Euthyrox® след тиреоидектомия при пациент със съпътстваща сърдечно-съдова патология - клиничен случай

д-р Радина Димитрова

Клиника по Ендокринология

УМБАЛ „Света Марина“ Варна

Мерк е спонсор на презентацията.
Лекторът представя материала от името на Мерк.
Лекторът представя информация, която е в съответствие с приложимото законодателство и кодекси.
BG-EUT-00003
Дата на одобрение: октомври 2020
ИАЛ-42970/15.10.2020

Euthyrox® е лекарствен продукт по лекарско предписание.
Притежател на разрешението за употреба: Мерк България ЕАД
Дата на последно одобрение на КХП: 20.11.2019г.

Мъж на 46 г - през юли 2016г

- Хоспитализиран по спешност в Неврологична клиника по повод тромбоемболичен инфаркт в територията на ДСМА

  - Проведена тромболиза, довела до частично обратно развитие на огнищната неврологична симптоматика

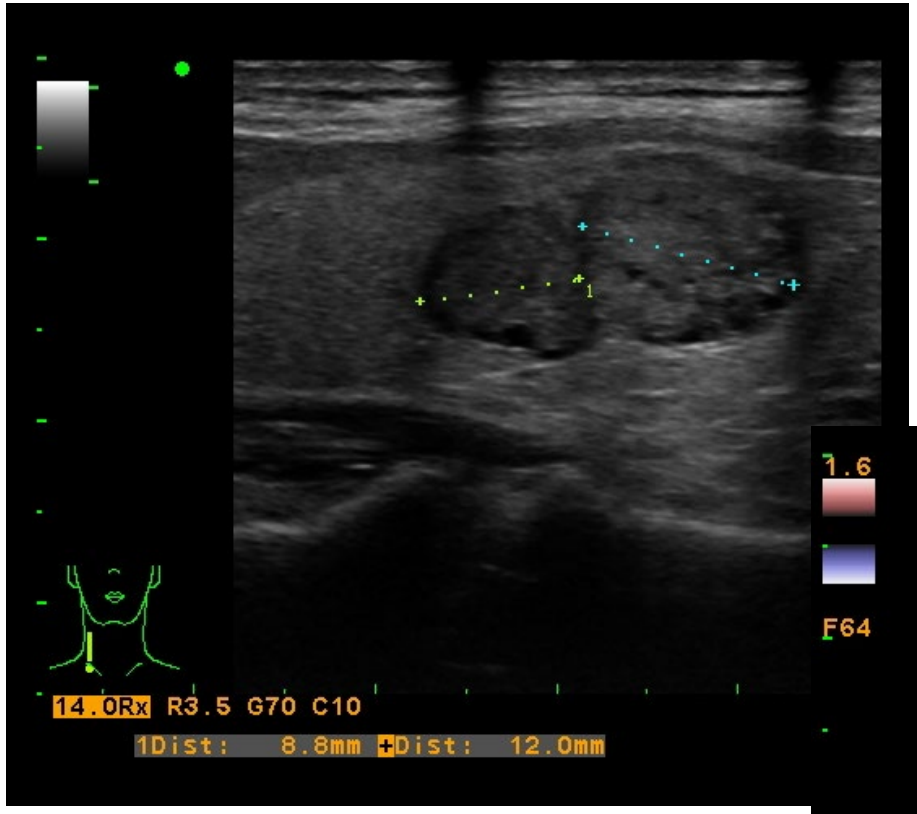
- В хода на хоспитализацията е регистриран пристъп на предсърдно мъждене

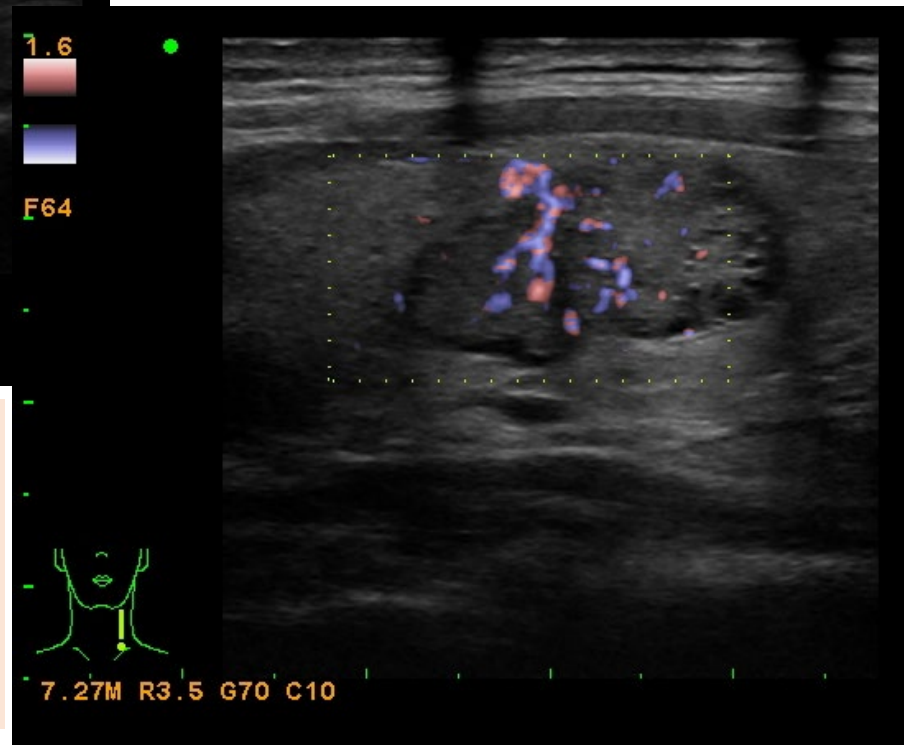
  - Синусовият ритъм е възстановен медикаментозно и е препоръчано поддържащо лечение с амиодарон

  - Ехо КГ – без промяна в периметрите на ЛК и ЛП

Оценка на тиреоидния статус

- **TSH 3,63 µIU/ml (0,4 -4)**
- **FT4 15,3 pmol/l (10,6-21)**
- **FT3 3,43 pmol/l (2,8-6,5)**





Предвид включеното лечение с амиодарон е препоръчано проследяване на 6 месеца на тиреоидната функция, титъра на TPO Ab както и ехографско наблюдение на установените възлести промени.

При проследяването...

Персистира рецидивиращо предсърдно мъждене!

<u>Ехокардиография</u>

- Интактен междупредсърден и междукамерен септум
- ЛП 31мм; площ 15см²; обем 20мл/м²
- Запазена систолна ЛК функция
- Без значими клапни лезии

Радиофреквентна антрална изолация на пулмонални вени

- 12.2016г - радиофреквентна антрална изолация

- Поддържащо лечение
  - Propafenon 2x150mg
  - Dabigatran etexilate 2x150mg

- Персистира рецидивиращо предсърдно мъждене

  - 09.2017г - радиофреквентна реизолация
  - 01.2018г - радиофреквентна реизолация

При проследяването...

- Не се установява динамика в ехографската характеристика на възлестите промени
- Персистира еутиреоидно състояние
- Взето решение за провеждане на ТАБ - 02.2019г

Цитологичен материал с обилна клетъчност, представен от кръв и елементи на кръвта, групи от клетки с окръглени или източени ядра, с добре изразени ядрени включвания и бразди, умерено представена базофилна или везикуларна цитоплазма, формиране на папиларни структури, пръснати макрофаги и единични многоядрени клетки, без колоид

Диагностична категория 6 по Bethesda

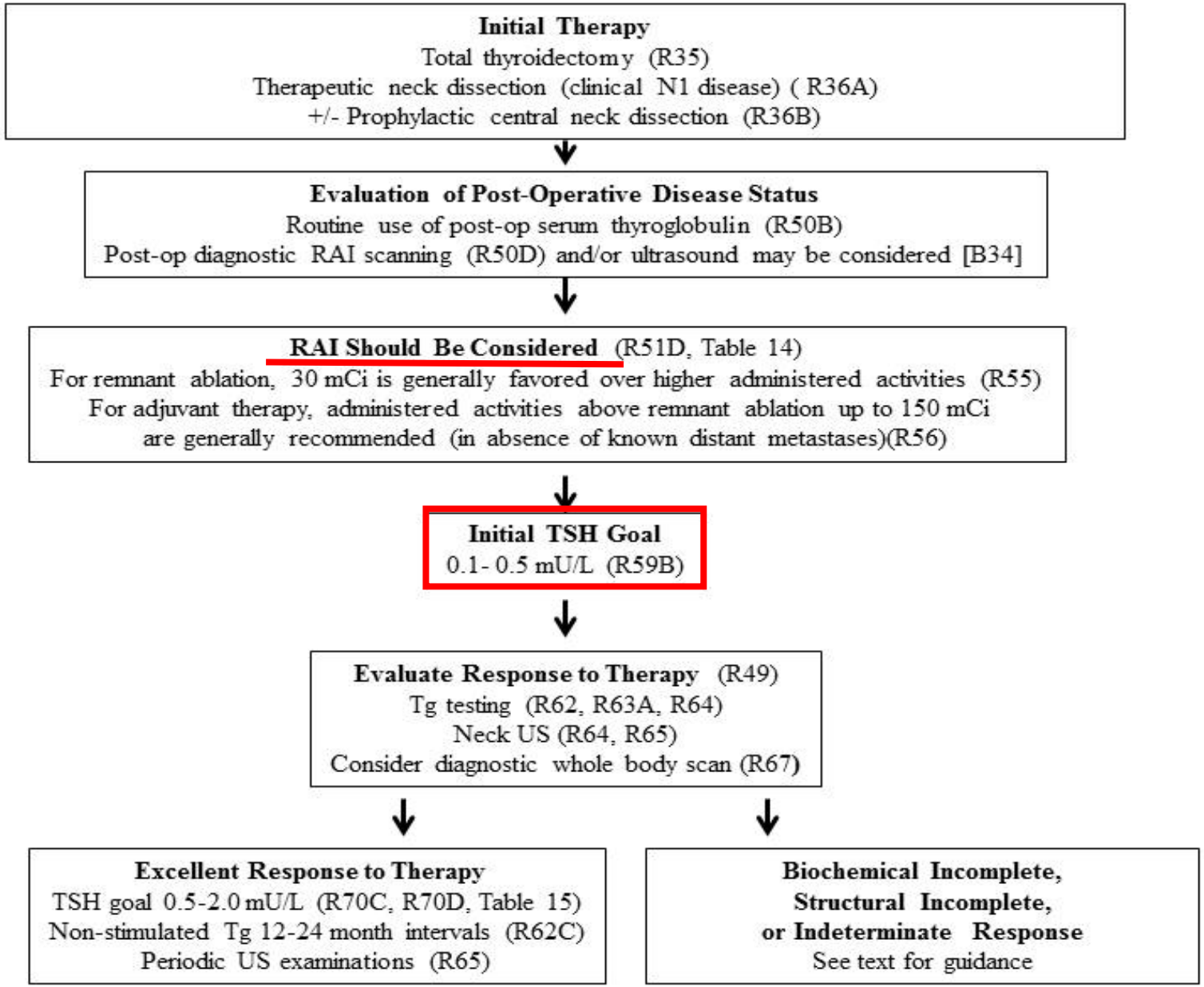
малигнен цитологичен материал с морфология на папиларен карцином

Април 2019г - тиреоидектомия

- Хистологичен резултат – **некапсулирана туморна пролиферация** в паренхима на десен дял **с инфилтративен растеж в периферния лобарен паренхим**, ***без прояви на инвазия в капсулата***, с комплексна кистично – папиларна структура, характерни нуклеарни белези за **папиларен карцином**, фиброзна строма с хемосидероза и фокална изразена лимфоидна инфилтрация във фиброваскуларните оси, придружена от клетъчна оксифилия (Warthin tumor like структура), **огнищна hobnail клетъчна морфология**
- Три малки лимфни възела без метастази, с реактивна синусова хистиоцитоза

2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer

ATA Intermediate Risk	Microscopic invasion of tumor into the perithyroidal soft tissues
	RAI avid metastatic foci in the neck on the first post-treatment whole-body RAI scan
	Aggressive histology (e.g., tall cell, hobnail variant, columnar cell carcinoma)
	Papillary thyroid cancer with vascular invasion
	*Clinical N1 or >5 pathologic N1 with all involved lymph nodes < 3 cm in largest dimension**
	*Intrathyroid, papillary thyroid cancer, primary tumor 1-4 cm, V600E BRAF mutated (if known)**
	*Multifocal papillary microcarcinoma with extrathyroidal extension and V600E BRAF mutated (if known)**

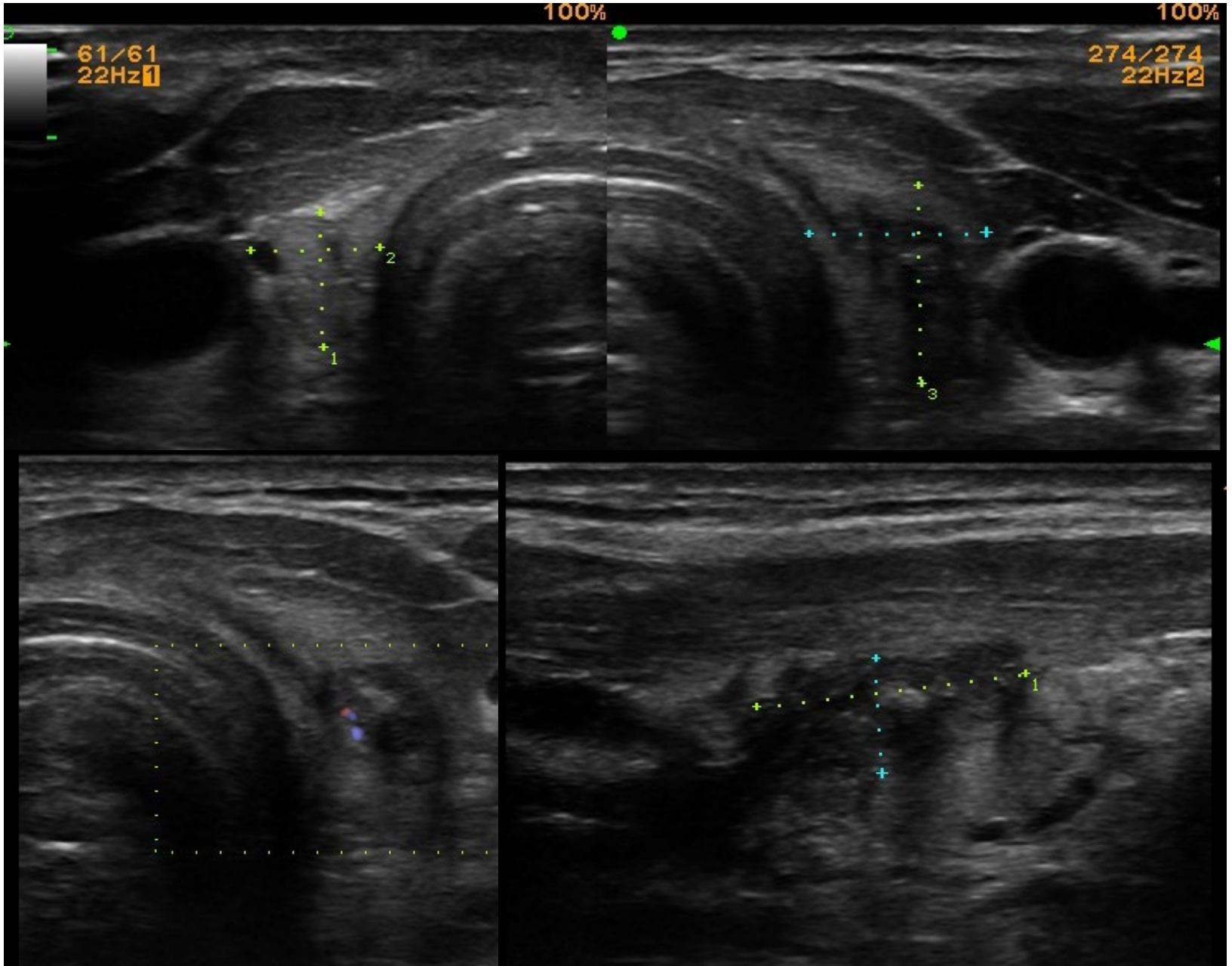


2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer

Онкологична комисия

- Оставен под наблюдение
- Без радиойодлечение
- Включени 150 гами LT4

Август 2019г



- **TSH 4,3 µIU/ml**
- **FT4 15,2 pmol/l (10,6-21)**
- **FT3 3,43 pmol/l (2,8-6,5)**
- **TG 1,43 ng/ml**
- **Anti TG < 24 U/ml**

Ноември 2019г

След оптимизиран прием на LT4 (45-60min) преди храна и минимална корекция в дозата (LT4 150 гами 6дни; 175гами 1ден)

- **TSH 0,69 µIU/ml**
- **FT4 19,9 pmol/l (10,6-21)**
- **FT3 3,43 pmol/l (2,8-6,5)**
- **TG 0.84 ng/ml**
- **Anti TG < 20 U/ml**

Indeterminate Response	Non-specific findings on imaging studies Faint uptake in thyroid bed on RAI scanning Non-stimulated Tg detectable, but less than 1 ng/mL Stimulated Tg detectable, but less than 10 ng/mL or Tg antibodies stable or declining in the absence of structural or functional disease	15-20% will have structural disease identified during follow-up[1] In the remainder, the non-specific changes are either stable, or resolve. [1] <1% disease specific death[1]	An indeterminate response should lead to continued observation with appropriate serial imaging of the non-specific lesions and serum Tg monitoring. Non-specific findings that become suspicious over time can be further evaluated with additional imaging or biopsy.

2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer

Increasing risk of TSH suppression	Excellent	Indeterminate	Biochemical Incomplete**	Structural incomplete
No known risk	No Suppression. TSH target 0.5*-2.0 mU/L	Mild Suppression. TSH target 0.1-0.5*mU/L	Moderate or Complete Suppression. TSH target <0.1 mU/L	
Menopause				
Tachycardia				
Osteopenia				
Age > 60				
Osteoporosis				
Atrial fibrillation				

* - 0.5 mU/L represents the lower limit of the reference range for the TSH assay which can be 0.3-0.5 mU/L depending on the specific assay

** - TSH target for patients with a biochemical incomplete response can be quite different based on original ATA risk, Tg level, Tg trend over time and risk of TSH suppression

Февруари 2020г

Липсва динамика в ехографската находка

На фона на **LT4 150 гами**

- **TSH 1,24 µIU/ml**
- **FT4 16,0 pmol/l (10,6-21)**
- **TG 0.7 ng/ml**
- **Anti TG < 20 U/ml**

Юни 2020г

- Взето решение за провеждане на ТАБ от лезията в областта на ляв лоб

- Титеоглобулин от wash out 17,3 ng/ml

Цитологичен материал представен от единични мономорфни групи атипични клетки с измити ядра, фин хроматин и наличие на нуклеарни бразди

Диагностична категория 5 по Bethesda
Подозрителен за малигненост цитологичен материал

На Онкологична комисия – взето решение за радиойодлечение

Август 2020г

- При спрян за 4 седмици LT4
- **TSH 75,67 µIU/ml**
- **TG 8.7 ng/ml**

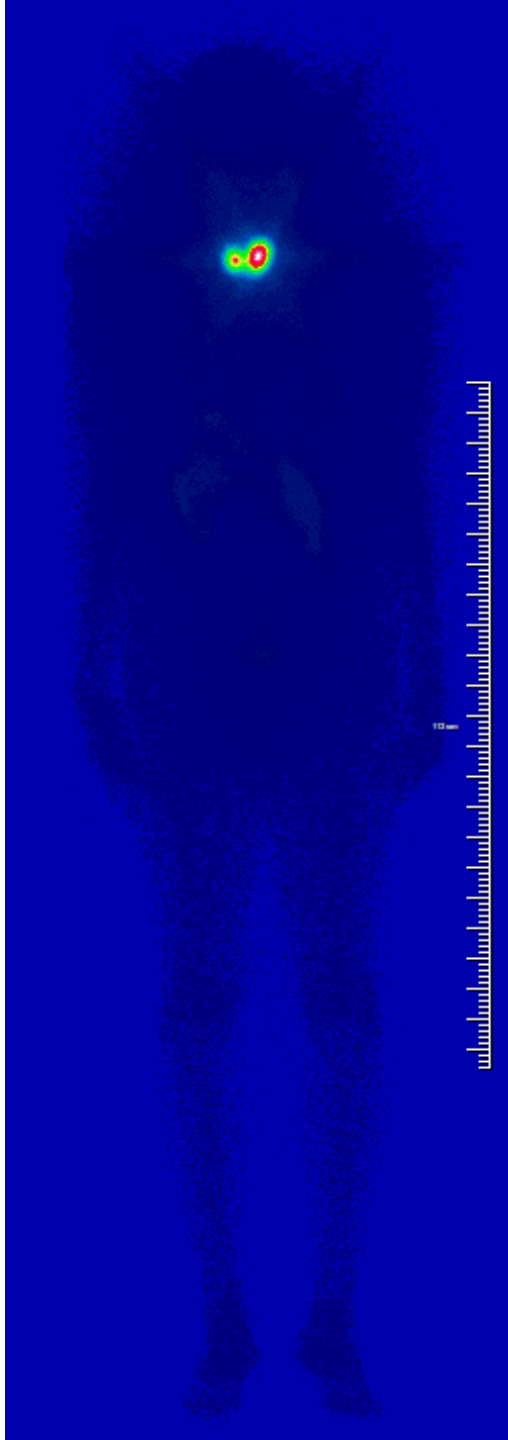
- Приложени **100mCi I-131**

Посттерапевтична целотелесна сцинтиграфия 48 часа след прием на I-131

- Двустранно в ложето на щитовидната жлеза се визуализират две зони на повишено натрупване, съответстващи по локализация на двата лоба

СПЕКТ/КТ

- Данни за двустранна ремнантна тиреоидна тъкан в ложето на щитовидната жлеза



Остава под наблюдение

- При възобновена терапия с **LT4 150 гами**
- След 8-12 месеца предстои оценка на проведената аблативна терапия:
  - Изследване на стимулиран **тиреоглобулин паралелно с тиреоглобулинови антитела**
  - **Сцинтиграфия с I-131**