

PRONOSTICUL CANCERULUI GLANDEI TIROIDE

Gheorghe Țîbîrnă, Andrei Țîbîrnă, Rodica Tarnaruțcaia

Rezumat:

În perioada anilor 1980-2015 în Laboratorul Științific "Chirurgia tumorilor cap și gât" au fost tratați circa 8300 pacienți cu tumori nodulare ale glandei tiroide, dintre care 4800 cu cancer. Pe un lot de 2488 de pacienți cu cancer al glandei tiroide a fost analizată prognoza și supraviețuirea fără recidive a pacienților. În rezultatul cercetării s-a constatat că supraviețuirea pacienților vizați depinde de răspândirea procesului (dimensiunile tumorii în focarul primar, invazia extraglandulară, prezența metastazelor regionale și la distanță), tipul histologic al cancerului tiroidian, vârsta și sexul pacienților.

Резюме: Прогноз рака щитовидной железы

В период 1980-2015 гг. в Научном департаменте "Хирургия опухолей головы и шеи" были излечены около 8300 пациентов с опухолевидными образованиями щитовидной железы, из которых 4800 со злокачественной опухолью. В результате изучения 2488 больных со злокачественными опухолями щитовидной железы был анализирован прогноз и продолжительность жизни без рецидивов этих пациентов. Было констатировано, что прогноз и продолжительность жизни этих больных зависят от распространенности процесса первичной опухоли (размеры опухоли, экстракапсулярная распространенность, наличие региональных и отдаленных метастазов), морфологическая форма опухоли, возрасти пол пациента.

Summary: Prognosis the thyroide gland cancer

In the 1980s to 2015, approximately 8300 patients with thyroid nodular tumors were treated in the "Head and Neck Surgery" Scientific Laboratory, of which 4800 had cancer. A prognosis and relapse-free survival of the patients was avoided on a group of 2488 patients with thyroid cancer. As a result of the research, the survival depends on the spread of the process (the dimensions of the tumor in the primary outbreak, the extraglandular invasion, the presence of regional and remote metastases), the histological type of thyroid cancer, the age and sex of the patients.

Factorii, care influențează pronosticul general și supraviețuirea fără recidive a bolnavilor cu cancer tiroidian, pot fi împărțiți în 4 grupuri: [1]; [2]; [3]

1. Biologici – potențialul de invazie tumorală și de diseminare metastatică, specific cancerului tiroidian. Despre acești factori putem judeca după forma morfologică a tumorii, varianta ei histologică, capacitatea de invazie în capsule (tumorală și glandulară), invazia în vase, caracterul multifocal al tumorii ș.a.

2. Demografici – vârsta și sexul pacienților.

3. Factorul de timp – perioada de la debutul bolii până la diagnostic. Acest factor este practic imposibil de estimat, deși teoretic e clar, că tumoarea are nevoie de timp pentru a realiza programul său biologic. În caz de progresare rapidă, ca, de exemplu, în caz de cancer anaplastic, acest timp e foarte scurt.

Microcarcinomul papilar poate avea o evoluție foarte lentă, asimptomatică. Factorul de timp are un impact negativ asupra pronosticului, favorizând diagnosticul tardiv al cancerului tiroidian. Acest factor poate fi redus la minimum doar prin depistare precoce cu ajutorul metodelor diagnostice moderne. Dar aceste metode, fiind costisitoare, sunt argumentate doar pentru grupurile cu risc crescut de cancer tiroidian (ex.: persoane care în copilărie au fost supuse tratamentului radioterapeutic, copiii purtători de oncomutații în genomul RET implicat în cancer medular, sau persoane cu sindrom MEN).

4. Tratamentul radical este unicul factor de pronostic, de care dispune medicul și se cere selectată metoda nu numai radicală, dar și adecvată gradului de răspândire a tumorii și potențialului de agresiv-

tate al acesteia. Radicalismul exagerat nu contribuie la ameliorarea indicilor supraviețuirii fără recidive, în schimb are riscul unor complicații severe, care duc la invaliditate.

Prima încercare de a stadializa bolnavii cu cancer tiroidian ținând cont de factorii pronostici a fost efectuată de către Roule H.L. (Marea Britanie) în 1950 în baza unui lot de 100 de persoane. Clasificarea aceasta arată în felul următor:

Tabelul 1.

Stadializarea bolnavilor cu cancer tiroidian (după Roule H. L.)

Stadiul	Caracteristica
I	Tumoare malignă depistată accidental prin examen histologic, extirpată total
II	Tumoare în limita capsulei glandulare, există focare suspecte în ganglionii limfatici din regiunea gâtului
III	Tumoare cu semne de invazie și răspândire în țesuturi adiacente, operabilă
IV	Tumoare inoperabilă cu răspândire în țesuturi adiacente, cu Mt la distanță sau tumoare recidivantă după operație

Realizările științifice în patomorfologia și clinica cancerului tiroidian au permis identificarea diverselor tipuri histologice ale acestui cancer, studierea proprietăților evoluției clinice ale fiecărui tip în parte, efectuarea analizei retrospective pentru depistarea factorilor de pronostic, care influențează supraviețuirea generală și fără recidive a pacienților. Cunoașterea acestor factori permite o selectare adecvată a tacticii optime de tratament și a unui regim de monitorizare dinamică.

În cancerul glandei tiroide pronosticul depinde în mare măsură de următorii factori:

- Tipul histologic al cancerului;
- Prezența de metastaze la distanță;
- Volumul și proprietățile invazive ale tumorii primare, în special, invazia în capsulă;
- Mt regionale, mai ales în colectoare de nivel I-V;
- Vârsta bolnavului (până la 45 de ani sau după) se ia în considerație în formele diferențiate histologic și mai puțin sau deloc în cancer medulare, anaplastice. Cancerurile slab diferențiate și anaplastice au un caracter deosebit de agresiv, fapt ce se explică într-o oarecare măsură, prin vârsta bolnavilor (peste 50 de ani – la formele nediferențiate și peste 60 de ani – la cele anaplastice).

Mai există și niște factori suplimentari, care influențează negativ pronosticul cancerului tiroidian pa-

pilar. În primul rând, din aceștia fac parte variantele histologice (sclerozant difuz, solid) și existența în tumoare a unor microcarcinoame mai slab diferențiate (cancere insulare). Cancerul folicular de celule Hürtle are un pronostic mai puțin favorabil. Tiroidectomia și radioterapia postoperatorie ameliorează pronosticul acestor forme de cancer. Pronosticul este puțin favorabil la pacienții tineri (adolescenți, copii minori), dar supraviețuirea generală și fără recidive crește în cazul unui răspuns bun la radioterapie cu ^{131}I + chirurgie. Existența Mt la distanță are un impact negativ asupra pronosticului în cancer medulare, nediferențiate și anaplastice. În cancer papilar și folicular un factor cu impact pozitiv asupra supraviețuirii fără recidive o are terapia supresivă cu hormonii tiroidieni.

Conform părerilor unor cercetători, Mt regională în forme diferențiate ale cancerului tiroidian au un pronostic mai favorabil în ce privește evoluția fără recidive, dar nu și în supraviețuirea generală. Totuși, majoritatea autorilor sunt de părere că numai metastazele clinic depistate și/sau cu invazia capsulei ganglionilor limfatici sunt un indice de pronostic nefavorabil.

În paralel cu clasificările pTNM (UICC și AJCC) au fost elaborate 16 sisteme de pronostic clinic pentru cancer tiroidian diferențiate. Fiecare din acestea sunt bazate pe o experiență clinică bogată a celor mai prestigioase clinici din lume. Ele au fost elaborate pentru alegerea unei tactici adecvate de tratament.

Aceste sisteme de pronostic sunt valabile mai mult pentru cancerurile papilare, mai puțin pentru cancerurile foliculare. Din toate cele 16 sisteme cea mai adecvată, universală și informativă este sistemul UICC/AJCC, publicat în 2002. Este recomandat de OMS, este recunoscut în toate țările lumii și este socotit ca **"standardul de aur"** în stadializarea tumorilor maligne. Clasificarea pTNM se referă la toate formele histologice ale cancerului tiroidian, cu excepția cancerului nediferențiat (4).

Cercetările și studierea impactului diversilor factori de pronostic clinic se efectuau, de regulă, pe un vast material clinic și includeau rezultatele tardive pe o perioadă de timp de cel puțin 10 ani. Sunt lucrări, care publică rezultatele tardive de 30 și chiar 40 de ani de monitorizare a pacienților cu cancer tiroidian. Recidivele în cancer tiroidian nu sunt o raritate, de aceea este rezonabil ca pacienții să fi scoși de la evidență nu mai devreme decât după 35-40 de ani. În rezultatul unei analize sistematice și de durată a diversității factorilor de pronostic clinic aproape în toate clasificările erau menționate următoarele date: tipul histologic al cancerului, vârsta bolnavului, volumul tumorii, invazia capsulei, existența metastazelor.

În același timp, clasificarea pTNM(UICC, AJCC,

2002) a cancerului tiroidian, după părerea noastră, nu ia în considerație trei factori pronostici:

- 1) Varianta histologică nefavorabilă a cancerului;
- 2) Vârsta adolescenței și copilăriei (<18 ani);
- 3) Radicalitatea tratamentului.

Ultimul punct se referă mai ales la țările, unde se practică mai mult tactica chirurgicală organome-najantă, cu un risc înalt de recidivare și progresare a maladiei .

În 2005, în Atena a fost pus în discuție Consensul European despre tactica în privința cancerelor tiroi-diene diferențiate și s-a menționat necesitatea luării în considerare a factorilor sus-numiți pentru stabilirea grupurilor de risc pentru cancere diferențiate.

Experiența clinică acumulată a filialei din Obninsk a AȘM a Federației Ruse a demonstrat, că tumorile canceroase tiroidiene încapsulate total sau parțial au un potențial scăzut de diseminare metastatică, de recidivare și /sau progresare a tumorii.

Microcarcinoamele glandei tiroide, în marea lor majoritate cu caracter papilar, se caracterizează prin dimensiuni mai mici de 1 cm, fără invazie în capsula glandei, fără semne de diseminare intratiroidiană, regională și la distanță. Pronosticul cel mai favorabil o au tumorile mai mici de 1,5 cm, mortalitatea fiind doar de 0,4%, pe când în tumori mai mari de 1,5 cm mortalitatea constituie 7-10%.

La circa 20-35% pacienți cu tumori ale glandei tiroide pot apărea recidive, 75% dintre care se dezvoltă în primii 10 ani după tratamentul primar. Cea mai înaltă rată de recidivare se întâlnește la copii și adolescenți (cca 40%).

În 75% de cazuri se dezvoltă recidivele, care sunt diagnosticate ca Mt ganglionare, în 20% se depistează recidive locale, iar în 5% cazuri – recidive în trahee și mușchii gâtului. 20- 22% cazuri pe parcurs au manifestat progresare a procesului canceros, mai frecvent sub formă de Mt la distanță (63 – Mt pulmonare, cca 10% - Mt osoase, în alte cazuri – Mt asociate). În metastazele regionale mortalitatea a constituit 8%, iar în Mt la distanță – 50%.

Prezentăm o scurtă caracteristică a celor mai răspândiți factori pronostici, care trebuie luați în considerație în selectarea tacticii adecvate de tratament. [5]

Tipul histologic al cancerului tiroidian

Cel mai favorabil pronostic clinic are cancerul tiroidian papilar, supraviețuirea generală constituind cca 93% cu condiția respectării stricte a algoritmului de tratament și efectuării intervenției chirurgicale adecvate sau radioterapiei cu ¹³¹I la pacienții cu risc crescut.

Stadiile I-II sunt diagnosticate în 70-80% de cazuri de cancere papilare, această formă având cea mai înaltă rată de supraviețuire – cca 99%, iar mortalitate

rareori constituie mai mult de 1%. Aproape un sfert din pacienții cu forma papilară de cancer o constituie persoanele cu vârsta de peste 45 de ani, care prezintă invazie extratiroidiană și/sau Mt ganglionare (st. III).

Stadiul IV se întâlnește în cca 5% cazuri în forma papilară, supraviețuirea la 20 de ani fiind cea mai joasă în acest stadiu – 40-58%.

Cancerul folicular prezintă o supraviețuire la 20 de ani mai joasă – 85-76%, iar rata recidivelor constituie 25-35%. Recidivele se manifestă preponderent prin Mt la distanță (80%), în restul cazurilor manifestându-se prin creșterea tumorii și Mt regionale. Cele mai periculoase se prezintă Mt la distanță, mortalitatea constituind 50%, pe când în recidiva tumorală și Mt regională mortalitatea e doar de 8%.

Cancerul tiroidian medular se întâlnește sub 2 forme clinice – ereditar și sporadic, aceste forme având particularități specifice.

Supraviețuirea la 10 ani în cancer medular la st. I constituie 97-100%, st. II – 93%, st. III -71% și la st. IV – 20%.

Pronosticul în cancerul tiroidian anaplastic este extrem de nefavorabil, în primul an de cedează 80-90% de bolnavi, supraviețuirea la 2 ani – 2-3%, iar în medie pacienții cu cancer anaplastic supraviețuiesc 3-9 luni. [6]

Vârsta

Vârsta este un factor pronostic foarte important. Unii autori afirmă că pronosticul este cel mai nefavorabil în diagnosticul la vârsta de 40-50 de ani, chiar până la 60 de ani, la bărbați și la femei fiind diferit.

Există păreri, că la bărbați vârsta cea mai vulnerabilă este de 40-50 de ani, la femei – 45-60 de ani. Pentru a nu se crea incertitudini s-a decis, ca în clasificarea internațională să fie admisă vârsta de 45 de ani pentru ambele sexe.

Metastaze la distanță

Pacienții cu cancer tiroidian cu vârsta de 45 ani și mai mult la momentul diagnosticului sunt recunoscuți ca fiind la st. IV, cu metastaze la distanță și prezintă indicii cei mai înalți de mortalitate. În cca 50% cazuri se întâlnesc Mt pulmonare sau osoase, în 20-25% metastazele sunt asociate (plămâni+oase).

Doar în 10-15% cancerul metastazează în creier, țesuturile moi, ficat. Pronosticul Mt osoase este mai puțin favorabil comparativ cu cele pulmonare, acestea din urmă răspund mai bine la tratamentul cu Iod radioactiv.

Metastazele la distanță sunt cauza deceselor prin

cancere papilare în cca 10% cazuri, iar în cele foliculare – în 30% cazuri.

În cca 50% cazuri Mt la distanță sunt depistate la I etapă diagnostică, în special, la pacienții după 45 de ani în forme din celule Hürtle.

Pronosticul în Mt la distanță depinde de vârsta bolnavului, localizarea metastazelor, capacitatea lor de a capta ¹³¹I.

Pacienții tineri cu Mt în plămâni prezintă un pronostic mai favorabil, care se explică prin capacitate înaltă de captare a ¹³¹I.

Invazie extraglandulară

În perioada preoperatorie este foarte dificil de a depista invazia tumorii în capsula glandulară. Aceasta a devenit posibil în ultimii ani prin metoda ecografiei. Cercetările au demonstrat impactul major al invaziei tumorale în capsula glandulară asupra supraviețuirii generale și supraviețuirii fără recidive.

Pronosticul este deosebit de nefavorabil, dacă invazia are loc pe suprafața posterioară a glandei, ceea ce se explică prin faptul, că posterior de glandă se

situează traheea și esofagul. Invazia intratiroidiană minimală nu influențează pronosticul și supraviețuirea, joacă un rol nefast doar invazia în structurile adiacente: țesuturile moi, nervii recurenți, glandele paratiroidiene, trahee, esofag. În clasificarea pTNM sunt date 3 grade de invazie extraglandulară a cancerului tiroidian, dintre care cele mai nefavorabile sunt ultimele două (vezi ”Clasificarea”). În caz de invazie extraglandulară incidența recidivelor este de 2 ori mai mare, rata mortalității pe 10 ani constituie 33%.

Volumul tumorii

În ultima redacție a clasificării pTNM (UICC, 2002) dimensiunile tumorii au fost mărite de la 1 la 2 cm, dar chirurgii din toate țările se orientează după dimensiunile tumorii de 1 cm. Volumul de 1 cm este în raport cu gradul de răspândire locală și regională a procesului tumoral. Dacă tumoarea este sub 1 cm se admite hemirezecția. Tumorile cu dimensiuni peste 1 cm au un potențial mai mare de diseminare (caracter multifocal, focar tumoral în lobul contralateral, inci-

Tabelul 2

Supraviețuirea în funcție de răspândirea cancerului glandei tiroide

Stadializarea TNM	Numărul total de pacienți	3 ani				5 ani și mai mult			
		Monito-rizați	Sănătoși	%	±ES%	Monito-rizați	Sănătoși	%	±ES%
St. I (T N M) 1 0 0	397	315	315	100,0	0,0	271	266	98,2	0,8
St. II (T N M) 2 0 0	1158	1130	1118	98,9	0,3	983	968	98,5	0,4
St. II (T N M) 2 1-2 0	67	56	45	80,4	5,3	36	29	80,6	6,6
St. IIIa (T N M) 3 0 0	701	650	629	96,8	0,7	460	415	90,2	1,4
St. IIIb (T N M) 3 1-3 0	91	61	46	75,4	5,5	39	27	69,2	7,4
St. IVa (T N M) 4 0 0	35	31	25	80,6	7,1	24	16	66,7	9,6
St. IVb (T N M) 4 1-2 0	21	17	10	58,8	11,9	9	5	55,6	16,6
St. IV (T N M) 4 orice 1	18	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	2488	2260	2188	96,8	0,4	1822	1726	94,7	0,5

dența Mt regionale și la distanță), de aceea cercetătorii europeni, americani, japonezi au propus ca st.T1 să fie împărțit în două substadii:

T_{1a}(tumoare < 1cm) și T_{1b} (≥1cm și < 2cm). [7]

Metastaze regionale

Rata metastazelor regionale în cancerul tiroidian papilar variază în limita 30-35% din cazuri, iar în cel folicular – 6-18% cazuri. Rata în cancerul papilar la copii este de 80%. În unele cazuri cancerul tiroidian se manifestă inițial prin Mt ganglionare cervicale, fără a fi depistat focarul primar în glande. S-a constatat, că Mt regionale prezintă un risc de apariție a recidivelor tumorii și are o corelație cu apariția Mt la distanță. Un impact nefavorabil asupra supraviețuirii fără recidive o au: Mt regionale bilaterale, Mt mediastinale, volumul mare al ganglionilor metastatici și invazia procesului tumoral în capsula ganglionară. Rata mortalității la pacienții cu Mt ganglionare este de 15%, în timp ce la cei fără metastazare – 97-100%.

În cancer medulare existența Mt în ganglionii limfatici este un factor nefavorabil în supraviețuirea generală și fără recidive. Luând în considerație o incidență înaltă și diseminare masivă a acestui tip histologic, e necesară planificarea operațiilor lărgite de limfodisecție cu scopul de a majora radicalitatea operației și de a ameliora pronosticul.

Pronosticul în cancerle diferențiate familiale și

al variantelor ereditare ale cancerelor medulare nu diferă mult de pronosticul în cazurile sporadice. În varianta familială sunt identice și evoluțiile clinice, pe când evoluția clinică a cancerului medular diferă de cazurile sporadice printr-o incidență mai înaltă a creșterii multifocale și printr-o metastazare regională bilaterală.

În concluzie, ne oprim mai detaliat la factorii de pronostic în lotul nostru de studiu (2488 de pacienți). [8]

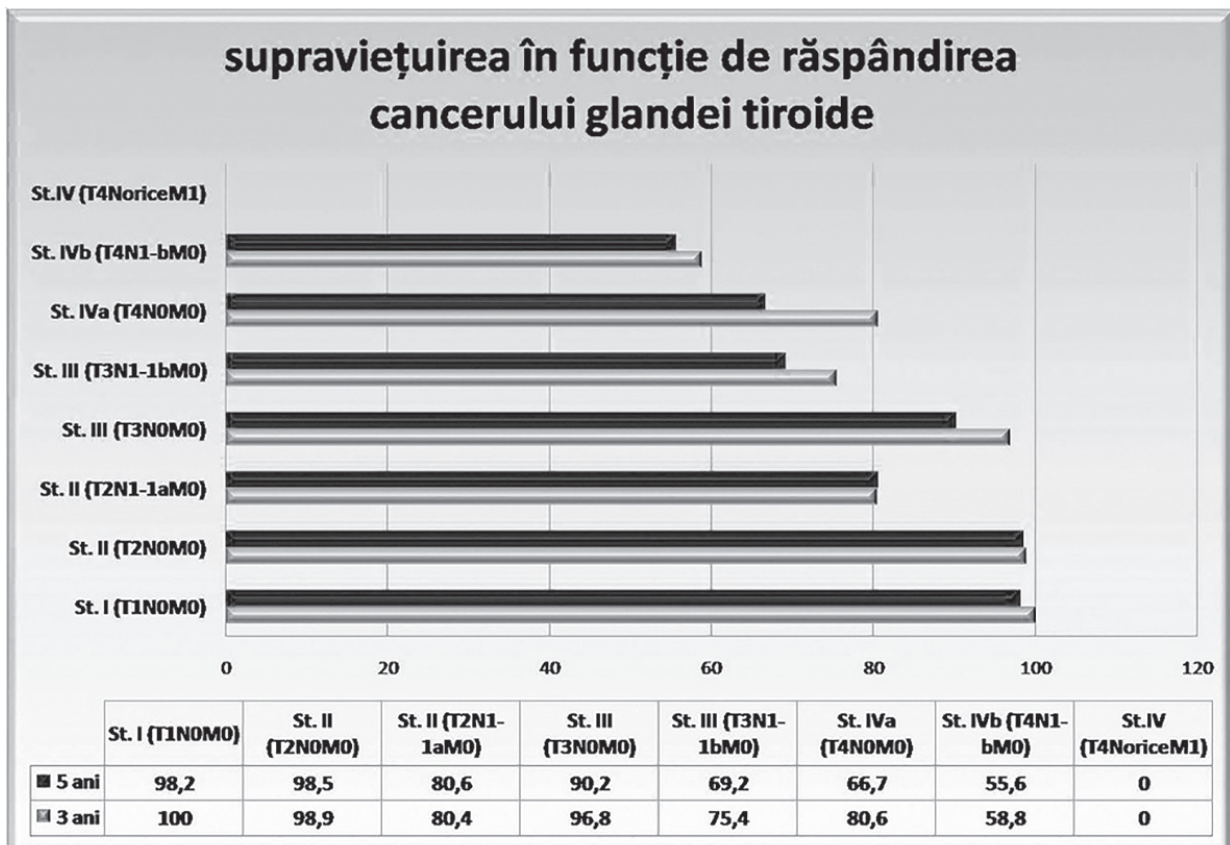
Tabelul 2 ne arată supraviețuirea pacienților cu cancer tiroidian în funcție de răspândire a procesului tumoral. Astfel, cea mai înaltă rată de supraviețuire la 5 ani s-a înregistrat la st. I și II (98,2% și, respectiv, 98,5%). La st. IIIa (fără Mt) rata supraviețuirii la 5 ani a constituit 90,2%.

Cea mai joasă supraviețuire s-a constatat la pacienții în st. IVa – 66,7% și la st. IVb – 55,6%.

Datele prezentate în tab. 2, care demonstrează corelația directă între gradul de răspândire al procesului tumoral și supraviețuirea pacienților la 5 ani și mai mult, această corelație fiind confirmată și de figura 1. Tabelul 3 arată supraviețuirea la 5 ani a pacienților cu cancer tiroidian în funcție de tipul de operație.

Astfel, s-a dovedit că rata supraviețuirii la 5 ani și mai mult a fost mai înaltă după operațiile tipice: rezecția glandei tiroide (98,7%); rezecție subtotală (96,5%); tiroidectomie (96,3%). Rata supraviețuirii

Figura 1

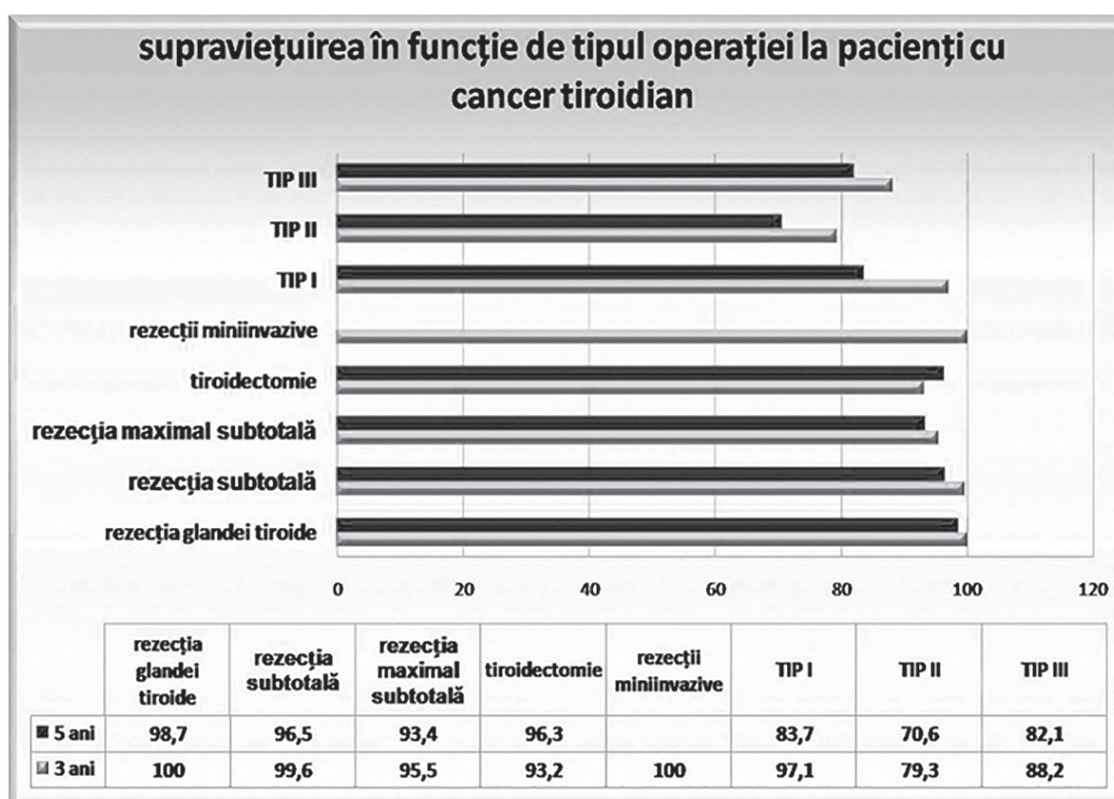


Tabelul 3

Supraviețuirea în funcție de tipul de operații la pacienții cu cancer al glandei tiroide

Tipul de intervenții chirurgicale elaborate de A. Țibirnă, 2007	Numărul total de pacienți	3 ani				5 ani și mai mult			
		monitorizați	sănătoși	%	± ES%	monitorizați	sănătoși	%	± ES%
Rezecția glandei tiroide	375	351	351	100,0	0,0	301	297	98,2	0,7
Rezecția subtotală	928	842	839	99,6	0,2	764	737	96,5	0,7
Rezecție maximal-subtotală	530	470	449	95,5	1,0	334	312	93,4	1,4
Tiroidectomia	337	322	300	93,2	1,4	240	231	96,3	1,2
Rezecții miniinvazive	26	26	26	100,0	0,0	0	0		
I-tip răspândirea limitată în mușchii țesuturilor moi	75	68	66	97,1	2,0	43	36	83,7	5,6
II-tip răspândirea în laringe, faringe, esofag, trahee, nervul recurent	36	29	23	79,3	7,5	17	12	70,6	11,1
III- tip răspândirea în focar primar, metastaze în ganglionii cervicali, paratraheali, mediastinului	181	152	134	88,2	2,6	123	101	82,1	3,5
TOTAL	2488	2260	2188	96,8	0,4	1822	1726	94,7	0,5

Figura 2



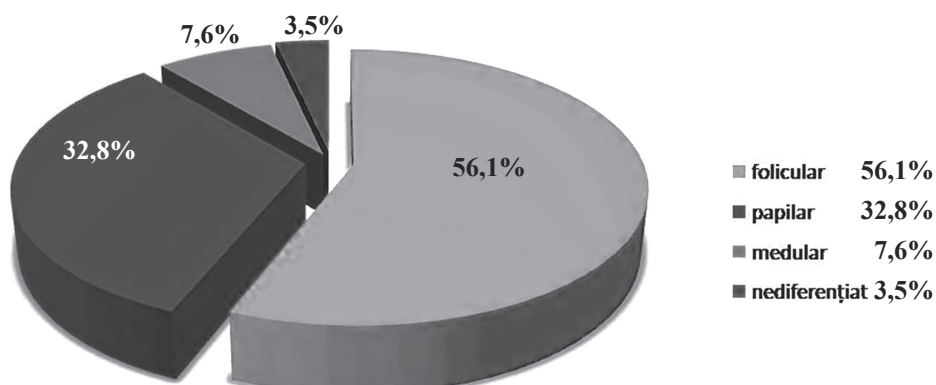
Tabelul 4

**Stabilirea diagnosticului în dependență de forma morfologică a cancerului gl. tiroide
în Republica Moldova în anii 1980-2015**

Anii	Total	Dintre ei cancer stabilit			
		Folicular	Papilar	Medular	Nediferențiat
1980	56	31	18	4	3
1985	65	36	21	5	3
1990	39	21	12	3	2
1995	54	30	17	2	3
1997	65	36	21	5	3
1998	72	42	23	5	3
1999	69	38	22	5	2
2000	97	54	32	7	3
2001	143	80	47	11	5
2002	119	67	39	9	4
2003	155	87	51	12	5
2004	153	88	52	12	5
2005	172	96	56	13	6
2006	168	94	55	13	6
2007	179	100	59	14	6
2008	225	126	74	17	8
2009	260	146	86	20	9
2010	233	130	76	18	8
2011	232	130	77	18	8
2012	328	184	108	25	11
2013	352	197	116	27	12
2014	378	212	124	29	13
2015	291	164	96	22	10
TOTAL	3905	2189	1282	296	138
%	100,0	56,1	32,8	7,6	3,5

Figura 3

Structura morfologică a cancerului tiroidian pe anii 1980–2015



Tabelul 5

Supraviețuirea în funcție de forma morfologică a cancerului glandei tiroide

Forma morfologică a cancerului glandei tiroide	Numărul total de pacienți	3 ani				5 ani și mai mult			
		Monito-rizați	Sănătoși	%	±ES%	Monito-rizați	Sănătoși	%	±ES%
Adenocarcinom papilar	817	801	799	99,7	0,2	641	618	96,4	0,7
Adenocarcinom folicular	1394	1230	1230	100	0,0	1073	1055	98,3	0,4
Cancer medular	189	168	137	81,5	3,0	105	53	50,4	4,9
Cancer nediferențiat	88	61	22	36	6,1	3	0	0	0,0
TOTAL	2488	2260	2188	96,8	0,4	1822	1726	94,7	0,5

la 5 ani și mai mult a fost mult mai joasă în urma operațiilor lărgite și combinate: de tip I – 83,7%; de tip II – 70,6%; de tip III – 82,1%. Rata foarte joasă de supraviețuire în urma operațiilor de tip III se explică prin răspândirea procesului tumoral în organele învecinate, cum ar fi: laringele, traheea, esofagul, faringele – 40%.

Datele sunt confirmate prin figura 2.

În tabelul 4 întocmit în baza Cancer-Registrului al Institutului Oncologic din RM putem observa că în perioada anilor 1980-2015 structura morfologică a cancerelor tiroidiene a fost următoarea: cancerul folicular a constituit 56,1%, papilar – 32,8%, medu-

lar – 7,6%, nediferențiat – 3,5%. În baza acestor date ajungem la concluzia, că forma foliculară a cancerului tiroidian a avut o incidență mai mare, fapt explicat prin agresivitatea morfologică mai mare a cancerului tiroidian după catastrofa de la Cernobil.

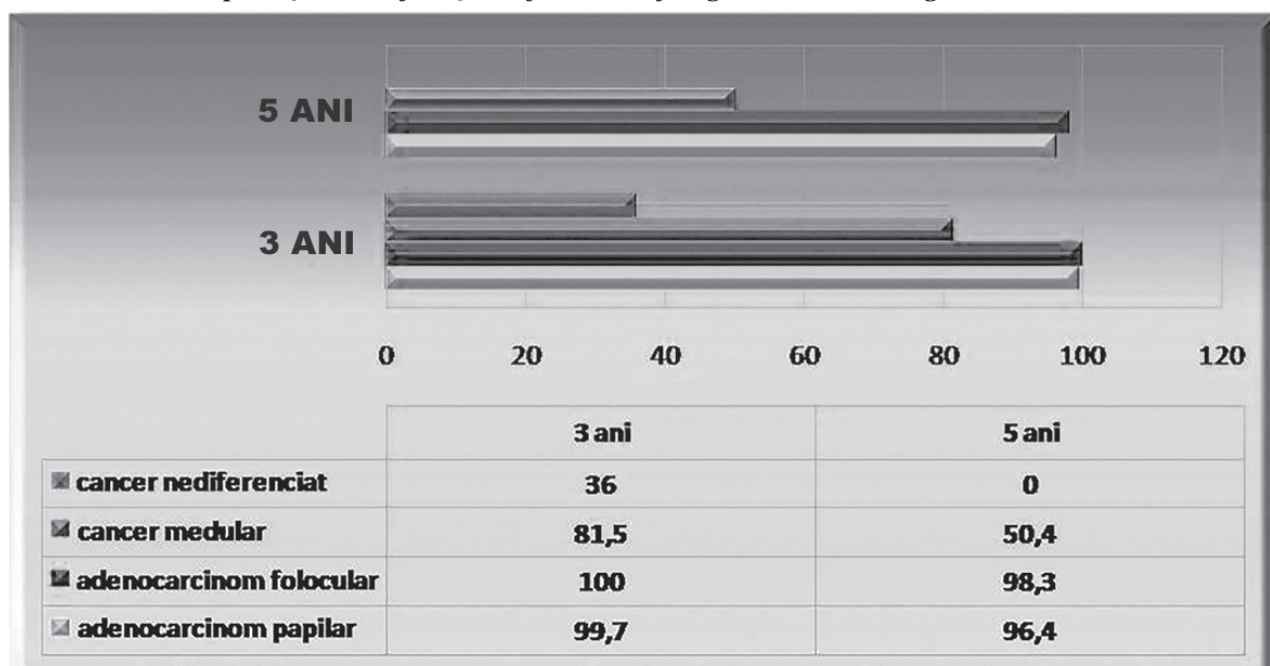
Datele din tabel sunt confirmate prin figura 3.

Tabelul 5 ne arată supraviețuirea pacienților în funcție de forma morfologică a cancerului tiroidian.

Astfel, supraviețuirea cea mai înaltă s-a dovedit a fi în formele înalt diferențiate: adenocarcinom papilar – 96,4%; adenocarcinom folicular – 98,3%. În forma medulară supraviețuirea a constituit doar 50,4%, iar

Figura 4

Supraviețuirea în funcție de forma morfologică a cancerului glandei tiroide



Tabelul 6

Incidența cancerului gl. tiroide în funcție de sex în Republica Moldova, anii 1980 – 2015

Anii	Femei		Bărbați	
	C. abs.	%000	C.abs.	%000
1980	58	2.9	11	0.5
1985	67	3.4	10	0.5
1990	42	2.1	8	0.4
1995	52	2.3	11	0.6
1998	69	3.6	13	0.7
1999	64	3.4	12	0.7
2000	89	4.7	14	0.8
2001	130	6.9	17	1.0
2002	107	5.7	18	1.0
2003	145	7.7	19	1.1
2004	147	7.8	18	1.0
2005	165	8.8	19	1.1
2006	158	8.4	17	1.0
2007	167	9.0	24	1.4
2008	200	10.9	33	1.9
2009	236	12.7	33	1.9
2010	205	11,1	32	1,9
2011	217	11,7	25	1,5
2012	285	15,4	48	2,8
2013	315	17,1	42	2,4
2014	335	18,1	51	3,0
2015	250	13,5	58	3,4
TOTAL	3503	86,8	553	13,2

în forma nediferențiată supraviețuirea la 3 ani a constituit 6,1%, iar la 5 ani – nu a supraviețuit nici un pacient.

Figura 4 confirmă aceste date.

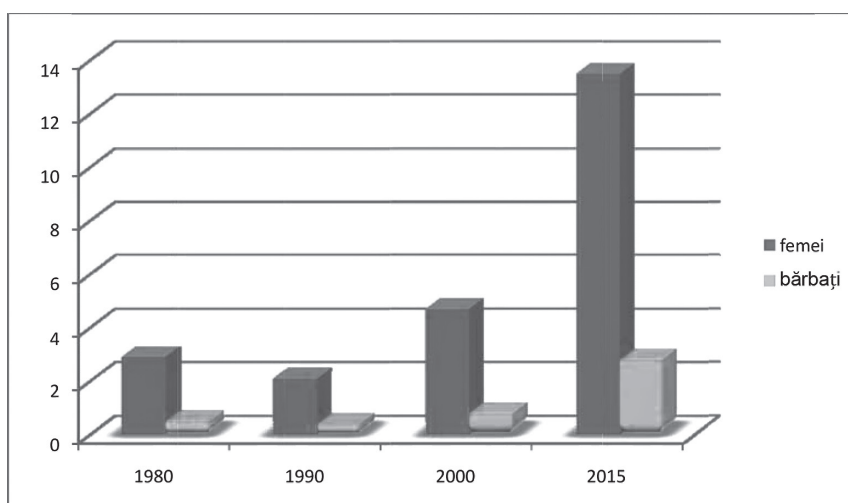
Tabelul 6 arată incidența cancerului tiroidian în funcție de sexul pacienților. Astfel în perioada anilor

1980-2015 (date din Cancer-Registru), femeile au constituit 86,8% din totalul pacienților, iar bărbații – 13,7%, raportul fiind de cca 8:1.

Figura 5 confirmă aceste date.

Tabelul 7 vine să demonstreze incidența cancerului tiroidian în funcție de vârstă. Vârsta cea mai afec-

Figura 5



Tabelul 7

Incidența cancerului glandei tiroide pe grupele de vârstă în Republica Moldova, anii 1980 - 2015

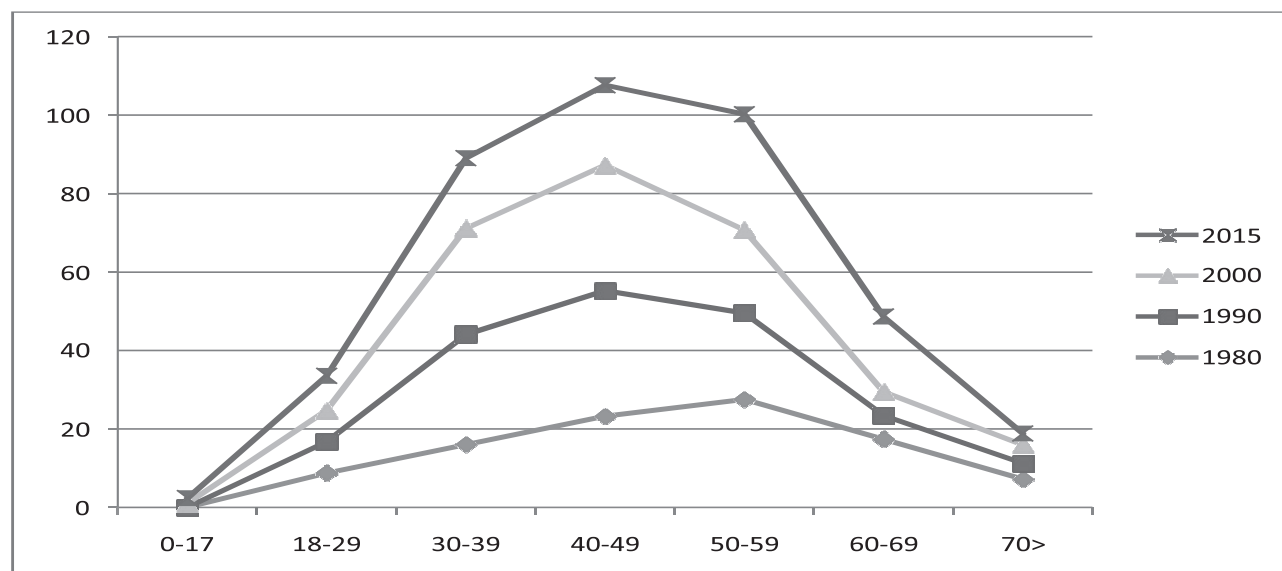
Anii	Total	Grupele de vârstă													
		0-17		18-29		30-39		40-49		50-59		60-69		70>	
		c.a.	%	c.a.	%	c.a.	%	c.a.	%	c.a.	%	c.a.	%	c.a.	%
1980	69	0	0,0	6	8,7	11	16,0	16	23,2	19	27,5	12	17,4	5	7,2
1985	77	1	1,3	7	9,0	16	20,8	18	23,4	16	20,8	12	15,6	7	9,1
1990	50	0	0,0	4	8,0	14	28,0	16	32,0	11	22,0	3	6,0	2	4,0
1995	63	1	1,6	3	4,8	15	23,7	18	28,6	21	33,3	3	4,8	2	3,2
2000	103	1	1,0	8	8,0	28	27,1	33	32,0	22	21,2	6	6,0	5	4,7
2001	147	1	0,7	14	9,5	30	20,4	44	29,9	41	27,9	10	6,8	7	4,8
2006	175	0	0,0	21	12,0	28	16,0	50	28,6	51	29,1	20	11,4	5	2,9
2008	233	2	0,9	11	4,7	31	13,3	65	27,9	76	32,6	36	15,5	12	5,1
2009	269	2	0,7	23	8,5	44	16,4	78	29,0	79	29,4	32	11,9	11	4,1
2010	237	4	1,7	24	10,1	26	11,0	53	22,4	88	37,1	33	13,9	9	3,8
2011	242	1	0,4	31	12,8	39	16,2	49	20,2	74	30,6	38	15,7	10	4,1
2012	333	0	0,0	22	6,7	59	17,7	81	24,3	118	35,4	46	13,8	7	2,1
2013	357	1	0,3	29	8,1	51	14,3	89	24,9	115	32,2	57	16,0	15	4,2
2014	386	7	1,8	27	7,1	53	13,7	73	18,9	130	33,7	77	19,9	19	4,9
2015	308	4	1,3	27	8,8	55	17,9	63	20,4	91	29,5	59	19,2	9	2,9

tată de cancer tiroidian în perioada anilor 1980-2015 a fost 40-60 ani (date din Cancer-Registru). Figura 6

În tabelul 8 sunt prezentate date despre supraviețuirea la 5 ani și mai mult a pacienților cu cancer tiroidian în funcție de sex și vârstă.

Figura 6

Cancerul tiroidian după grupele de vârstă, anii 1980-2015



Tabelul 8

Rezultatele tardive în tratamentul chirurgical al cancerului tiroidian în funcție de sexul și vârsta pacienților

Sex Vârsta	Numărul total de pacienți	3 ani				5 ani și mai mult			
		monitorizați	sănătoși	%	± ES%	monitorizați	sănătoși	%	± ES%
Femei	2264	2082	2036	97,8	0,3	1724	1695	98,3	0,3
Bărbați	224	178	152	85,4	2,6	98	31	31,6	4,7
TOTAL	2488	2260	2188	96,8	0,4	1822	1726	94,7	0,5
Până la 45 ani	1231	1142	1128	98,8	0,3	913	880	96,4	0,6
După 45 ani	1257	1118	1060	94,8	0,7	909	846	93,1	0,8
TOTAL	2488	2260	2188	96,8	0,4	1822	1726	94,7	0,5

Astfel, rata supraviețuirii în lotul nostru a fost mai înaltă la femei – 96,3%, la bărbați rata a constituit doar 31,6%.

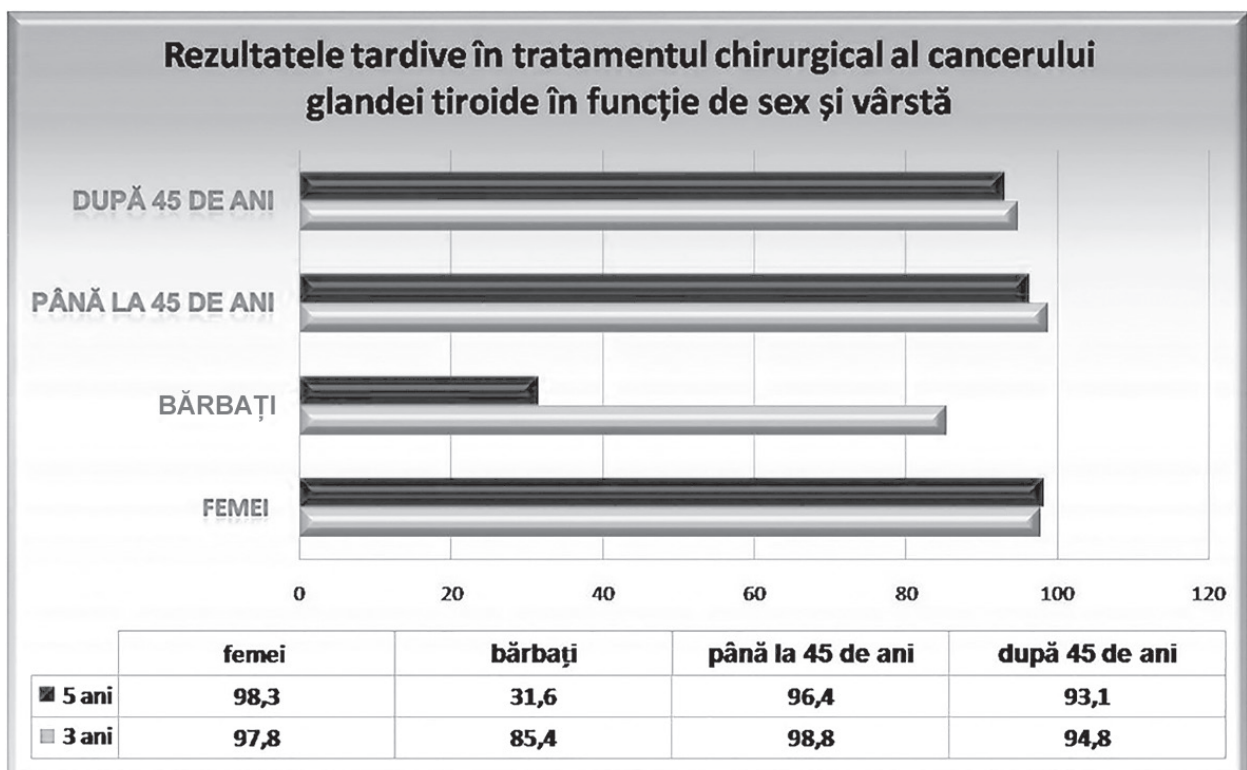
Supraviețuirea cea mai înaltă a fost înregistrată în grupul de vârstă până la 45 de ani (96,4%), pe când după 45 de ani supraviețuirea a constituit 93,1%.

Concluzie

Experiența savanților laboratorului științific "Chirurgia tumorii cap și gât" a Institutului Oncologic din

R. Moldova cuprinde observațiile clinice asupra circa 8300 pacienți cu neoplasme ale glandei tiroide, dintre care 4800 tumori maligne. De pe noi poziții moderne a fost cercetată evoluția patologiilor proceselor pretumorale și a cancerului glandei tiroide. Pe un lot de 2488 pacienți cu cancer a glandei tiroide a fost analizată prognoza și supraviețuirea fără recidive a bolnavilor. În rezultat soarta pacientului v-a depinde de: răspândirea procesului (volumul tumorii în focarul primar, invazia extraglandulară, prezența me-

Figura 7



tastazelor regionale și la distanță), tipul histologic al cancerului tiroidian, vârsta și sexul pacienților.

Bibliografie:

1. Dubinin O., "Tratamentul chirurgical al maladiilor hiperplastice benigne ale glandei tiroide, asociate cu schimbări autoimune în țesutul tiroidian". Teza de doctor în medicină, Chișinău, pag. 134.
2. Hotineanu V., "Chirurgia Curs selectiv". Chișinău. 2008. Pag.847, cap. II, "Bolile chirurgicale ale ti-roidei" pag. 61 – 80.
3. Țîbîrnă A., Hotineanu V., Ciornîi A. "Diagnosticul și tratamentul chirurgical al tumorilor foliculare tiroidiene". Buletinul AȘM, Științe medicale, No. 4 (13), Chișinău, 2007, pag. 142.
4. Țîbîrnă G., Ghid clinic de oncologie. Editura Universul. Chișinău, 2003. 828 pag., cap. 12.7 (Cancerul glandei tiroide), pag. 268 – 282.
5. Лисянский И. Е. "Клинико – генетические аспекты рака щитовидной железы". Автореферат кандидатской диссертации, Москва, 1987, стр. 23
6. Цыбырнэ Г. А., "Лечение местно- распространенного рака головы и шеи". Кишинев. "Știința", 1983, стр.136 – 164.
7. Djatin P. Shah. "Surgical treatment of locally extensive thygroid cancer". В книге: "Рак щитовидной железы и эндемический зоб". Екатеринбург. 2007, стр. 26
8. Țîbîrnă A., "Cancerul glandei tiroide". Editura "Universul", Chișinău, 2017, pag. 320.
9. Barbaro D., Simi U., Mencci G., Lapi P., Orsini P., Pasquini C. Thyroid papillary cancers: microcarcinom and carcinoma, incidental cancers and non-incidental cancers – are they different diseases. Clin. Endocrinol. – 2005-63, N5, p. 577-581.
10. Farina G. P., Vaccoli A., Pisano M., Panic., Di Ninni S., Marcello A., caggetti M. Il microcarcinoma papillare della tiroide. Implicazioni Clinique e strategia terapeutica. // G. Ital. Oncol. -2003-23, Nr1, p. 23-29.