



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 säätelevät 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 hyvänlaatuista 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 follikulaarisissa kasvaimissa erotusdiagnoosi 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 kyhmyn poisto. Jos ohutneulanäytteessä kyhmyn rakenne on, follikulaarinen ja löydöstä on vaikea erottaa hyvänlaatuisesta kyhmystä, harkitaan kyhmyn poistoa leikkauksella. Leikkauksissa hyvänlaatuisten struumakyhmyjen poiston yhteydessä todetaan usein struumakyhmyyn ympärillä muussa kilpirauhaskudoksessa sattumalöydöksenä mikroskooppinen (< 5-8 mm) papillaarinen syöpä, jonka ennuste on hyvä. Laboratoriotutkimuksista ei kilpirauhassyövän diagnostiikassa ole yleensä apua.

Kilpirauhassyövän synty

Altistus radioaktiiviselle jodille

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

Sädetys

Kaulan alueelle kohdistunut sädetys lisää kilpirauhassyövän synnyn riskiä. Jos tällaista sädehoitoa on joskus annettu, on hyvä ajoittain tunnistella 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 kilpirauhassyöpä kehittyy kilpirauhassoluista. Se käyttäytyy suhteellisen hyvänlaatuisesti ja kasvaa hitaasti. Leviäminen tapahtuu imuteitse ja kaulan imusolmukemetastaasit voivat usein olla varhainen löydös. Papillaarinen kilpirauhassyöpä 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 sekini kilpirauhassoluista. 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 kilpirauhassyöpämuoto ja sen osuus on viime vuosina vähentynyt Suomessa. Tapauksia on eniten 40–60 vuotiaiden ryhmässä. Follikulaarisessa syövässä eloonjäämisprosentti 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 lisäkilpirauhasen 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. Eloonjäämisprosentti 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 kilpirauhassairauden 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 kilpirauhaskudos antamalla radiojodihoitoa. Radiojodihoito vähentää taudin uusiutumista ja helpottaa taudin myöhempää seurantaa.

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 μ g/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 kyhmyn 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 sukulaisen riskiä sairastua medullaariseen syöpään pidetään suurena, on mahdollista ennaltaehkäisynä suorittaa hänelle kilpirauhasen poistoleikkaus.

ANAPLASTINEN SYÖPÄ

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

Kilpirauhassyövän 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 kilpirauhassyövän 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 arvonnousu 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



Suomen Kilpirauhasliitto ry
Vilhonkatu 4 B, 00100 Helsinki
p. 09 8684 6550
toimisto(at)kilpirauhasliitto.fi

Kilpirauhassairaudet

Kilpirauhasen syöpätaudit

Medullaarisen syövän seuranta on keskitetty yliopistollisten ja suurempien keskussairaaloiden 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.