

---

# Δελτίο Τύπου

Πέμπτη 24 Μαΐου 2012

---



## ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ (25 ΜΑΪΟΥ)

Απώλεια βάρους με αυξημένη όρεξη, εκνευρισμός, ευσυγκινησία, αίσθημα ταχυκαρδίας, αδυναμία, εύκολη κόπωση; Ή, μήπως, αύξηση βάρους με φυσιολογική ή μειωμένη όρεξη, υπνηλία, αίσθημα κρύου, βραδύτητα σκέψης, αύξηση χοληστερίνης; Σε κάθε περίπτωση, απαιτείται άμεσος έλεγχος από ειδικό Ενδοκρινολόγο για την πιθανή διάγνωση νοσημάτων του θυρεοειδούς αδένα, τα οποία ταλαιπωρούν σήμερα εκατομμύρια ανθρώπους σε ολόκληρο τον κόσμο!

Όπως είναι γνωστό, ο θυρεοειδής είναι ένας σημαντικός ενδοκρινής αδένας του ανθρωπίνου σώματος, ο οποίος ρυθμίζει τις καύσεις και το μεταβολισμό του οργανισμού και παράγει δύο ζωτικής σημασίας ορμόνες, τη θυροξίνη (T4) και την τριιωδοθυρονίνη (T3). Οι ορμόνες αυτές ρυθμίζουν διάφορες απαραίτητες κυτταρικές λειτουργίες που αφορούν την κατανάλωση ενέργειας στους ιστούς. Η λειτουργία του εξαρτάται και από την υπόφυση, ένα μικρό αδένά του εγκεφάλου.

Οι διαταραχές του θυρεοειδούς δεν αφορούν μόνο στην υπερβολική ή ανεπαρκή έκκριση των θυρεοειδικών ορμονών (υπερ- και υποθυρεοειδισμός), αλλά και σε άλλες δυνητικά επικίνδυνες παθήσεις, όπως οι όζοι, η οζώδης βρογχοκήλη κτλ. Οι παθήσεις αυτές, μάλιστα, εάν δε διαγνωστούν και δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα, μπορεί να προκαλέσουν σοβαρά προβλήματα με βαριές επιπλοκές, όπως καρδιαγγειακά συμβάματα, απορρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη, βλάβες στο έμβρυο κατά την κύηση, υπογονιμότητα στον άνδρα και τη γυναίκα, καρκίνο κτλ.

Σύμφωνα με τα δεδομένα πολλών διεθνών μελετών, τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται αύξηση των παθήσεων του θυρεοειδούς σε παγκόσμιο επίπεδο, γεγονός που αποδίδεται, πιθανώς, στο περιβάλλον, το είδος των τροφών και τις ιονίζουσες ακτινοβολίες. Παράλληλα, η αύξηση αυτή συσχετίζεται και με τη συχνότερη διάγνωση, η οποία επιτυγχάνεται σήμερα με την αυξημένη εγρήγορση ιατρών και πληθυσμού, σε συνδυασμό με τη διαθεσιμότητα περισσότερων διαγνωστικών μέσων. Ωστόσο, οι θυρεοειδοπάθειες στη χώρα μας εξακολουθούν να αποτελούν συχνή αιτία νοσηρότητας,

ενώ **ανιχνεύονται**, πλέον, και στον **παιδικό πληθυσμό**, ειδικά όταν υπάρχει **θετικό οικογενειακό ιστορικό**.

Τα παραπάνω τόνισαν σήμερα σε συνέντευξη τύπου, με αφορμή τον **εφεινικό εορτασμό της Παγκόσμιας Ημέρας Νοσημάτων του Θυρεοειδούς Αδένα** (25 Μαΐου), ο Πρόεδρος της Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας – Πανελλήνιας Ένωσης Ενδοκρινολόγων (Ε.Ε.Ε.-Π.Ε.Ε.), Αναπληρωτής Καθηγητής Ενδοκρινολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Μονάδα Ενδοκρινολογίας, Σακχαρώδη Διαβήτη & Μεταβολισμού, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Αρεταίειο» **κ. Γεώργιος Μαστοράκος**, η Συντονίστρια Διευθύντρια του Τμήματος Ενδοκρινολογίας, Μεταβολισμού & Σακχαρώδη Διαβήτη του Γ.Ν. Μελισσίων «Αμαλία Φλέμιγκ» **κ. Ιωάννα-Πηνελόπη Τζαβάρα-Αγγελοπούλου** και η Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ. του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» **κ. Βαρβάρα Βλασσοπούλου**.

Όπως ανέφερε ο κ. Μαστοράκος, οι **παθήσεις του θυρεοειδούς** που μπορούν να **επηρεάσουν τη γονιμότητα**, τόσο του **άνδρα**, όσο και της **γυναίκας**, είναι ο **υποθυρεοειδισμός** και ο **υπερθυρεοειδισμός** και, για το λόγο αυτόν, σε περιπτώσεις προβλημάτων γονιμότητας θα πρέπει πάντα να διερευνάται η **πιθανή παρουσία** τους. Αυτές οι δύο παθήσεις εμφανίζονται και **κατά τη διάρκεια της κύησης**.

Ο **υπερθυρεοειδισμός** **διαγιγνώσκεται πιο εύκολα**, λόγω της **εμφανούς νευρικότητας** και **έντονης καρδιακής ενεργοποίησης** που προκαλεί στις πάσχουσες, αλλά ο **υποθυρεοειδισμός** μπορεί να **διαλάθει της προσοχής**. Και τούτο διότι χαρακτηρίζεται, κυρίως, από **κόπωση** και **γενικευμένη υποτονικότητα**, οι οποίες πολλές φορές μπορεί να **συγχέονται με τα συμπτώματα** της ίδιας της **εγκυμοσύνης**.

Με δεδομένο το γεγονός ότι και **τα δύο νοσήματα** συσχετίζονται με **σοβαρές επιπλοκές**, που μπορεί να φτάσουν μέχρι και **απώλεια του εμβρύου**, και, επιπλέον, ο **υποθυρεοειδισμός**, ακόμα και σε **ήπιες μορφές**, συνδέεται με **προβληματική ανάπτυξη του κεντρικού νευρικού συστήματος του εμβρύου**, η πιθανότητα παρουσίας τους πρέπει να διερευνάται με την **παραμικρή, έστω, υποψία**. Σημειώνεται ότι **και τα δύο νοσήματα**, ιδίως ο **υποθυρεοειδισμός**, μπορούν να εμφανιστούν και στη **λοχεία**, δημιουργώντας **σημαντικά προβλήματα** στη **μητέρα**.

Από την πλευρά της, η κ. Τζαβάρα Αγγελοπούλου επεσήμανε ότι ο **καρκίνος του θυρεοειδούς** αποτελεί **σχετικά σπάνια νόσο**, αφού απαντάται σε **ποσοστό 0,6-1,6% των καρκίνων** στις Η.Π.Α., και αφορά τόσο στους **άνδρες** όσο και στις **γυναίκες**. Από τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας (ΕΛ.ΣΤΑΤ.), το **1995** οι **θάνατοι από καρκίνο θυρεοειδούς** αναφέρονται σε **ποσοστό 0,35-0,38%** του συνόλου των θανάτων από καρκίνο στη χώρα μας.

Οι **θυρεοειδικοί όγκοι** αποτελούν τους **περισσότερο συχνούς** από το σύνολο των **ενδοκρινικών νεοπλασμάτων**. Η ταξινόμηση του θυρεοειδικού καρκίνου κατά τον Rosai (1996) με βάση την ιστογένεση και τη διαφοροποίηση είναι **όγκοι με θυλακιοκυτταρική διαφοροποίηση**, **όγκοι με διαφοροποίηση του C-κυττάρου** και **μικτοί όγκοι με**

διαφοροποίηση και των θυλακιοκυτταρικών και των C-κυττάρων. Τα **κακοήθη νεοπλασμάτα** του θυρεοειδούς διακρίνονται περαιτέρω σε: α) **καλά διαφοροποιημένα** (θηλώδη, θυλακιώδη, μυελοειδή), β) σε **χαμηλής διαφοροποίησης**, γ) **αδιαφοροποίητα** και **άλλα σπάνια** (πρωτοπαθές λέμφωμα) κ.ά.

#### **ΘΥΛΑΚΙΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ**

Το **θηλώδες** και **θυλακιώδες καρκίνωμα** είναι οι **πιο γνωστές** και **συνήθεις κακοήθειες του θυρεοειδούς**, αφού αποτελούν ποσοστό **άνω του 90%** του συνόλου των θυρεοειδικών καρκινωμάτων. Το **ποσοστό θανάτων** από αυτούς τους καρκίνους είναι **πολύ χαμηλό** (0,4%), αλλά αυτή η **καλή τους πρόγνωση** και **εξέλιξη** εξαρτάται από την **έγκαιρη διάγνωση** και, βεβαίως, από τη **σωστή αντιμετώπισή τους** (χειρουργική επέμβαση και χορήγηση <sup>131</sup>I).

#### **ΘΗΛΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ**

Αποτελεί το **συχνότερο κακοήθες νεόπλασμα** του θυρεοειδούς. Οι **κλινικές εκδηλώσεις** του είναι **αθόρυβες**. Συνήθως πρόκειται για **μονήρη “ψυχρό” όζο**, άλλοτε άλλου μεγέθους (≈ 50% του συνόλου). Είναι **πιο συχνό στις γυναίκες** από τους άνδρες και εμφανίζεται σε **οποιαδήποτε ηλικία** (μέση ηλικία εμφάνισης περίπου τα **40 έτη**). Στα **παιδιά** είναι η **συνηθέστερη κακοήθεια** του θυρεοειδούς (>90% του συνόλου). Έχει διαπιστωθεί αυξημένη συχνότητα θηλώδους επί νόσου Hashimoto. Η **κλινική πορεία** είναι **μακροχρόνια**, με **εμφάνιση υποτροπής** ακόμα και **30 χρόνια μετά την πρώτη εμφάνιση** της νόσου.

#### **ΘΥΛΑΚΙΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ**

Είναι **λιγότερο συχνό** από το θηλώδες (5-15% σε περιοχές με περίσσεια ιωδίου, 25-40% σε ιωδοπενικές περιοχές). Για να τεθεί η διάγνωση πρέπει να διαπιστωθεί **δήθηση της κάψας** ή και των **αγγείων**. Έχει **χειρότερη πρόγνωση** από το θηλώδες, γιατί χορηγεί συχνότερα **αιματογενείς μεταστάσεις**, κυρίως στα **οστά** και στους **πνεύμονες**, που σε ποσοστό **15-20%** είναι η **πρώτη εκδήλωση** της νόσου. Διακρίνονται δύο βασικοί τύποι: α) θυλακιώδες με **ελάχιστη διήθηση** (minimally invasive) και β) θυλακιώδες με ευρεία διήθηση (widely invasive) με **επιθετικότερη συμπεριφορά**.

#### **ΑΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΤΟ (ANAPLASTIC) ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ**

Η **πλέον επιθετική μορφή καρκίνου**, με **συχνότητα εμφάνισης** περίπου **3%** του συνόλου σε **ασθενείς μεγάλης ηλικίας** (>60 χρ.). Συνήθως εμφανίζεται ως **ταχέως αναπτυσσόμενη μάζα** με **επέκταση στον τράχηλο**, **δύσπνοια** και **τοπική ευαισθησία**. Τα αδιαφοροποίητα είναι, συνήθως, αποτέλεσμα μετατροπής των καλώς διαφοροποιημένων, κυρίως θηλωδών καρκινωμάτων. **Δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία** και η **εξέλιξη** είναι **ταχύτατη**, με **δήθηση του τραχήλου** και **μεταστάσεις στους πνεύμονες**. Η **μέση επιβίωση** **δεν υπερβαίνει τους 6 μήνες**.

#### **ΜΥΕΛΟΕΙΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ (ΜΚΘ)**

Αποτελεί το **5-10%** των **θυρεοειδικών καρκινωμάτων** και προέρχεται από τα παραθυλακιώδη ή κύτταρα C, τα οποία **εκκρίνουν** σε φυσιολογικές συνθήκες **καλσιτονίνη**. Παρουσιάζεται, συνήθως, σε **ηλικία 50-60 ετών** ως **μονήρης, ανώδυνος σκληρός όζος**.

Υπάρχει μία **μικρή υπεροχή στις γυναίκες (1,5/1)**. Κατά την πρώτη εμφάνιση τουλάχιστον στο **50% των ασθενών** παρατηρείται **συνοδός τραχηλική λεμφαδενοπάθεια**. Μακρινές μεταστάσεις στους πνεύμονες, ήπαρ και οστά κατά την αρχική εκδήλωση της νόσου μπορεί να εμφανιστούν σε ποσοστό μέχρι και **10%**.

Η μόνη **αποτελεσματική θεραπεία** είναι η **χειρουργική**, η οποία αφορά σε **ολική θυρεοειδεκτομή και ριζικό λεμφαδενικό τραχηλικό καθαρισμό**. Η **παρακολούθηση της εξέλιξης** της νόσου γίνεται με **μέτρηση της καλσιτονίνης** και του CEA. Χαμηλές τιμές καλσιτονίνης επί μεταστατικής νόσου υποδηλώνουν **κακή πρόγνωση** λόγω αποδιαφοροποίησης. Η **10ετής** επιβίωση είναι **67-80%**.

Αναφερόμενη στην **επίδραση των θυρεοειδικών ορμονών**, η κ. Βλασσοπούλου τόνισε ότι αυτή αφορά το **ήπαρ**, την **καρδιά**, το **μυϊκό σύστημα**, τον **λιπώδη ιστό** και το **σκελετό**, καθώς και την **αναπαραγωγική λειτουργία**. Ο θυρεοειδής είναι **πολύ σημαντικός** για τη **λειτουργία του εγκεφάλου**, ιδίως για την **σωστή ανάπτυξη** και λειτουργία του στην **ενδομήτρια ζωή** και στη **νεογνική περίοδο**. Ο ρόλος του είναι, λοιπόν, **ζωτικής σημασίας** και όταν δε λειτουργεί σωστά μπορεί να προκαλέσει ένα **πλήθος δυσάρεστων** για την υγεία **επακόλουθων**.

Οι **παθήσεις του θυρεοειδούς** εμπίπτουν σε **δύο μεγάλες κατηγορίες**: στις παθήσεις που αφορούν το **μέγεθος** (βρογχοκήλη – όζος) και στις παθήσεις που αφορούν τη **λειτουργία** (υποθυρεοειδισμός – υπερθυρεοειδισμός). Ενίστε, ωστόσο, παρατηρείται και **συνδυασμός των δύο**.

Η **διόγκωση** του θυρεοειδούς ονομάζεται **βρογχοκήλη**. Είναι μια **αντιρροπιστική προσαρμογή** στην προσπάθεια του αδένου να **ανταπεξέλθει στις ανάγκες του οργανισμού** όταν η λειτουργία του έχει κάποιο μειονέκτημα. Έτσι, διογκώνεται π.χ. όταν **λείπει το ιώδιο** από τις τροφές, αφού το ιώδιο είναι **απαραίτητο συστατικό των ορμονών** του θυρεοειδούς. Η **έλλειψη ιωδίου** ήταν μια από τις **σημαντικές αιτίες** που παλιότερα είχαμε **συχνά βρογχοκήλη στην Ελλάδα**, κυρίως στις **ορεινές περιοχές**. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι **δεν υπάρχει πια έλλειψη ιωδίου**, εκτός, ίσως, από ελάχιστες πολύ μακρινές περιοχές. Παρόλα αυτά, οι παθήσεις του θυρεοειδούς **εξακολουθούν να εμφανίζονται** συχνά και προκαλούν **σημαντική νοσηρότητα** στον πληθυσμό.

Ο θυρεοειδής μπορεί να διογκώνεται και από **χρόνιο ερεθισμό** από **ουσίες** που έχουν κάποια **διεγερτική δράση** στα κύτταρά του, οι οποίες **προέρχονται** είτε **από το περιβάλλον**, όπως είναι π.χ. τα **θειοκυανικά** που περιέχονται στον **καπνό**, είτε, σε ορισμένους πληθυσμούς, από την **κατανάλωση ασυνήθιστων τροφών** που μπορεί να τον ερεθίζουν. Στη χώρα μας δεν έχουν αναγνωριστεί τέτοιες τροφές.

Αρκετά συχνό φαινόμενο αποτελεί και η **προέλευση των ερεθιστικών** αυτών **παραγόντων** από τον **ίδιο τον οργανισμό**, όπως είναι τα **εσωτερικά αντισώματα** που μπορεί να δυσκολεύουν τη λειτουργία του θυρεοειδή, τα οποία φαίνεται πως είναι η **συχνότερη αιτία εμφάνισης βρογχοκήλης** στις μέρες μας.



Σε ό,τι αφορά τον **υποθυρεοειδισμό**, σημείωσε η κ. Βλασσοπούλου, η **επίπτωσή** του στο γενικό πληθυσμό είναι **περίπου 5-7%** και της **ήπιας μορφής** φθάνει μέχρι **15%** στις ηλικιωμένες γυναίκες. Όταν ο θυρεοειδής **δεν παράγει τη σωστή ποσότητα** των θυρεοειδικών ορμονών εκδηλώνονται **διάφορα συμπτώματα**, όπως **γενικευμένη κόπωση, τάση για παχυσαρκία, βραδύτητα στις κινήσεις και τις αντιδράσεις, υπνηλία, ξηρότητα του δέρματος, δυσκοιλιότητα** και, σε βαρύτερες περιπτώσεις, **οίδημα στο πρόσωπο και τα άκρα, τριχόπτωση και βαρηκοΐα**. Από την **καρδιά** παρουσιάζεται **βραδυκαρδία**.

Για τη **θεραπεία του υποθυρεοειδισμού** χρησιμοποιούμε τα **δισκία θυροξίνης**, τα οποία χορηγούμε σε **ποσότητα τόση όση λείπει από τον οργανισμό** και μπορούμε να έχουμε πρακτικά **πλήρη θεραπεία της νόσου**, εφόσον η αγωγή είναι τακτική.

Αντίθετα, στον **υπερθυρεοειδισμό** ο θυρεοειδής παράγει **περισσότερες ορμόνες από όσες πρέπει**. Αποτέλεσμα είναι η εμφάνιση **ταχυκαρδίας, απώλειας βάρους, δυσανεξίας στη ζέση και εφιδρώσεις**. Επίσης, χαρακτηριστικά του υπερθυρεοειδισμού είναι η **ανησυχία, ο εκνευρισμός, το τρέμουλο των χεριών και η έντονη μυϊκή αδυναμία**. Στις γυναίκες μπορεί να έχουμε **διαταραχές της περιόδου**. Η **απώλεια βάρους** που τον συνοδεύει μπορεί να βάλει την **υποψία για κακοήθη νόσο**, στην περίπτωση, όμως, εκείνη υπάρχει **ανορεξία**, ενώ στον υπερθυρεοειδισμό **πολυφαγία**. Η υπερλειτουργία του θυρεοειδούς μπορεί να δημιουργήσει πιο εύκολα **καρδιακή αρρυθμία**, ειδικά στα ηλικιωμένα άτομα και μπορεί να σχετίζεται με **οφθαλμοπάθεια** (εξόφθαλμος).

Η **επίπτωση της υπερλειτουργίας του θυρεοειδούς** στο γενικό πληθυσμό είναι **0.2% στους άνδρες και 2% στις γυναίκες**. Δεν υπάρχει τρόπος να προλάβουμε τον υπερθυρεοειδισμό. Απλώς, είναι καλό να διαγνωσθεί γρήγορα για να δοθεί η κατάλληλη αγωγή, διότι **αν παραμεληθεί** μπορεί να έχει **σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία**, κυρίως από **επιπλοκές από την καρδιά** (αρρυθμίες, καρδιακή ανεπάρκεια κλπ).

Η **θεραπεία** του υπερθυρεοειδισμού γίνεται με **φάρμακα**. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η νόσος έχει μια **χρόνια μορφή** και την **τάση να υποτροπιάζει**. Σε αυτές τις **επίμονες περιπτώσεις** μπορεί να χρειαστεί **χειρουργείο ή «καταστροφή»** του θυρεοειδούς με **ραδιενεργό ιώδιο**, προκειμένου να έχουμε **οριστική ίαση** της νόσου. Υπάρχουν, όμως, και μερικές **πιο ήπιες, παροδικές μορφές** που περνούν πολύ γρήγορα και δεν χρειάζονται μακρά παρακολούθηση. Οι τελευταίες οφείλονται σε κάποιου τύπου **παροδική φλεγμονή** του θυρεοειδούς.

Οι **περισσότερες παθήσεις του θυρεοειδούς** είναι **πιο συχνές στις γυναίκες**. Υπάρχει μια **έξαρση** στην περίοδο **λίγων μηνών μετά τον τοκετό**. Επίσης, **ήπιες μορφές** είναι συχνές στις **γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση** και η **επίπτωση γίνεται αρκετά συχνή στις μεγάλες ηλικίες**.