

DOI: 10.5937/halo29-46660
 UDC: 616.441-006.6-06
 616.24-008.4

PRIKAZ BOLESNIKA

DISPNEA SA LETALNIM ISHODOM – PRIKAZ PACIJENTKINJE SA INOPERABILNIM KARCINOMOM ŠTITNJAJE

Jovanović A, i sar. Dispnea sa letalnim ishodom. Halo 194. 2023; 29(2-3):81-84.

Anđelina JOVANOVIĆ¹, Sanja VUČIĆ¹, Svetlana VALJAREVIĆ^{1,2},
 Milan VIDAKOVIĆ¹, Jelena GAVRIĆ¹

¹Kliničko-bolnički centar Zemun, Beograd, Srbija; ²Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, Srbija.

Rad primljen: 09.08.2022.

Prihvaćen: 16.08.2022.

Korespondencija:

Anđelina Jovanović
 Vukova 9,
 11000 Beograd
 Srbija
 Tel. +38162220032
 E-mail:
 andjelinakjosevski@yahoo.com

SAŽETAK

Tumori štitaste žlezde, zbog svoje lokalizacije u vratu, dok rastu mogu ugroziti disajni put. Maligniteti štitnjače sem kompresije, mogu vršiti i infiltraciju lokalnih tkiva. Prikazujemo slučaj pacijentkinje sa uznapredovalim karcinomom štitaste žlezde, koji je zahtevao hitno obezbeđivanje disajnog puta, ali je zbog propagacije maligniteta u medijastinum i posledične kompresije na distalne delove traheje i plućno tkivo, hospitalizacija završena letalnim ishodom bez obzira na preduzeto lečenje. Obezbeđivanje disajnog puta naprednim metodama (endotrahealnom intubacijom ili traheotomijom) ponekad nije dovoljno za spašavanje života naših pacijenata.

Ključne reči : uznapredovao karcinom štitaste žlezde, dispnea, obezbeđivanje disajnog puta

UVOD

Tumori štitaste žlezde, usled anatomske lokalizacije ovog organa, predstavljaju rizik zbog moguće ugroženosti disajnog puta. Benigne izrasline ove regije, ređe dovode do kompresije, koja je takvog stepena da vrši značajnu opstrukciju lumena traheje. Maligniteti štitnjače mogu ugroziti disajni prostor ne samo kompresijom, već i infiltracijom rekurentnih nerava što u slučaju bilateralne zahvaćenosti, dovodi do potencijalno životno ugrožavajuće paralize obe polovina larinksa [1]. Papilarni karcinom štitaste žlezde je najčešći maligni tumor ove žlezde u svetu (70-80%) [2]. Procenjuje se da je stopa mortaliteta između 11% i 17% [2]. Zbog oskudne regionalne infiltracije i velikog postoperativnog preživljavanja smatra se izlečivom bolešću.

Prikazujemo pacijentkinju sa uznapredovalim karcinomom štitaste žlezde, koji je zahtevao hitno obezbeđivanje disajnog puta, ali je zbog propagacije maligniteta u medijastinum i posledične kompresije na distalne delove traheje i plućno tkivo, hospitalizacija završena letalnim ishodom bez obzira na preduzeto lečenje.

PRIKAZ BOLESNIKA

Sedamdesetčetvorogodišnja pacijentkinja je dovežena kolima hitne medicinske pomoći (HMP) svesna i orijentisana u sva tri pravca, arterijskog krvnog pritiska 100/55 mmHg, pulsa oko 95/min, u hitnu otorinolaringološku ambulantu (ORL) Kliničko-bolničkog centra Zemun.

Zbog gušenja, stridoroznog disanja i niskih vrednosti saturacije hemoglobina kiseonikom (SaO₂ 66%), izmerenih pulsni oksimetrom, prehospitalno ordinirana medikamentozna terapija kortikosteroida i

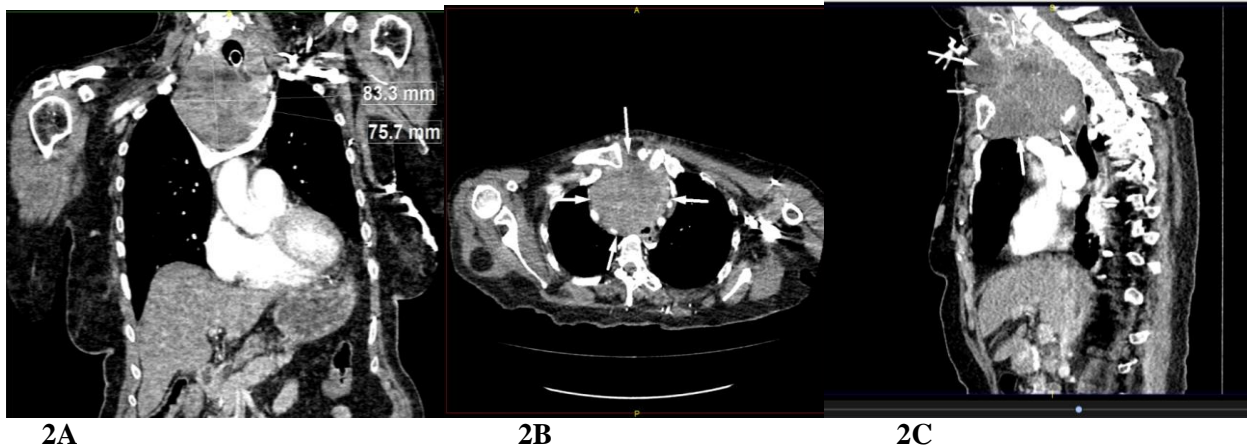
bronhodilatatora (metilprednizolon 80 mg i teofilin 250mg) IV, uz oksigenoterapija (O₂) preko kiseonične maske, brzinom 4l/minuti.

Pri pregedu, fokusiranim fizikalnim nalazom utvrđuje se uvećana, tvrda i fiksirana štitna žlezda koja se spušta ka medijastinumu. Prisutan naglašen venski crtež na vratu i gornjem delu grudnog koša, kao i egzoftalmus levog oka. Ostali klinički ORL nalaz je bio neupadljiv. U porodičnoj anamnezi naknadno je dobijen podatak podatak da je majka bolovala od Grejvs-Bazedovljeve bolesti. Zbog niskih vrednosti SaO₂ i izrazito lošeg opšteg stanja, učinjena je urgentna traheotomija u lokalnoj anesteziji (sl. 1).



Slika 1. Pacijentkinja u bolesničkoj postelji posle urgentne traheotomije, na kiseoničnoj potpori

Postoperativno, pacijentkinja je svesna, komunikativna, hemodinamski stabilna, spontanog disanja sa SaO₂ od 92% (na O₂ od 10 L/min). Skener (CT) vrata i grudnog koša učinjen nakon stabilizacije opšteg stanja pacijentkinje (slika 2) ukazao je na masivan tumor štitaste žlezde, sa kompresijom traheje i invazijom u prednji i srednji medijastinum.



Slika 2. Kompjuterizovana tomografija vrata i grudnog koša, **A** koronalni presek, **B** aksijalni presek, **C** sagitalni presek: tumorska promena (obeležena veličina tumorske mase u milimetrima – 2A, kao i sa belim strelicama - 2B,C) izraženije desno sa pre i paratrahealnim širenjem i descendentnim spuštanjem mase u prednji i srednji medijastinum do nivoa brahiocefaličnog trunkusa. Sa znacima dislokacije desne zajedničke karotidne arterije i desne potključne arterije u nazad i pomeranjem i pritiskom traheje na levo i u nazad sa sužavanjem njenog lumena.

Iz dostupne medicinske dokumentacije saznaje se da je pacijentkinja nakon dijagnostikovanja hipertireoza u 39. godini života, lečena peroralnom terapijom tiamazolom (10 mg dnevno). Početkom 2018. godine ultrazvučnim pregledom je potvrđena polinodozna toksična struma. Potom 2020. godine EHO vrata je ukazao na porast veličine nodusa, posebno u desnom lobusu štitaste žlezde. Iste godine, scintigrafski, evidentiran je hiperfunkcionalni čvor u kaudalnom polu desnog lobusa, kao i nehomogeno tkivo u ostatku žlezde. Inicijalno nije urađena iglena biopsija štitaste žlezde (eng. fine-needle aspiration biopsy-FNAB). Pacijentkinja je podvrgnuta terapiji radioaktivnim jodom (RAJ) zbog hipertireoze na terenu toksične polinodozne strume, posle čega je uspostavljena eutiroidna funkcija.

Usled pandemije korona virusa dve godine nije obavljala kontrolne preglede. Od sredine 2022. godine učestale su pneumonije, sa ponavljanim epizodama gušenja, kašlja, zamaranja i sviranja u grudima. Na radiografiji pluća uočava se senka u gornjem medijastinumu. Zbog sumnje na uvećanu štitastu žlezdu, indikuje se kontrolni EHO vrata kao i CT vrata i grudnog koša, ali iz nepoznatog razloga dijagnostika nije sprovedena. U narednim mesecima bolesnica uz navedene simptome gubi u telesnoj masi (više od 7 kg), ne može da leži na leđima, uznemirena je i depresivna.

Početkom 2023. godine CT vrata i toraksa evidentira tumorski izmenjenu štitastu žlezdu, koji poređenjem sa postoperativnim nalazom (posle hitne traheotomije u našoj bolnici), ukazuje da je kontinuiranim rastom vršio sve veću kompresiju na traheju, i propagaciju intratorakalno (u gornji medijastinum). Makroskopski je tumor obavijao i jednjak i traheju, koja se u jednom delu svela na pukotinu. U martu 2023. godine je učinjena FNAB štitaste žlezde i sa citološki potvrđenim papilarnim karcinomom upućena je u referentnu ustanovu na konzilijum za endokrine karcinome. Kako je tumor već bio inoperabilan, a ustanovljena je i tumorska promena na levom nadbubregu, zahtevane su konsultacije

otorinolaringologa i nefrologa. Konzilijarno je odlučeno da nije potrebna elektivna traheotomija jer je procenjeno da disajni put nije ugrožen. Nefrolog se izjasnio da se radi o adenomu nadbubrega, i usled izostanka hiperfunkcije a prisutne uznapredovale maligne bolesti nije indikovano dalje ispitivanje funkcije nadbubrega.

U narednim mesecima tegobe sa disanjem perzistiraju, sve do trenutka kada je pacijentkinja hospitalizovana i hitno traheotomisana zbog stridoroznog disanja i znatnog pada saturacije kiseonika. Od drugog operativnog dana, potrebe za kiseoničnom potporom rastu, te se povećava protok O₂ na maksimalnih 15L/min (preko traheostome). Četvrtog dana dolazi do naglog pada saturacije na 89%, te se pacijentkinja premešta u jedinicu intenzivnog lečenja. Zbog progresivnog pada saturacije, i svakodnevnog pada vrednosti parcijalnog pritiska kiseonika (pO₂) u gasnim analizama, priključena je na aparat za mehaničku ventilaciju.

Uprkos merama intenzivnog lečenja, do letalnog ishoda dolazi 20.og dana nakon urgentne traheotomije.

DISKUSIJA

Uznapredovali karcinomi štitaste žlezde, sa propagacijom u medijastinum, predstavljaju izuzetno težak medicinski problem i veliki izazov za kliničare. U slučaju obostrane paralize rekurensa ili tumorskih masa štitnjače koji vrše kompresiju na disajni put u vratu, traheotomija ili intubacija (kada je moguća) predstavljaju načine uspostavljanja i održavanja disajnog [1]. Traheotomija nudi niz prednosti u odnosu na druge metode uspostavljanja disajnih puteva. Otvaranje traheje i uvođenje kanila vrši se radi sprečavanja gušenja i uspostave normalnog disanja, odnosno zaobilaznja opstrukcija u gornjim disajnim putevima nastalih edemom, stranim telima, urođenim manama, tumoroznim masama i suženjem [3] (kao kod naše pacijentkinje).

Sa druge strane, progresija bolesti u medijastinum sa posledičnom kompresijom distalnih delova traheje, traheobronhijalne račve i plućnog tkiva predstavlja izuzetno nepovoljni prognostički faktor za preživljavanja [1]. Najčešća metastatska mesta karcinoma štitaste žlezda su pluća, kosti, medijastinalni limfni čvorovi, karlica, mozak i jetra. Retko zahataju traheju, ali ako se to desi, kao u našem slučaju, krvarenje i opstrukcija disajnog puta mogu dovesti do letalnog ishoda [1].

Obezbeđivanje disajnog puta ima krucijalan značaj u tretmanu hitnih stanja [4]. Međutim, prema dostupnoj medicinskoj literaturi na Medline, nema jasnih stavova i smernica o obezbeđivanju disajnog puta kod inoperabilnih karcinoma štitaste žlezde kod kojih se očekuje dalji rast tumora. U ORL praksi, traheotomija se indikuje i izvodi kod inoperabilnih masivnih karcinoma farinksa, larinksa i usne duplje [3]. Profilaktička, elektivna traheotomija se izvodi pre lečenja karcinoma glave i vrata. Ova najstarija hirurška procedura, osim što obezbeđuje siguran, izdržljiv disajni put za produženu mehaničku respiratornu podršku [5-7], treba biti razmotrena u svim životno ugrožavajućim opstrukcijama disajnog puta nezavisno od uzroka, starosti bolesnika i stadijuma bolesti.

Prema prognostičkoj studiji Ortiza i saradnika iz 2001. godine incidenca ekstratiroidne ekstenzije papilarnog tiroidnog karcinoma je oko 5%-34%. Proširenje primarnog tumora štitaste žlezde, izvan njene kapsule i kompresija na susedne strukture uključujući prugaste mišiće, traheju, larinks, jugularnu venu, karotidnu arteriju, jednjak i rekurentni laringealni nerv. To se univerzalno smatra izuzetno lošim prognostičkim faktorom [8].

Nekontrolisan ekstratiroidni rast tumora može izazvati niz komplikacija (hemoptizije, promuklost, prisustvo cervikalne mase i kratak dah) i eventualnu smrt. Tumori koji vrše invaziju traheje mogu dovesti do opstrukcije disajnih puteva što je direktan uzrok većine smrtnih ishoda kod ovi pacijenata [9]. Naša pacijentkinja je imala bronhoopstruktivne tegobe i ponavljane upale pluća, zatim zamaranje, i otežano gutanje hrane. Pritisak na traheju je izazivao stazu sekreta i narušio plućnu funkciju, a kompresija na jednjak je dovela do gubitka telesne mase usled neadekvatnog uzimanja hrane. CT pregled vrata je ukazao da tumor nije probio zid traheje već je vršio kompresiji organa, zatim nije krvarila na usta i nije bilo znakova anemijskog sindroma koji bi govorili u prilog intraluminalne trahealne invazije karcinoma.

ZAKLJUČAK

Ovim prikazom želimo da skrenemo pažnju lekarima svih specijalnosti, a posebno onima koji se bave urgentnim zbrinjavanjem pacijenata, na ovu vrstu karcinoma u poodmakloj fazi. Oni svojom veličinom i kompresijom disajnog prostora, ugrožavaju disanje tako da hitno zbrinjavanje disajnog puta, iako neophodno za preživljavanje, može predstavljati ozbiljan, ali često i nepremostiv

problem. Ponekad i traheotomija ne daje zadovoljavajuće rezultate kada postoji kompresija tumora i na nivou medijastinuma.

Pravovremeno prepoznavanje opstrukcije disajnog puta, rani transport u odgovarajuću hospitalnu ustanovu i urgentna traheostomija, su vitalni za preživljavanje ovakvih pacijenata.

Neophodna su stalna unapređenja smernica o onkološkim pacijentima i pravovremeni hirurški tretman kada je to moguće.

Sukob interesa: autori izjavljuju da nema sukoba interesa.

LITERATURA

- Zhang J, Fu C, Cui K, Ma X. Papillary thyroid carcinoma with tracheal invasion: A case report. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(38):e17033. doi: 10.1097/MD.00000000000017033. PMID: 31567939.
- Šarčević B, Šeparović V. Bolesti endokrinog sistema. Damjanov I, Patologija. Prvo srpsko izdanje. Zagreb: Medicinska naklada, 2009, 627-32.
- Zdolec H. Zdravstvena njega traheotomiranog pacijenta, završni rad. Varaždin, Sveučilište Sjever, 2020.
- Savić P, Mitić R, Kalezić N. Principi zbrinjavanja disajnog puta u hitnim stanjima. *Halo* 194. 2020; 26(2):162-67. doi:10.5937/halo26-28673.
- Raimonde AJ, Westhoven N, Winters R. Tracheostomy. [Updated 2023 Jan 3]. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559124/>
- Alidad A, Aghaz A, Hemmati E, Jadidi H, Aghazadeh K. Prevalence of Tracheostomy and Its Indications in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Tanaffos*. 2019;18(4):285-93. PMID: 32607109.
- Yun HJ, Rhee SH, Park JY, Chae YS, Han JH, Ryoo SH, Seo KS, Kim HJ, Karm MH. A novel technique of submandibular intubation with a camera cable drape: a case report. *J Dent Anesth Pain Med*. 2020;20(3):155-60. doi: 10.17245/jdapm.2020.20.3.155. PMID: 32617410.
- Ortiz S, Rodríguez JM, Soria T, Pérez-Flores D, Piñero A, Moreno J, Parrilla P. Extrathyroid spread in papillary carcinoma of the thyroid: clinicopathological and prognostic study. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001; 124(3):261-65. doi: 10.1067/mhn.2001.113141. PMID: 11240987.
- Gaissert HA, Honings J, Grillo HC, Donahue DM, Wain JC, Wright CD, et al. Segmental laryngotracheal and tracheal resection for invasive thyroid carcinoma. *Ann Thorac Surg*. 2007;83(6):1952-59. doi: 10.1016/j.athoracsur.2007.01.056. PMID: 17532377.

CASE REPORT

**FATAL DYSPNOEA – THE CASE REPORT OF A FEMALE PATIENT WITH
INOPERABLE THYROID CARCINOMA**

*Anđelina JOVANOVIĆ¹, Sanja VUČIĆ¹, Svetlana VALJAREVIĆ^{1,2},
Milan VIDAKOVIĆ¹, Jelena GAVRIĆ¹*

¹Clinical Hospital Centre Zemun, Belgrade, Serbia;

²University of Belgrade, Faculty of Medicine, Belgrade, Serbia.

ABSTRACT

Tumors of the thyroid gland, due to their localization in the neck, can as they grow pose a threat to the airway. Thyroid malignancies, aside from compression, can also infiltrate local tissue. The case presented is that of a female patient with advanced thyroid cancer that required urgent airway management, but due to the propagation of the malignancy into the mediastinum and consequent compression of distal trachea and lung tissue, the hospitalization ended with a fatal outcome regardless of the treatment undertaken. Even advanced airway management methods (endotracheal intubation or tracheotomy) are sometimes not enough to save our patients' lives.

Keywords: advanced thyroid cancer, dyspnea, airway management