

17

ΜΟΝΗΡΗΣ ΟΪΖΟΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ

Σ. Δελαρούδης, Μ. Κήτα, Α. Αβραμίδης

Ο **μονήρης όζος του θυρεοειδή** αφορά μία περιγεγραμμένη διόγκωση που ψηλαφάται κλινικά

- Ι ΓΕΝΙΚΑ
- Ι ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΕΡ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ ΜΟΝΗΡΟΥΣ ΨΥΧΡΟΥ ΟΖΟΥ
- Ι INCIDENTALOMA ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ
- Ι ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

ΓΕΝΙΚΑ

Ο **μονήρης όζος του θυρεοειδή** αφορά μία περιγεγραμμένη διόγκωση που ψηλαφάται κλινικά και εμφανίζεται με συχνότητα 3-7% στο γενικό πληθυσμό με αναλογία γυναίκες - άνδρες 5/1. Στη μελέτη Framingham η συχνότητα εμφάνισης των όζων κατά την κλινική εξέταση κυμάνθηκε σε ποσοστό 6,4% στις γυναίκες και 1,5% στους άνδρες. Αντίθετα **με το υπερηχογράφημα** έχει βρεθεί πολύ μεγαλύτερη συχνότητα η οποία φτάνει σε ποσοστό μέχρι και 50% σε άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών. Με υπερηχογράφημα που έγινε σε μη επιλεγμένο γυναικείο πληθυσμό βρέθηκε ότι ποσοστό 21% των γυναικών είχαν τουλάχιστον έναν όζο στο θυρεοειδή. Σε νεκροτομικό υλικό η συχνότητα ανεύρεσης όζων στο θυρεοειδή κυμαίνεται από 37 έως 57%.

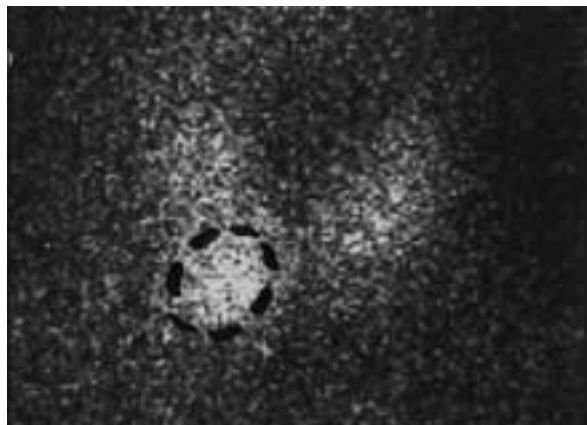
Γενικότερα οι όζοι είναι συχνότεροι:

- στις γυναίκες
- όσο αυξάνει η ηλικία
- σε ιωδιοπενικές περιοχές
- μετά έκθεση σε εξωτερική ακτινοβολία

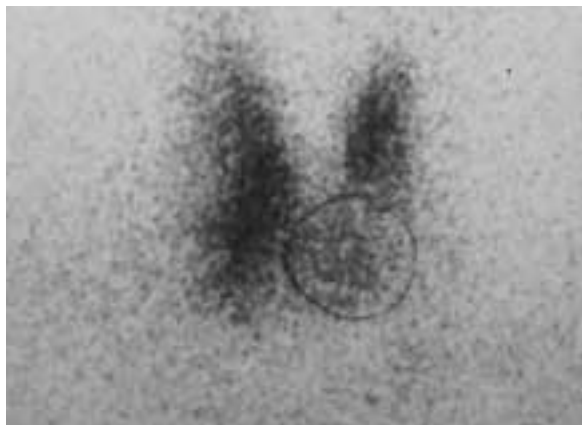
Οι περισσότεροι από τους όζους δεν είναι κακοήθεις πρέπει όμως να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή γιατί ο καρκίνος του θυρεοειδή εκδηλώνεται σαν όζος. Σε μερικούς ασθενείς με ν. Graves μπορεί ο θυρεοειδής να διογκωθεί ασύμμετρα και ο μεγεθυμένος λοβός να εκληφθεί σαν όζος.

Το αν ένας όζος είναι κλινικά ψηλαφητός εξαρτάται από:

- από το μέγεθος (> 1 cm)
- τη θέση του όζου μέσα στο θυρεοειδή αδένα,
- το μέγεθος και τη μορφή του λαιμού



Εικόνα 17.1. Θερμός όζος.



Εικόνα 17.2. Χλιαρός όζος.

➤ την πείρα του εξεταστή

Οι όζοι στο σπινθηρογράφημα χαρακτηρίζονται ως **“θερμοί”** (Εικ. 17.1) (ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑΤΑ κεφ. 5 §1-15: **2, 3**), **χλιαροί** (Εικ. 17.2) ή **“ψυχροί”** (Εικ. 17.3) (ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑΤΑ κεφ. 5 §1-15: **4, 5**) ανάλογα με το εάν έχουν αυξημένη, ίση ή χαμηλή πρόσληψη ραδιοφαρμάκου.

Πιθανότητα κακοήθειας

Οι υπερλειτουργούντες (θερμοί) όζοι σπανιότατα είναι κακοήθεις, ενώ αντίθετα οι “ψυχροί” έχουν μια πιθανότητα 10-19% να είναι κακοήθεις και οι χλιαροί 6%. Το σπινθηρογράφημα γίνεται με τη χρήση ^{123}I ή $^{99\text{m}}\text{Tc}$, και στο 1/3 των περιπτώσεων του ψηλαφητού κλινικά μονήρους όζου ανευρίσκεται πολυοζώδης βρογχοκήλη οπότε μειώνεται αισθητά η πιθανότητα κακοήθειας. Σήμερα χρησιμο-



Εικόνα 17.3. Ψυχρός όζος.

ποιείται κυρίως το $^{99\text{m}}\text{Tc}$ με το οποίο ο ασθενής ακτινοβολείται ελάχιστα και το σπινθηρογράφημα διενεργείται 10 λεπτά μετά τη χορήγησή του.

Όταν στην περιοχή του θυρεοειδή υπάρχει ένας ψηλαφητός όζος πρέπει να γίνει (βλ. πίνακα 17.1) διαφορική διάγνωση από αδένωμα, καρκίνωμα, κύστη, ανεύρυσμα κλπ.

Μεγαλύτερη σημασία έχει η διαφορική διάγνωση καλοήθους από κακοήθη εξεργασία.

Οι ενδοθυρεοειδικοί όζοι είναι κολλοειδή αδενώματα σε ποσοστό 27-60% ή απλά θυλακώδη αδενώματα σε ποσοστό 26-40%.

Περίπου 5-15% των όζων είναι “θερμοί” και 6-25% κυστικοί.

Αν ο ασθενής έχει υποθυρεοειδισμό τότε πιθανότατα ο όζος να οφείλεται σε θυρεοειδίτιδα.

Αν ο ασθενής έχει υπερθυρεοειδισμό τότε πιθανότατα να υποκρύπτεται τοξικό αδένωμα ή πολυοζώδης βρογχοκήλη.

Υπενθυμίζεται πως ύπαρξη μονήρους ψυχρού όζου σε ασθενή με ν. Graves είναι ύποπτη για κακοήθεια.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΕΡ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ ΜΟΝΗΡΟΥΣ ΨΥΧΡΟΥ ΟΖΟΥ

Ιστορικό

Ατομικό ιστορικό:

Προηγηθείσα ακτινοβολία στην περιοχή του λαιμού,

- πότε έγινε και
- πόση ήταν η δόση

Ακτινοβολία από 300-1500 rads στη νεογνική ή παιδική ηλικία για:

- διόγκωση του θύμου

Πίνακας 17-1. Κατάταξη των θυρεοειδικών όζων.

1. καλοήγη νεοπλάσματα	2. κακοήγη νεοπλάσματα	3. μη νεοπλασματικοί
αδενωματώδεις όζοι διαφοροποιημένα αδενώματα • θηλώδη • θυλακιώδη • μικτά, θυλακιώδη • εμβρυϊκά • Hürthle cells (οξύφιλα)	μυελοειδές αναπλαστικό πρωτοπαθές λέμφωμα μεταστατικό Ca (μαστός-νεφροί) τερατώματα (νεογέννητα)	κύστη απόστημα υποξεία θυρεοειδίτιδα θυρεοειδίτιδα Hashimoto κύστη παραθυρεοειδούς αγνεσία του θυρεοειδή

➤ των αδενοειδών εκβλαστήσεων

➤ των αμυγδαλών

➤ δερματικές παθήσεις

συνοδεύεται από εμφάνιση κακοήθων όζων το πλείστον μετά επώαστική περίοδο 10-20 ετών. Βλ. κεφ. ΡΑΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ.

Ατομικό και Οικογενειακό ιστορικό:

➤ φαιοχρωμοκυττώματος

➤ υπερασβεστιαμίας

➤ μυελοειδούς καρκινώματος

➤ θυρεοειδίτιδας Hashimoto

➤ συνυπάρχουσας v. Graves

Άλλοι παράγοντες:

➤ **φύλο:** στους άνδρες οι όζοι είναι 3 φορές συχνότερα κακοήθεις από ότι στις γυναίκες.

➤ **ηλικία:** η πιθανότητα κακοήθειας είναι μεγαλύτερη στην παιδική ηλικία όπου το 40% των μονήρων όζων είναι κακοήθεις.

➤ **ταχύτητα ανάπτυξης του όζου:** Πρόσφατη αύξηση του μεγέθους ενός όζου είναι υπέρ της κακοήθειας.

Κλινική εικόνα

Υπέρ κακοήθειας συνηγορούν:

➤ μονήρης όζος

➤ βράγχος φωνής, πόνος, δυσφαγία

➤ σημεία απόφραξης αναπνευστικού

➤ τραχηλική λεμφαδενοπάθεια

➤ παράλυση φωνητικής χορδής ή σ. Horner

➤ σκληρή σύσταση ψηλαφητικά

➤ ακίνητος (καθλωμένος) όζος

Απεικονιστικά ευρήματα

Υπέρ κακοήθειας συνηγορούν:

➤ **ακτινογραφία τραχήλου**

- επασβεστώσεις λεπτές (θηλώδη Ca)

• επασβεστώσεις αμφοτερόπλευρες στο άνω τριτημόριο του θυρεοειδή (μυελοειδές Ca)

• επασβεστώσεις αδρές ακανόνιστες είναι ενδεικτικές καλοήθειας

➤ σπινθηρογράφημα

• **ψυχρός:** Οι μονήρεις ψυχροί όζοι είναι κακοήθεις σε ποσοστό 15-20%, ενώ όταν οι ψυχροί όζοι είναι στα πλαίσια πολυοζώδους βρογχοκήλης το ποσοστό κακοήθειας είναι πολύ μικρότερο περίπου 1%. Αντίθετα οι θερμοί όζοι δεν είναι σχεδόν ποτέ κακοήθεις.

➤ υπερηχογράφημα

• συμπαγής

• **κυστικός > 4 cm ή μικτός ή πολύχρωμη κύστη.** Η μονήρης κύστη με λεπτά τοιχώματα είναι συνήθως καλοήθης ενώ αντίθετα μια μικτή κύστη με υγρό και στερεό περιεχόμενο είναι ύποπτη για κακοήθεια.

Για την διαφορική διάγνωση καλοήθων ή κακοήθων όζων στο υπερηχογράφημα βλέπε κεφ. Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ ΑΔΕΝΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΥΠΕΡΗΧΟΥΣ

Κυτταρολογικά ευρήματα

Η καλύτερη μέθοδος για τη διαγνωστική εκτίμηση (ανεύρεση κακοήθειας) του όζου είναι η **βιοψία με λεπτή βελόνη (αναρρόφηση) (FNAB: Fine-Needle Aspiration Biopsy)**. (ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ: ΑΝΑΡΡΟΦΗΤΙΚΗ ΒΙΟΨΙΑ κεφ. 17 §: 1-6). Το ποσοστό επιτυχίας είναι μέχρι 95% όταν η εμπειρία του κυτταρολόγου ή παθολογοανατόμου είναι μεγάλη. Περίπου το 85% των αναρροφημάτων είναι καλοήθη. Η FNAB είναι μέθοδος με ευαισθησία που ξεπερνά το 80% και εξειδίκευση που ανέρχεται στο 90%. Από την κυτταρολογική εξέταση ψευδώς θετική (+) διάγνωση έχουμε σε ποσοστό κάτω του 2%, ενώ ψευδώς αρνητική (-) διάγνωση σε ποσοστό < 5%.

Οι Hamburger και Kaplan βρήκαν ότι όταν το

πρώτο αναρρόφημα είναι επαρκές και η διάγνωση είναι καλοήθης όζος τότε αν επακολουθήσει δεύτερο αναρρόφημα μετά από κάποιο χρονικό διάστημα σε ποσοστό 97% θα έχει επίσης καλοήθη ευρήματα. Η περίπτωση εμφάνισης καρκίνου είναι ελάχιστη. Με την FNAB γίνεται επίσης αφαίρεση υγρού και εκκένωση του κυστικού όζου. Αν ο όζος ξαναγεμίσει καλόν είναι να αφαιρείται.

Υπάρχει δυσκολία στην ερμηνεία της βιοψίας όταν από το κυτταρικό υλικό πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση από:

- όγκο κυττάρων Hürthle
- καρκίνωμα υψηλής διαφοροποίησης
- αδένωμα
- θυρεοειδίτιδα Hashimoto

Επίσης **συναντάται δυσκολία στη ΔΔ. θυλακιάδους αδενώματος και θυλακιάδους Ca.**

Μερικοί εφαρμόζουν ποιοτική ανάλυση του DNA (**DNA cytometry**) στα θυρεοειδικά κύτταρα για τη διάκριση μεταξύ καλοήθων και κακοήθων βλαβών, ενώ ευρέως πλέον χρησιμοποιείται ανοσοϊστοχημεία. Σημαντική βοήθεια στη διαφοροδιάγνωση κακοήθειας σε FNAB δείγματα φαίνεται πως παρέχει η ανοσοϊστοχημεία με τη χρησιμοποίηση ενός μονοκλωνικού αντισώματος (Mo Ab - 47). Πρόσφατη μελέτη συνέκρινε την απλή FNAB με το συνδυασμό FNAB + Mo Ab - 47, έχοντας σημείο αναφοράς το πόρισμα της ιστολογικής βιοψίας χειρουργηθέντων, μη επιλεγμένων όζων. Το συμπέρασμα ήταν πως ο συνδυασμός FNAB + Mo Ab - 47 πλεονεκτεί σαφώς έναντι της απλής FNAB (ευαισθησία 100% και ειδικότητα 87% έναντι 92% και 79% αντίστοιχα). Τα αποτελέσματα αυτά, αν επιβεβαιωθούν και από άλλες μελέτες, σίγουρα θα οδηγήσουν σε ευρύτερη χρήση του Mo Ab - 47.

INCIDENTALOMA ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ

Μ' αυτόν τον όρο χαρακτηρίζονται *ένα ή περισσότερα μη ψηλαφητά οζίδια σε φυσιολογικό κατά τα άλλα θυρεοειδή που ανακαλύπτονται τυχαία κατά τη διάρκεια απεικονιστικής διερεύνησης του τραχήλου για άλλο λόγο (έλεγχος καρωτίδων, παραθυρεοειδών, λεμφαδένων, σιελογόνων αδένων κλπ) με CT, MRI, συνήθως όμως με υψηλής συχνότητας υπερηχοτομογραφία.*

Η υπερηχοτομογραφία γενικά αποτελεί μια ασφαλή και ευαίσθητη μέθοδο για ανακάλυψη αλ-

λοιώσεων του θυρεοειδικού παρεγχύματος, ελάχιστης διαμέτρου 1-3 mm. Σε σύγκριση με παθολογοανατομικά ευρήματα, η υπερηχοτομογραφία έχει ευαισθησία 89% και ειδικότητα 84% στην ανεύρεση όζων. Είναι δηλ. σαφώς πιο αξιόπιστη από την ψηλάφηση του θυρεοειδή (ευαισθησία 38%).

Σε σχετική μελέτη (Brander et al) διαπιστώθηκε πως οι μισοί από τους υπερηχογραφικά ανακαλυφθέντες όζους είχαν διάμετρο > 2cm. Άλλες υπερηχογραφικές μελέτες κατέδειξαν, πως μόνο 38-48% των κλινικώς "μονήρων όζων" ήταν πράγματι μονήρεις. Τέλος, βιβλιογραφικά η συχνότητα (prevalence) των θυρεοειδικών incidentalomas κυμαίνεται από 13-67%. Τα περισσότερα απ' αυτά είναι μικρά σε μέγεθος (<1,5 cm) και καλοήθη (ποσοστό > 95%, όπως έδειξαν σχετικές μελέτες με FNAB) (ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ: ΑΝΑΡΡΟΦΗΤΙΚΗ ΒΙΟΨΙΑ κεφ. 17 § 1-6).

Όπως συμβαίνει και με τα incidentalomas άλλων ενδοκρινών αδένων, ο ενδοκρινολόγος καλείται να αντιμετωπίσει μια κατάσταση δυνητικά επικίνδυνη για τον ασθενή.

Ειδικά για τα θυρεοειδικά incidentalomas ορισμένα στοιχεία μας διευκολύνουν στη λήψη αποφάσεων:

- τα λανθάνοντα (occult) Ca του θυρεοειδή υπολογίζονται από 0,5 - 1,3% (ποσοστό που επιβεβαιώνεται σε νεκροτομικό υλικό)
- τα περισσότερα θυρεοειδικά Ca είναι θηλώδη (έχουν δηλ. πολύ καλή πρόγνωση)
- η θνησιμότητα από Ca του θυρεοειδή είναι πολύ χαμηλή
- καλοήθεις όζοι (εύρημα FNAB), που δεν αντιμετωπίστηκαν (π.χ. θεραπεία καταστολής με θυροξίνη) στην πλειονότητα τους παραμένουν καλοήθεις σε μακροχρόνια βάση.

Από τα παραπάνω καταδεικνύεται η λογική της συντηρητικής αντιμετώπισης των θυρεοειδικών incidentalomas.

Συγκεκριμένα:

- σε incidentalomas με μέγεθος < 1,5 cm, χωρίς επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου για κακοήθεια, συνιστάται απλή παρακολούθηση με ψηλάφηση του θυρεοειδή ανά 6-12 μήνες, χωρίς υπερηχογραφικό επανέλεγχο ή θεραπεία καταστολής με θυροξίνη. Αν κατά την διάρκεια της παρακολούθησης ο όζος καταστεί ψηλαφητός, τότε διενεργείται FNAB, τα αποτελέσματα της οποίας καθορίζουν τους περαιτέρω

ρω χειρισμούς.

- σε incidentaloma με μέγεθος > 1,5 cm ή ανεξαρτήτως μεγέθους αλλά με επιπρόσθετους κινδύνους για κακοήθεια (Βλ. κεφ. ΡΑΔΙΟΝΕΡΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ) δηλ.:
 - ❖ ιστορικό ακτινοβολήσης περιοχής τραχήλου, ιδίως κατά την παιδική ηλικία
 - ❖ οικογενειακό ιστορικό θυρεοειδικού Ca (κυρίως μυελοειδές)
 - ❖ υπερηχογραφικά ευρήματα ενδεικτικά κακοήθειας
 - υποηχοϊκός όζος
 - ατελής άλως
 - ανώμαλη παρυφή
 - μικροεπασβεστώσεις

Σε αυτές τις περιπτώσεις συνιστάται FNAB υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση. Με βάση τα ευρήματα της κυτταρολογικής εξέτασης συνιστάται είτε απλή παρακολούθηση, όπως προαναφέρθηκε (επί καλοήθους βιοψίας), είτε χειρουργική επέμβαση (επί υποψίας κακοήθειας) (ΣΠΙΝΘΡΟΓΡΑΦΗΜΑΤΑ κεφ. 5 §1-15: 17).

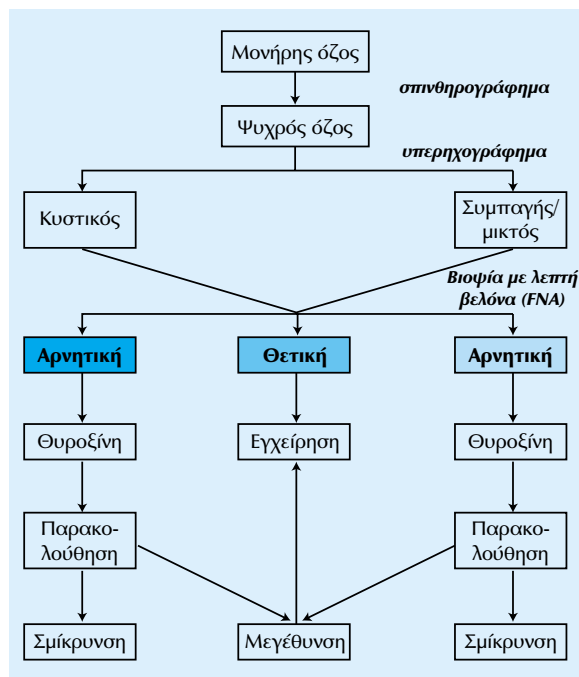
Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η εκτίμηση και η αντιμετώπιση ενός θυρεοειδικού όζου περιγράφεται στον πίνακα 17.2.

Η **θεραπεία καταστολής** είναι ο αρχικός τρόπος αντιμετώπισης και γίνεται με την χορήγηση θυροξίνης για διάστημα τριών μηνών σε δοσολογία μεγαλύτερη από αυτή που χορηγείται σε υποθυρεοειδισμό.

Στόχος είναι να κατασταλεί η TSH στα κάτωθεν του φυσιολογικού όρια, χωρίς όμως να πέσει σε μη ανιχνεύσιμα επίπεδα. Η καταστολή συνήθως επιτυγχάνεται με δόση θυροξίνης 0,15 - 2 mg/ημέρα. **Ιδιαίτερη προσοχή πάντως χρειάζεται σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, στις οποίες αρκετές μελέτες έδειξαν σχέση μεταξύ της οστικής απώλειας και της μακροχρόνιας χρήσης κατασταλτικών δόσεων θυροξίνης.**

Μετά θεραπεία 3-6 μηνών ο όζος σμικρύνεται σε μέγεθος σε ένα ποσοστό που φθάνει μέχρι και το 50% των ασθενών πιθανόν λόγω συρρίκνωσης του φυσιολογικού θυρεοειδικού ιστού, που περιβάλλει τον όζο. Η σμίκρυνση του όζου θεωρείται από τους περισσότερους ως ένδειξη καλοήθειας. Πάντως όσον αφορά το ακριβές ποσοστό ασθενών στους οποίους παρατηρείται σμίκρυνση του όζου με την χρήση θυροξίνης υπάρχουν διχογνωμίες καθώς πρόσφατες καλά σχεδιασμένες προοπτικές



Εικόνα 17.4. Αλγόριθμος διερεύνησης μονήρους όζου του θυρεοειδή (Α. Αβραμίδης: Διαφορική Διάγνωση στην Εσωτερική Παθολογία, τόμος Α).

μελέτες με υπερηχογραφική παρακολούθηση όζων δεν επιβεβαίωσαν την αποτελεσματικότητα της θυροξίνης έναντι placebo στη συρρίκνωση του όζου.

Εάν πάντως υπάρξει μείωση έστω και αν αυτή η μείωση είναι μικρότερη από το 50% του μεγέθους του όζου, τούτο εκλαμβάνεται ως ένδειξη καλοήθειας και η θεραπεία καταστολής με θυροξίνη συνεχίζεται.

Σε περίπτωση καλοήθους όζου σε ασθενή στον οποίον αντενδείκνυται χορήγηση θυροξίνης (πρόκληση ταχυκαρδιών, στηθάγχης κλπ) συστήνεται απλή παρακολούθηση.

Εάν μετά την τρίμηνη αγωγή με θυροξίνη ο όζος αυξηθεί, συστήνεται **χειρουργική αφαίρεση του όζου**. Η επέμβαση που εφαρμόζεται σε καλοήγη μονήρη “ψυχρό” όζο, είναι η αφαίρεση του όζου με τμήμα γύρω από αυτόν ή η υφολική θυρεοειδεκτομή.

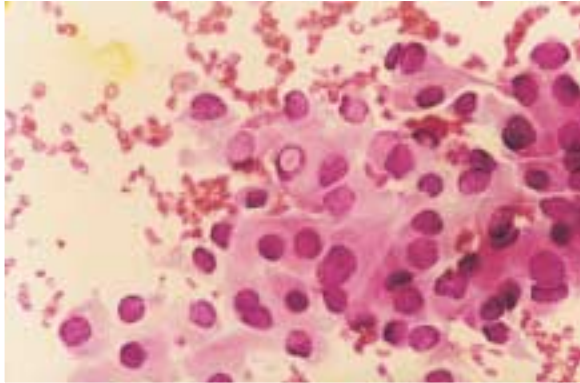
Με την χρήση της FNAB το ποσοστό των ασθενών που υποβάλλονται σε θυρεοειδεκτομή μειώθηκε κατά 50%.

Οι θερμοί όζοι όταν πρόκειται για αυτόνομα αδενώματα αντιμετωπίζονται χειρουργικά ή με **χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου**.

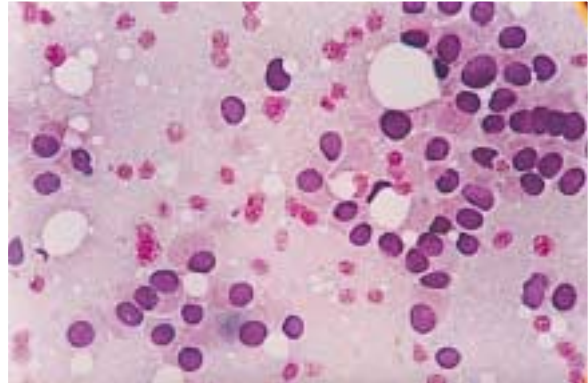
Στους κυστικούς όζους γίνεται αναρρόφηση αλλά εάν δεν υποχωρήσουν μετά επανειλημμένες αναρροφήσεις αντιμετωπίζονται χειρουργικά.

ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ: ΑΝΑΡΡΟΦΗΤΙΚΗ ΒΙΟΨΙΑ κεφ. 17 §1-6

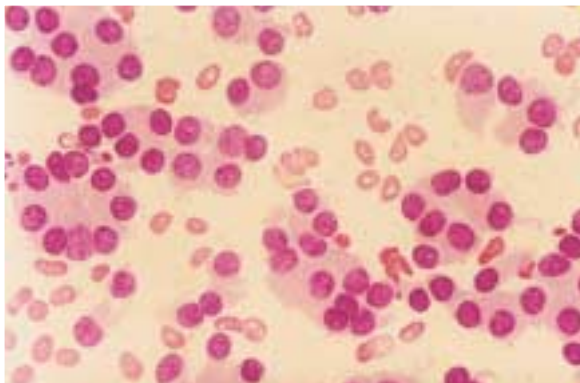
Αιματοξυλίνη-Ηωσίνη x 400.



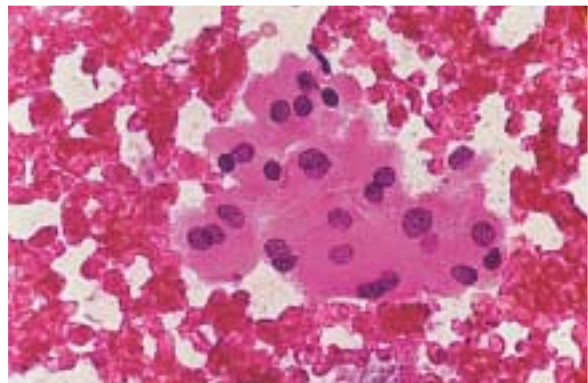
1. Θηλώδες καρκίνωμα. Τα νεοπλασματικά κύτταρα παρουσιάζουν διάχυτη διάταξη και έχουν διογκωμένους, υπερχρωματικούς πυρήνες και αρκετό κυτταρόπλασμα. Στο κέντρο διακρίνεται πυρήνας με χαρακτηριστικό έγκλειστο.



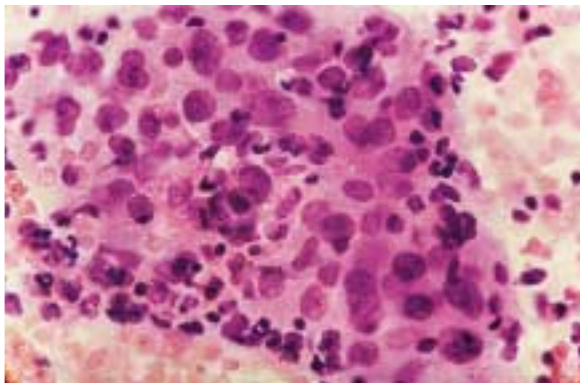
2. Μυελοειδές καρκίνωμα. Τα νεοπλασματικά κύτταρα έχουν έκκεντρους, άτυπους υπερχρωματικούς πυρήνες και λίγο κυτταρόπλασμα και δεν παρουσιάζουν ειδική διάταξη.



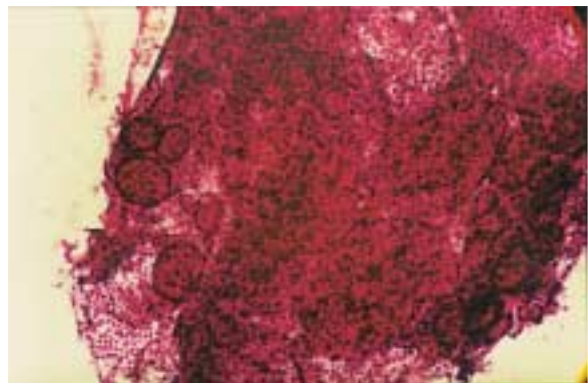
3. Θυλακιώδες αδένωμα. Τα νεοπλασματικά κύτταρα έχουν ομοιόμορφους, υποστρόγγυλους πυρήνες και λίγο κυτταρόπλασμα και διατάσσονται σε μικρές θυλακιώδεις ομάδες.



4. Αδένωμα από οξύφιλα κύτταρα (Hürthle cells). Τα νεοπλασματικά κύτταρα έχουν άφθονο κοκκιώδες κυτταρόπλασμα και μικρούς υπερχρωματικούς πυρήνες.



5. Χρόνια λεμφοκυτταρική θυρεοειδίτιδα Hashimoto. Αιματοξυλίνη-Ηωσίνη x 100. Παρατηρείται ανάμιξη λεμφοκυττάρων με θυλακιώδη κύτταρα, τα οποία παρουσιάζουν διόγκωση πυρήνων.



6. Όζος απλής οξώδους βρογχοκλήης. Παρατηρείται κανονική και θυλακιώδης διάταξη των κυττάρων, τα οποία έχουν ομοιόμορφους μικρούς πυρήνες. Τα θυλακία παρουσιάζουν ευρεία διακύμανση του μεγέθους τους.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Μία η περισσότερες απαντήσεις είναι σωστές

- 1. Ο μονήρης όζος του θυρεοειδή:**
 - α. εμφανίζεται με συχνότητα 20% στο γενικό πληθυσμό
 - β. η αναλογία γυναίκες-άνδρες είναι 5/1
 - γ. στην κλινική εξέταση ανιχνεύεται σε ποσοστό 10% στις γυναίκες
 - δ. με το υπερηχογράφημα ανευρίσκεται σε ποσοστό 21% των γυναικών
 - ε. στο νεκροτομικό υλικό η συχνότητα κυμαίνεται από 37%-57%
- 2. Ποιά από τα παρακάτω είναι σωστά για τους μονήρεις όζους του θυρεοειδή;**
 - α. είναι συχνότεροι στους άνδρες
 - β. η συχνότητα τους μειώνεται με την ηλικία
 - γ. είναι συχνότεροι σε ιωδοπενικές περιοχές
 - δ. μπορεί να είναι κακοήθεις
 - ε. ψηλαφώνται κλινικά αν έχουν μέγεθος > 1cm
- 3. Οι όζοι του θυρεοειδή:**
 - α. χαρακτηρίζονται στο σπινθηρογράφημα ως “ψυχροί”, “χλιαροί”, ή “θερμοί”
 - β. οι “χλιαροί” συνήθως είναι κακοήθεις
 - γ. οι “θερμοί” σπανιότατα είναι κακοήθεις
 - δ. οι “ψυχροί” είναι κακοήθεις σε ποσοστό 10-19%
 - ε. όλα τα παραπάνω
- 4. Ο μονήρης όζος του θυρεοειδή μπορεί να είναι:**
 - α. θηλώδες ή θυλακιώδες αδένωμα
 - β. μυελοειδές καρκίνωμα
 - γ. μεταστατικό Ca από το μαστό
 - δ. απόστημα
 - ε. θυρεοειδίτιδα Hashimoto
 - στ. όλα τα παραπάνω
- 5. Ποιά από τα παρακάτω είναι σωστά για τους ενδοθυρεοειδικούς όζους;**
 - α. είναι κολλοειδή αδενώματα σε ποσοστό 10%
 - β. απλά θυλακιώδη αδενώματα 26-40%
 - γ. 25-30% των όζων είναι θερμοί
 - δ. 6-25% των όζων είναι κυστικοί
 - ε. όλα τα παραπάνω
 - στ. τίποτε από τα παραπάνω
- 6. Ποιά από τα παρακάτω στοιχεία συνηγορούν υπέρ της κακοήθειας μονήρους όζου;**
 - α. προηγθείσα ακτινοβολία στην περιοχή του τραχήλου
 - β. το φύλο: στις γυναίκες είναι 4 φορές συχνότερα κακοήθεις
 - γ. ατομικό ιστορικό φαιοχρωμοκυτώματος
 - δ. η ηλικία: η πιθανότητα κακοήθειας είναι μεγαλύτερη σε άτομα > 40 ετών
 - ε. οι επασβετώσεις σε α/α τραχήλου ή στο υπερηχογράφημα
- 7. Για το υπερηχογράφημα του θυρεοειδή ποιά από τα παρακάτω είναι σωστά;**
 - α. μπορεί να ανακαλυφθεί τυχαία όζος (incidentaloma)
 - β. έχει ευαισθησία 50% στην ανεύρεση όζων
 - γ. είναι λιγότερο αξιόπιστο από την κλινική εξέταση
 - δ. ενδεικτικά κακοήθειας είναι υποηχοϊκός όζος με ατελή άλω και μικροασβετώσεις
- 8. Για τη βιοψία με λεπτή βελόνη (αναρροφητική βιοψία=FNAB) ενός όζου του θυρεοειδή ποιά από τα παρακάτω είναι αληθή;**
 - α. θέτουμε τη διάγνωση της φύσης του όζου σε ποσοστό >90%
 - β. γίνεται εύκολα διάκριση ανάμεσα σε θυλακιώδες αδένωμα ή καρκίνωμα
 - γ. μπορεί να γίνει εκκένωση κυστικού όζου
 - δ. διενεργείται μετά την εφαρμογή τοπικής αναισθησίας
 - ε. η ανοσοϊστοχημεία με τη χρήση ενός μονοκλωνικού αντισώματος παρέχει σημαντική βοήθεια στη διαφορική διάγνωση κακοήθειας
- 9. Για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των μονήρων όζων του θυρεοειδή ποιά από τα παρακάτω είναι αληθή;**
 - α. για τον “ψυχρό” όζο χορηγείται θυροξίνη σε δόση που προκαλεί καταστολή της TSH
 - β. αν παρά την αγωγή ο όζος αυξάνει σε μέγεθος αντιμετωπίζεται χειρουργικά
 - γ. ο “θερμός” όζος αντιμετωπίζεται χειρουργικά όταν πρόκειται για αυτόνομο αδένωμα
 - δ. στους κυστικούς όζους γίνεται αναρρόφηση και αν δεν υποχωρήσουν αντιμετωπίζονται χειρουργικά
 - ε. όλα τα παραπάνω

α=6, β=8, γ=7, δ=9, ε=5, στ=4, ζ=3, η=2, θ=1

ΣΤΕΦΑΝΟΣ