tygl pitoisuus on matala, alle mittausherkkyyden. Kaulan ultraäänitutkimus on myös hyödyllinen seurantamenetelmä. Keuhkokuva otetaan myös usein seurannassa, erityisesti, jos S-Tygl on koholla. S-Tygl arvon nousu vaatii usein lisätutkimuksia, mm. tyroksiinihoidon keskeytyksiä, uusia radiojoditutkimuksia ja muita kuvantamistutkimuksia.

Piilevän papillaarisen syövän seuranta

Vuosittainen kaulan tunnustelu on usein riittävä seurantamenetelmä.

Medullaarisen syövän seuranta

Medullaarisen syövän seuranta on keskitetty yliopistollisten ja suurempien keskussairaaloitten poliklinikoille. Hoidon seurannassa käytetään kasvainmerkkiaineiden tutkimista verinäytteistä (seerumin kalsitoniini ja seerumin karsinoembryonaalinen antigeeni (CEA)) sekä erilaisia kuvantamistutkimuksia.

Asiasisällön on tarkastanut maaliskuussa 2017 LKT, sisätautiopin dosentti Esa Soppi.

Lapin Kilpirauhasyhdistys ry – 15 vuotta potilasjärjestötyötä Lapissa



Lapin Kilpirauhasyhdistys on toiminut kohta 15 vuotta aktiivisten vapaaehtoisten voimin lisäten kilpirauhaspotilaiden ja heidän läheisten tietoutta sairaudesta ja hyvinvoinnin tärkeydestä sekä edistämällä kilpirauhaspotilaiden tutkimusta, hoitoa ja sosiaaliturvaa. Yhdistys on järjestänyt vertaistukitoimintaa kuudella Lapin paikkakunnalla (Rovaniemi, Kemi, Tornio, Kemijärvi, Salla ja Sodankylä). Syksyn 2018 aikana pyrimme laajentamaan vertaistukitoimintaa myös muihin Lapin alueen kuntiin. Järjestämme jäsenillemme myös erilaisia virkistystä ja muuta hyvinvointia tukevaa toimintaa.

Liittymällä Lapin Kilpirauhasyhdistyksen jäseneksi saat samalla myös kaikki Suomen Kilpirauhasliiton jäsenedut. Jäsenmaksu vuonna 2018 on 23€. Jäsenmaksu maksetaan kalenterivuosittain. Jäsenenä olet tuomassa painoarvoa Kilpirauhasliiton edunvalvonta- ja vaikuttamistyölle. Mitä suurempaa joukkoa edustamme, sitä vahvemmin pystymme vaikuttamaan.

Sosiaali- ja Terveysministeriö (STEA) on myöntänyt Lapin Kilpirauhasyhdistykselle ansiokkaan pohjatyön seurauksena rahoituksen ”KERRO JA KUUNTELE” -projektille, vuosille 2017-2019. Projektirahoitus mahdollistaa Lapin Kilpirauhasyhdistyksen toiminnan tehostamisen ja tiedonvälityksen lisäämisen. STEA:n tuen avulla saamme järjestettyä enemmän asiantuntijatietoa ja vertaistukitoimintaa kilpirauhasairaille ja heidän läheisilleen. Pystymme paremmin viemään kokemustietoa kilpirauhasairauksista alueemme terveydenhuoltoon, oppilaitoksiin ja alueemme väestölle, niin, että tietoisuus kilpirauhasairauksista, niiden oireista ja hoidosta lisääntyy.



Haluatko tietää enemmän yhdistyksen toiminnasta?

Oletko kiinnostunut vapaaehtoistehtävistä Lapin Kilpirauhasyhdistyksessä?

Haluatko, että paikkakunnallasi on vertaistukitoimintaa?

Lue lisää: www.lapinkilpi.com

Kilpirauhasliiton tukipuhelin:

050 400 6800

torstaisin klo 18-21
(suljettu heinäkuussa ja arkipyhinä)

Kilpirauhasliiton
neuvontapuhelin:

044 788 8899

tiistaisin klo 18-20
keskiviikkoisin klo 11-13
Puheluihin vastaa liiton
työntekijä.

Kysymyksiä voi lähettää myös
sähköpostilla, osoitteella:

neuvonta@kilpirauhasliitto.fi

