

Merytoryczne rozwiązanie narzędzia AI dla danego prompta

→ Prompt:

Pacjentka w wieku 56 lat, bez znanej historii nowotworów tarczycy w rodzinie, nie zgłasza narażenia na promieniowanie. W USG pojedyncza hypoechogeniczna zmiana o mieszanym echu w przedniej części lewego płyta tarczycy, wielkości 18 x 10 x 21mm, nie wykryto zmian w obrębie węzłów chłonnych. Wykonano biopsję cienkoigłową zmiany, zgodnie z The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology przypisano kategorię V (podejrzenie raka pęcherzykowego)

→ Output:

Rekomendacja dla pacjentki:

Chirurgia

- Całkowita tyreoidektomia z obustronnym centralnym wycięciem szyi może być przeprowadzona w bardzo rzadkich przypadkach zlokalizowanego ATC u pacjentów z M0.
- Tracheostomia może być konieczna w celu złagodzenia objawów u pacjentów z umiarkowaną postępującą chorobą, ale należy wziąć pod uwagę wpływ tracheostomii na jakość życia. Ze względu na złożoność techniczną zabieg jest zazwyczaj przeprowadzany w znieczuleniu ogólnym. Niezbędny jest doświadczony zespół chirurgów i anestezjologów, a także pełna przedoperacyjna ocena obrazowa przekrojów tchawicy i guza.
- Lobektomia tarczycy

1. Leczenie guza pierwotnego

Radioterapia

- Optymalne wyniki w zakresie przeżycia i miejscowej kontroli choroby w przypadku ATC wymagają całkowitej lub prawie całkowitej resekcji (R0 lub R1), a następnie wysokodawkowej radioterapii EBRT, z równoczesnym leczeniem ChT lub bez.
- Zdecydowanie zaleca się terminową dyskusję w ramach interdyscyplinarnego zespołu.

Operacja

- W przypadku wybranych guzów niskiego ryzyka (T1a–T1b–T2, N0) można zaproponować lobektomię (zamiast całkowitej tyreoidektomii)

2. Terapia lokoregionalna

- Pojedyncze zmiany, które są objawowe lub postępujące, mogą kwalifikować się do leczenia lokoregionalnego (np. chirurgia paliatywna, EBRT, terapie przezskórne).

- *Follow up*

Protokół monitorowania w przypadku małoinwazyjnych FTC jest często taki sam, jak w przypadku PTC niskiego ryzyka, chociaż dowody na poparcie takiego podejścia są niewystarczające.

Pacjenci z rakiem płaskonabłonkowym tarczycy (PTC) z niskim ryzykiem nawrotu, u których nie stwierdzono oznak choroby strukturalnej podczas pierwszej wizyty kontrolnej, mogą być monitorowani za pomocą okresowych (12–24 miesięcy) oznaczeń Tg i TgAb. W razie potrzeby można przeprowadzać powtarzane USG szyi, w zależności od poziomu Tg i TgAb w surowicy. Ten sam schemat można zastosować u pacjentów z rakiem płaskonabłonkowym tarczycy (PTC) o średnim ryzyku, u których uzyskano doskonałą odpowiedź na leczenie. Poziom TSH powinien być utrzymywany w zakresie dolnej normy (0,5–2 mIU/ml). U pacjentów z rakiem pierwotnym tarczycy (PTC) niskiego lub średniego ryzyka z biochemicznie niepełną lub nieokreśloną odpowiedzią na leczenie należy wykonywać oznaczenia Tg i TgAb w surowicy oraz USG szyi co 6–12 miesięcy. Wzrost poziomu Tg lub TgAb uzasadnia dalsze badania obrazowe.

Źródło:

Thyroid cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up

Ann

Oncol. 2019;30(12):1856-1883

S. Filetti, C. Durante, D. Hartl, S. Leboulleux, L.D. Locati, K. Newbold, M.G. Papotti, A. Berruti.