

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Ελένη Δανά

Παιδίατρος,
Ογκολογικό Τμήμα,
Νοσ/μείο Παίδων Π. & Α. Κυριακού,
Αθήνα

Ο καρκίνος του θυρεοειδούς στα παιδιά και στους εφήβους αποτελεί σπάνια ασθένεια και συνιστά το 1,5-3% όλων των καρκίνων της παιδικής ηλικίας. Στο σύνολο των καρκινωμάτων του θυρεοειδούς, μόνο το 10% εμφανίζεται στην πρώτη εικοσαετία της ζωής, ενώ η επίπτωση είναι ακόμα πιο σπάνια πριν τα 10 έτη. Ο συνηθέστερος ιστολογικός τύπος είναι το καλά διαφοροποιημένο καρκίνωμα, με κυρίαρχο το θηλώδες, που έχει και την καλύτερη πρόγνωση. Το μυελοειδές καρκίνωμα εμφανίζεται σχεδόν αποκλειστικά στα πλαίσια του κληρονομούμενου συνδρόμου Πολλαπλής Ενδοκρινικής Νεοπλασίας τύπου 2 (MEN 2). Γενικά, αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση καρκίνου του θυρεοειδούς έχουν παιδιά που έχουν εκτεθεί σε ακτινοβολία θυρεοειδούς και παιδιά με γενετική προδιάθεση (οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση (FAP), νόσος Cowden, σύνδρομο Carney, οικογενές θηλώδες καρκίνωμα θυρεοειδούς). Στην παιδική ηλικία η νόσος συνήθως προβάλλει ως μονήρης ψηλαφητός όζος, αλλά συχνά και ως διάχυτη ή πολυοζώδης βρογχοκήλη και κάθε τέτοιο εύρημα σε ευθυρεοειδικό παιδί πρέπει να εγείρει την υποψία κακοήθειας. Σε σχέση με τους ενήλικες, οι παιδιατρικοί ασθενείς συνήθως εμφανίζουν πολύ πιο εκτεταμένη νόσο στη διάγνωση. Η πλειοψηφία των ασθενών με θηλώδες καρκίνωμα έχουν λεμφαδενική διασπορά στον τράχηλο στη διάγνωση και 10-20% έχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις, συνήθως στον πνεύμονα, σε σύγκριση με το 5% των ενηλίκων. Επιπλέον, η πιθανότητα υποτροπής είναι μεγαλύτερη στα παιδιά. Παρόλα αυτά η πρόγνωση είναι εξαιρετική με την κατάλληλη θεραπεία. Η θετική προγνωστική αξία της FNA είναι χαμηλή στα μικρά παιδιά και δεν πρέπει να καθυστερεί οποιαδήποτε χειρουργική παρέμβαση. Στους εφήβους αντίθετα η θετική κυτταρολογική διάγνωση καθοδηγεί την περαιτέρω διαχείριση. Η σταδιοποίηση της νόσου στα παιδιά παραμένει αμφιλεγόμενη, επειδή, λόγω της σπανιότητάς της, στηρίζεται στα διαγνωστικά πρωτόκολλα των ενηλίκων, με αποτέλεσμα κάποια παιδιά να υπερ-θεραπεύονται και κάποια να υπο-θεραπεύονται. Αμφισβητήσεις υπάρχουν και για την επιθετικότητα στην θεραπευτική προσέγγιση σε σχέση με την κλινική έκταση της νόσου. Θεραπεία εκλογής παρέμενε για πολλά χρόνια η ολική θυρεοειδεκτομή και η ακόλουθη θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο, αλλά η μακρά επιβίωση των παιδιατρικών ασθενών έδωσε τα τελευταία χρόνια τη δυνατότητα καταγραφής των απώτερων επιπλοκών της. Σήμερα, βέλτιστη θεραπευτική – χειρουργική παρέμβαση για τα παιδιά θεωρείται αυτή που εξασφαλίζει την εξαίρεση κάθε μακροσκοπικής εστίας νόσου και ελαχιστοποιεί

τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπλοκές. Εντέλει, η κατανόηση των διαφορών στη βιολογία, την κλινική πορεία και την έκβαση του καρκίνου του θυρεοειδούς στα παιδιά τείνει να εξατομικεύσει τις θεραπευτικές προσεγγίσεις. Η δια βίου παρακολούθηση κρίνεται απαραίτητη, για την σωστή ρύθμιση της αγωγής θυρεοειδικής υποκατάστασης, την έγκαιρη διάγνωση των υποτροπών και την πρόληψη των απώτερων επιπλοκών.