



KILPIRAUHASSEN SYÖPÄ

Kilpirauhanen sijaitsee kaulan alaosassa, painaa normaalisti noin 20 grammaa ja siinä on kaksi lohkoa ja näitä yhdistävä kannas. Kilpirauhanen tuottaa kilpirauhashormonia eli tyrokseeniä, joka säätää elimistön aineenvaihdunnan kierrokset oikealle tasolle. Kilpirauhasessa tavataan sekä hyvän- että pahanlaatuisia kasvaimia. Jälkimmäisten osuus on vain noin 5 % kaikista kilpirauhaskasvaimista. Useimmat pahanlaatuiseksi luokitellut kilpirauhaskasvaimet käyttäytyvät kuitenkin varsin hyvänlaatuisesti eivätkä lyhennä sairastajansa elinikää. Kilpirauhassyövän hoidossa käytetään kirurgiaa, radiojodihoitoa, joskus ulkoista sädehoitoa ja lääkehoitoa.

KILPIRAUHASSYÖVÄN YLEISYYS JA SYÖPÄMUODOT

Suomessa todetaan vuosittain noin 400 kilpirauhassyöpää. Kilpirauhasen syöpä on naisilla 2–4 kertaa niin tavallinen kuin miehillä. Tavallisimmat kilpirauhassyöpämuodot ovat ns. papillaarinen ja follikulaarinen syöpä ja näitä selvästi harvinaisempi medullaarinen kilpirauhassyöpä. Yhdessä nämä kolme syöpämuotoa kattavat noin 95 % kaikista pahanlaatuisista kilpirauhaskasvaimista.

Papillaarinen syöpä on tavallisin kilpirauhasen pahanlaatuinen kasvain. Papillaarinen syöpä leviää pääasiassa imuteitse. Tämän takia kaulan imusolmukemetastaasit ovat tavallinen ja varhainen löydös.

Follikulaarinen syöpä voi kasvaa verisuoniin ja lähettää etäpesäkkeitä mm. keuhkoihin ja luustoon.

Medullaarinen syöpä on lähtöisin kilpirauhasen kalsitoniinia tuottavista soluista. Se on joskus perinnöllinen ja voi liittyä ns.

MEN2-oireyhtymään. Medullaarinen syöpä leviää imuteitse ennen muuta kaulan alueelle, mutta se voi leviää myös keuhkoihin ja maksaan.

KILPIRAUHASSYÖVÄN SYNTY

Kilpirauhassyövän syyt ja synty tunnetaan huonosti. Kilpirauhassyövän lisääntymistä on havaittu mm. ydinkatastrofien sekä hyvänlaatuisen sairautteen annetun ulkoisen sädehoidon jälkeen. Suomessa Tsernobylin onnettomuus ei ole vaikuttanut kilpirauhassyövän ilmaantuvuuteen. Joditableteihin suojataan kilpirauhasta radioaktiivisen laskeuman uhatessa. Kilpirauhasen liikatoiminnan hoidoksi annettu radiojodihoito ei lisää kilpirauhassyövän vaaraa. Papillaarinen kilpirauhassyöpä on tasaisesti lisääntynyt, mikä osin selittyy diagnostisen tutkimusten, kuten kaulan ultraäänitutkimuksen, käytön lisääntymisellä ja tarkentumisella.

KILPIRAUHASSYÖVÄN OIREET

Kyhmy kaulalla on kilpirauhassyövän tavallisin oire. Kyhmy on tällöin tavallisesti kova. Yleisimmissä syöpätyypeissä kyhmy kasvu on hidasta. Potilas voi tuntea kyhmyssä kipua ja kaulan tunnustelussa se voi aristaa. Useimmiten kyhmy ei kuitenkaan aiheuta mitään paikallistuntemuksia.

KILPIRAUHASSYÖVÄN TOTEAMINEN

Perustutkimus on kilpirauhasen ultraäänitutkimus yhdistettynä ohutneulanäytteen ottoon. Pelkkä ultraäänitutkimus ei erota hyvänlaatuisesta pahanlaatuisesta kasvaimesta. Kaikurakenne voi kuitenkin antaa vihjeen hyvän- tai pahanlaatuisuuden suuntaan. Ohutneulanäytteen luotettavuus on hyvä papillaarisessa ja medullaarisessa syövässä, mutta follikulaarisessa syövässä ongelmana on syövän erottaminen hyvänlaatuisesta follikulaarisesta kasvaimesta (adenoomasta). Niinpä follikulaarisen kasvaimen epäilyssä kyhmy on syytä leikkauksessa poistaa. Laboratoriotutkimuksista ei kilpirauhassyövän diagnostiikassa ole juurikaan apua, mutta niitä tarvitaan sairauden seurannassa.

KILPIRAUHASSYÖVÄN HOITO

Kilpirauhasen täydellinen poistoleikkaus on hoidon perusta. Leikkauksen yhteydessä poistetaan kaulan alueen sairaat imusolmukkeet. Kilpirauhasen poiston jälkeen aloitetaan pysyvä tyroksiinikorvaushoito.

Papillaarinen ja follikulaarinen syöpä. Papillaarista ja follikulaarista syöpää sairastaville annetaan yleensä radiojodihoito 4–5 viikon kuluttua leikkauksesta. Hyvän ennusteen kasvaimia voidaan myös hoitaa pelkällä leikkaushoidolla. Radiojodihoito hävittää jäljelle jääneen kilpirauhaskudoksen ja helpottaa sairauden myöhempää seu-

rantaa. Etenkin levinneessä taudissa radiojodihoito vähentää uusintoja ja parantaa elinennustetta. Hoito on turvallista, kun kokonaisaktiiviteetti jää alle 33 GBq (900 mCi). Tavanomainen kertahoito on 1.1 GBq (30 mCi). Radiojodin ottoa kilpirauhaseen lisätään juuri ennen hoitoa pistettävän Thyrogen-valmisteen avulla. Vaihtoehtoisesti potilas on ilman tyroksiinihoitoa, kunnes radiojodihoito on annettu. Hoitotulos arvioidaan 6–8 kuukauden kuluttua radiojodikartoituksella ja verinäytteenä mitattavan tyreoglobuliiniarvon perusteella. Tarvittaessa radiojodihoito uusitaan. Radiojodihoidon jälkeen on syytä pidättäytyä raskaudesta yhden vuoden tai lapsen siittämistä kuuden kuukauden ajan. Ulkoista sädehoitoa harkitaan, jos kaulalla on kasvainkudosta, joka kerää huonosti radiojodia. Sitä annetaan myös luuston etäpesäkkeisiin.

Lääkäri räätälöi **tyroksiinihoidon** yksilöllisesti. Jos kaikki kasvainkudos on saatu pois ja potilas kuuluu hyvän ennusteen ryhmään, käytetään tyroksiiniannosta, joka pitää TSH-arvon tasolla noin 1 mU/l. Jos potilas kuuluu suuren riskin ryhmään, tai kasvainkudosta on jäljellä tai sitä epäillään olevan jäljellä, käytetään isompaa tyroksiiniannosta. TSH-arvoa pyritään tällöin pitämään tasolla 0.05 – 0.1 mU/l. Annosta pienennetään, jos se aiheuttaa sydämen tykytystä ja hikoilua.

Sattumalta todettu papillaarinen mikro-syöpä. Tällä tarkoitetaan pieniä alle senttimetrin läpimittaisia kasvaimia, jotka on todettu sattumalöydöksenä hyvänlaatuisen kilpirauhas sairauden leikkaushoidon yhteydessä. Kilpirauhaslohkon poisto on riittävä toimenpide. Radiojodihoitoa ei anneta. Tyroksiinihoito tulee kysymykseen, mikäli verikokeissa nähdään kilpirauhasen vajaatoiminnan merkkejä (suurentunut seerumin TSH-pitoisuus).

Medullaarinen syöpä. Leikkauksen jälkeen ei tässä kasvaintyyppissä anneta radiojodihoitoa, koska siitä ei ole hyötyä. Käytetään tavanomaisia tyroksiiniannoksia. Sairaus leviää usein kaulan alueen imusolmukkeisiin, joita joudutaan leikkauksella poistamaan. Toistuvasti kaulaetäpesäkkeitä aiheuttavassa sairaudessa harkitaan kaulan alueen ulkoista sädehoitoa. Kaulan ulkopuolelle levinneessä sairaudessa voidaan käyttää somatostatiinianalogihoitoa, varsinkin, jos potilaalla esiintyy ripulioiretta. Sitä annostellaan lihaksensisäisinä pistoksina kerran kuukaudessa. Laajalle levinneessä sairaudessa voidaan harkita tyrosiinikinaasi inhibiittori- tai solunsalpaajahoitoja.

Sairauteen joskus liittyvien lisäkilpirauhas- ja lisämunuaiskasvaimien mahdollisuuden vuoksi suoritetaan veri- ja virtsakokeita ja tarvittaessa kuvantamistutkimuksia. Koska sairaus voi joskus olla periytyvä (MEN2-oireyhtymä, perheellinen medullaarinen kilpirauhassyöpä), potilaalta otetaan verinäyte geenitutkimusta varten. Mikäli tulos on normaali, sukulaisten tutkimista ei tarvita. Jos tutkimus osoittaa periytyvää tautimuotoa, myös sairastuneen lähisukulaiset tutkitaan. Sukututkimuksen hyötynä on että sairaus voidaan paljastaa ja hoitaa kilpirauhasen poistoleikkauksella varhaisvaiheessa, mahdollisesti jo syöpää edeltävässä hyvänlaatuisessa esivaiheessa. Tällaisen varhaishoidon tulokset ovat hyvät.

KILPIRAUHASSYÖVÄN SEURANTA

Papillaarisen ja follikulaarisen syövän seurannassa ensimmäiset kontrollitutkimukset suoritetaan noin 6 kuukauden kuluttua ensihoidosta. Jos asiat ovat järjestyksessä, kontrollit jatkuvat vuoden välein. Kontrollin yhteydessä kaulaa tunnustellaan ja tehdään ultraäänitutkimus (1)-2 vuoden välein. Verinäytteestä määritetään tyreoglobuliini (kasvainmerkkiaine) sekä kilpirauhasarvot. Jos ensihoidon aikana kaikki kilpirauhaskudos on poistettu, tyreoglobuliini

tulee olla mittaamattomissa. Jos radiojodihoitoa ei ole annettu, tyreoglobuliini saattaa olla juuri ja juuri mitattavissa. Jos tyreoglobuliini seurannan aikana tulee mitattavaksi tai suurenee aikaisemmasta, on syytä epäillä kasvaimen uusiutumista. Tällöin tautia etsitään kaulan ultraäänitutkimuksella ja epäilyttävästä kohdasta otetaan ohutneulanäyte. Mahdolliset imusolmukemetastaasit leikataan. Tarvittaessa tautia etsitään Thyrogen-esihoidon jälkeisellä tyreoglobuliinimittauksella ja radiojodikartoituksella. Radiojodikartoituksia suoritetaan jos sairaus on laajalle levinnyt ja harkitaan jos tyreoglobuliinimääritykset eivät ole teknisistä syistä luotettavia.

Seuranta erikoissairaanhoidossa on 5-10 vuotta potilaan ennusteesta riippuen. Tautivapaat hyvän ennusteen potilaat siirtyvät perusterveydenhuollon seurantaan. Viimeistään tässä vaiheessa tyroksiiniannosta pienennetään sopivasti.

Sattumalta todetun papillaarisen mikroosyövän seurannassa kontrollitutkimuksia tehdään aluksi yhden, myöhemmin kahden vuoden välein tai harvemmin. Kaulan tunnustelu on keskeisin tutkimus. Verinäytteestä mitattavan tyreoglobuliinipitoisuuden tulee pysyä leikkauksen jälkeisellä tasolla. Mikäli TSH-pitoisuus on suurentunut, aloitetaan tyroksiinihoito TSH:n saattamiseksi viitealueelle.

Medullaarisessa kilpirauhassyövässä seurataan kalsitoniini ja CEA (karsinoembryonaalinen antigeeni) -arvoja. Hyvän ennusteen taudissa merkkiaineet pysyvät leikkauksen jälkeen mittaamattoman matalina tai lievästi suurentunut arvo pysyy seurannassa samalla tasolla. Kaulaa tunnustellaan ja tutkitaan ultraäänitutkimuksella. Kalsitoniinin lähteenä olevaa piilevää kasvainkudosta voidaan myös etsiä tietokonetutkimuksella ja erilaisilla kartoitustutkimuksilla.

KILPIRAUHASSYÖVÄN ENNUSTE

Kilpirauhassyövän ennuste riippuu sen tyy-
pistä, levinneisyydestä ja potilaan iästä.
Kulultaan suotuisin on **papillaarinen syöpä**.
Kaulaimusolmukkeiden sairastuminen ei
huononna ainakaan nuorien potilaiden
ennustetta. **Folikulaarisessa syövässä** etä-
pesäkkeet huonontavat ennustetta. Mah-
dollisimman täydellinen kilpirauhasen pois-
toleikkaus ja radiojodihoito vähentävät uu-
siutumista ja parantavat etenkin aggressii-
visten kasvainten ennustetta.

Perinnöllisessä **medullaarisessa kilpirau-
hassyövässä** ennuste on parempi kuin yk-
sittäin esiintyvässä. Tämä voi kuitenkin joh-
tua vain perinnöllisen tautimuodon varhai-
semmasta toteamisesta. Päinvastoin kuin
papillaarisessa tautimuodossa kaulan-
imusolmukemetastaasit huonontavat en-
nustetta medullaarisessa syövässä.

HYKS:n Meilahden sairaalan 500 ensihoi-
don jälkeen parantuneeksi katsotun papil-
laarista ja follikulaarista syöpää sairasta-
neen potilaan 16 vuoden seurantatutki-
muksessa 10.3 % koki paikallisen sairauden
uusiutuman; yksi potilas kuoli kilpirauhas-
syöpään. Amerikkalaisessa nk SEER-aineis-
tossa viiden vuoden elossaololuvut olivat
papillaarisessa syövässä 98 %, follikulaari-
sessa 90 % ja medullaarisessa 86 %.