



SRPSKO
TIROIDNO
DRUŠTVO

OSMI SRPSKI KONGRES O ŠTITASTOJ ŽLEZDI

sa međunarodnim učešćem

Beograd,
14–15. mart 2025. godine

**PROGRAM I
ZBORNİK SAŽETAKA**

ORGANIZATOR

SRPSKO TIROIDNO DRUŠTVO

**PRESEDNIK
KONGRESA**

Prof. dr Miloš Žarković

**PRESEDNIK
NAUČNOG ODBORA KONGRESA**

Prof. dr Biljana Nedeljković Beleslin

NAUČNI ODBOR KONGRESA

Prof. dr Petar Bulat

Prof. dr Jasmina Ćirić

Prof. dr Vesna Dimitrijević Srećković

Prof. dr Mirjana Doknić

Prof. dr Duško Dunderović

Doc. dr Zoran Gluvić

Prof. dr Aleksandra Jotić

Prof. dr Miroslav Knežević

Akademik Nebojša M. Lalić

Prof. dr Katarina Lalić

Prof. dr Đuro Macut

Prof. dr Ivan Marković

Prof. dr Dragana Miljić

Assist. Katarina Mitrović

Prof. dr Marina Nikolić Đurović

Prof. dr Sandra Pekić

Prof. dr Milica Pešić

VNS Snežana Polovina

Doc. dr Branislava Radović

Assist. Marija Sarić Matutinović

Prof. dr Branislav Stanković

Doc. dr Mirjana Stojković

Mr. sci. med. dr Biljana Šeha

VNS Sonja Šelemetjev

Prof. dr Mirjana Šumarac Dumanović

Prof. dr Svetislav Tatić

Prof. dr Svetlana Vujović

Prof. dr Vladimir Vukomanović

Doc. dr Miljanka Vuksanović

Prof. dr Vera Zdravković

Prof. dr Miloš Žarković

**PREDSEDNIK
ORGANIZACIONOG ODBORA KONGRESA**

Doc. dr Mirjana Stojković

ORGANIZACIONI ODBOR KONGRESA

Dr Tamara Janić

Dr Nata Joksimović

VMS Dragica Katić

Dr Bojan Marković

Prof. dr Biljana Nedeljković Beleslin

Prof. dr Miloš Žarković

**ORGANIZACIONI I NAUČNI ODBOR
SIMPOZIJUMA TIROIDNI NODUSI I
KARCINOMI ŠTITASTE ŽLEZDE
– SESTRINSKI ASPEKTI**

VMS Danijela Đoković Isailović

VMS Gordana Erceg

VMS Dragica Katić

DATUM I MESTO ODRŽAVANJA KONGRESA

Od 14. do 15. marta 2025. godine

Hotel Mona Plaza, Cara Uroša 62-64, Beograd, Sala **Donji Dorćol**

ORALNE PREZENTACIJE: 15. mart 2025. od 17.40 do 19.00 – Sala **Donji Dorćol**

POSTER PREZENTACIJE: 15. mart 2025. od 14.00 do 15.15 – Sala **Šonda 4**

DATUM I MESTO ODRŽAVANJA SIMPOZIJUMA TIROIDNI NODUSI I KARCINOMI ŠTITASTE ŽLEZDE – SESTRINSKI ASPEKTI

15. marta 2025. godine

Hotel Mona Plaza, Cara Uroša 62-64, Beograd, Sala **Šonda 4**

ZVANIČNI JEZIK

Srpski i engleski

AKREDITACIJA

Akreditacije 8. Srpskog kongresa o štitastoj žlezdi i simpozijuma Tiroidni nodusi i karcinomi štitaste žlezde – sestrinski aspekti su u toku. Kongres će biti akreditovan za: lekare, farmaceute, medicinske sestre i zdravstvene tehničare.

KOTIZACIJA

15.000,00 dinara za lekare

6.000,00 dinara za medicinske sestre, zdravstvene tehničare i penzionere

Kotizacija obuhvata: pristup predavanjima i izložbi na Kongresu, kafe pauze i ručak prema programu i e-potvrdu o učešću.

Više detalja o Kongresu na <https://www.srpskotiroidnodrustvo.iperiopal.com>

ORGANIZATOR KONGRESA



**SRPSKO
TIROIDNO
DRUŠTVO**

Srpsko tiroidno društvo

Dr Subotića 13, 11000 Beograd

Telefon: +381 11 363 97 23

e-mail: stkprijava@gmail.com

info@srpskotiroidnodrustvo.rs

Web: www.srpskotiroidnodrustvo.rs

TEHNIČKI ORGANIZATOR KONGRESA

**Agencija
FAR&AWAY**

Licenca br.

OTP 109/2022

Birčaninova 17a,

11000 Beograd

Telefon: +381 361 48 08, 361 47 86

E-mail: stkprijava@gmail.com

Web: www.faraway.rs

Marina Stojanović: +381 63 366 070

Radmila Lipović: +381 64 11 98 401





SRPSKO
TIROIDNO
DRUŠTVO

OSMI SRPSKI KONGRES O ŠTITASTOJ ŽLEZDI

sa međunarodnim učešćem

PROGRAM

Petak, 14. mart 2025.

08.00-09.00 REGISTRACIJA

09.00-09.10 OTVARANJE KONGRESA

09.10-10.50 SESIJA 1

09.10-09.30 **Terapija Grejvsove bolesti**
Miloš Žarković

09.30-09.50 **Hipertireoze kod dece i adolescenata**
Vera Zdravković

09.50-10.10 **Hirurgija štitaste žlezde XXI veka**
Vladan Živaljević

10.10-10.30 **Terapija hipertireoze radiojodom**
Branislava Radović

10.30-10.50 **Hipertireoza kod trudnica**
Sanja Medenica

10.50-11.20 Kafe pauza

11.20-13.10 SESIJA 2

11.20-11.40 **Grejvsova orbitopatija**
Biljana Nedeljković Beleslin

11.40-12.00 **Hirurška dekompresija orbite u Grejvsovoj orbitopatiji**
Miroslav Knežević

12.00-11.20 **Kada i kako lečiti strabizam u Grejvsovoj orbitopatiji**
Branislav Stanković

12.20-12.40 **Uloga zračne terapije kod Grejvsove orbitopatije**
Biljana Šeha

12.40-13.00 **Kvalitet života pacijenata u Grejvsovoj orbitopatiji**
Jasmina Ćirić

13.10-13.55 PRATEĆI STRUČNI PROGRAM

Petak, 14. mart 2025.

13.55-15.00 Pauza za ručak

15.00-16.20 SESIJA 3

15.00-15.20 **Tiroidni nodusi, dijagnostički pristup**

Milica Pešić

15.20-15.40 **Novine u Bethesda sistemu za interpretaciju citopatologije štitaste žlezde**

Svetislav Tatić

15.40-16.00 **Poligenski klasifikatori u tiroidnoj onkologiji**

Sonja Šelemetjev

16.00-16.20 **Hirurgija limfnih čvorova kod sporadičnog i naslednog MTC**

Ivan Marković

16.20-16.40 *Kafe pauza*

16.40-19.00 SESIJA 4

16.40-17.00 **Radionuklidna terapija karcinoma štitaste žlezde**

Vladimir Vukomanović

17.00-17.20 **Medikamentna terapija karcinoma štitaste žlezde**

Mirjana Stojković

17.20-17.40 **Tiroidni nodusi i karcinomi kod dece**

Katarina Mitrović

17.40-18.00 **Sekundarna hipertireoza**

Đuro Macut

18.00-18.20 **Diferencijalna dijagnoza tiroiditisa sa sumnjom na IgG4 povezano oboljenje štitaste žlezde**

Duško Dunderović

18.20-18.40 **Uloga resmetiroma u lečenju hepatičnog hipotiroidizma i masne jetre**

Dragana Miljić

18.40-19.00 **Klinički značaj TSH receptorskih antitela**

Marija Sarić Matutinović

OSMI SRPSKI KONGRES O ŠTITASTOJ ŽLEZDI
PROGRAM

Subota, 15. mart 2025.

09.00-09.30 PLENARNO PREDAVANJE
How not to treat with thyroid hormones
Petros Perros

09.30-10.00 PLENARNO PREDAVANJE
Cardiovascular risk in Resistance to Thyroid hormones
Irene Campi

10.00-10.30 PLENARNO PREDAVANJE
Postpartum thyroiditis
Tatjana Milenković

10.30-11.00 *Pauza*

11.00-13.00 SESIJA 5

11.00-11.20 **Bolesti štitaste žlezde i dijabetes**
Nebojša Lalić

11.20-11.40 **Hipotireoza i sleep apnea**
Snežana Vujošević

11.40-12.00 **Metabolički sindrom i tiroidna disfunkcija**
Aleksandra Jotić

12.00-12.20 **Tiroidni ometači**
Petar Bulat

12.20-12.40 **Lipidi i štitasta žlezda**
Katarina Lalić

12.40-13.00 **Šta se krije iza centralne hipotireoze**
Sandra Pekić

13.00-14.00 *Pauza za ručak*

Subota, 15. mart 2025.

14.00-15.40 SESIJA 6

- 14.00-14.20 **Tiroidne bolesti u prevremenoj insuficijenciji ovarijuma**
Svetlana Vujović
- 14.20-14.40 **Gojaznost i tiroidna disfunkcija**
Mirjana Šumarac Dumanović
- 14.40-15.00 **Akromegalija i oboljenja štitaste žlezde**
Aleksandra Marković
- 15.00-15.20 **Disfunkcija štitaste žlezde u histiocitozi**
Mirjana Doknić
- 15.20-15.40 **Endometriozia i disfunkcija štitaste žlezde:
Povezanost koju treba znati**
Miljanka Vuksanović

15.40-16.00 *Pauza*

16.00-17.40 SESIJA 7

- 16.00-16.20 **Ishrana i oboljenja štitaste žlezde**
Vesna Dimitrijević Srečković
- 16.20-16.40 **Suplementi i oboljenja štitaste žlezde**
Snežana Polovina
- 16.40-17.00 **Štitasta žlezda i mikrobiota**
Zoran Gluvić
- 17.00-17.20 **Jodna profilaksa-održiva praksa**
Dragana Jović
- 17.20-17.40 **Vitamin D i Hashimoto tiroiditis**
Marina Nikolić Đurović

Subota, 15. mart 2025.

17.40-19.00 ORALNE PREZENTACIJE – sala Donji Dorćol
Predsedavajući: Mirjana Stojković i Milan Jovanović

17.40-17.50 **Hirurško lečenje Plumerove bolesti**
Milan Jovanović

17.50-18.00 **Hirurško lečenje malignih tumora štitaste žlezde porekla iz parafolikularnih ćelija**
Katarina Taušanović

18.00-18.10 **R.O.S.E. štitaste žlezde**
Mirjana Prvanović

18.10-18.20 **Serija slučajeva sa papilarnim tiroidnim karcinomom kod pacijenata sa hipertireozom i Grejvsovom orbitopatijom**
Bojan Marković

18.20-18.30 **Hirurško lečenje malignih tumora štitaste žlezde porekla iz folikularskih ćelija**
Nikola Slijepčević

18.30-18.40 **Hirurško lečenje Grejvsove bolesti**
Božidar Odalović

18.40-18.50 **Benigni imitatori anaplastičnog karcinoma štitaste žlezde**
Maja Životić

18.50-19.00 **Tireoidna autoimuna klackalica: konverzija dugogodišnje hipotireoze na terenu Hašimoto tireoiditisa u Grejvsovu bolest**
Ivana Božić Antić

19.00 ZATVARANJE KONGRESA

Subota, 15. mart 2025.

14.00-15.15 POSTER SESIJA – sala Šonda 4

Predsedavajući: Ljiljana Lukić i Zoran Gluvić

**AMIODARONOM INDUKOVANA TIROTOKSIKOZA KOD
PACIJENTKINJE SA PRIMARNOM HIPOTIREOZOM**

Željka Paunović

**PRVI PRIKAZ MEDULARNOG KARCINOMA KOD PACIJENTA
SA MUTACIJOM U PTEN GENU I ISTOVREMENOM POJAVOM
PAPILARNOG I MEDULARNOG TIROIDNOG KARCINOMA**

Boris Kurćubić

**REVIZIJA KLINIČKOG PONAŠANJA RETKIH VARIJANTI
PAPILARNOG KARCINOMA ŠTITASTE ŽLEZDE:
RETROSPEKTIVNA STUDIJA SLUČAJEVA I KONTROLA SA
PETOGODIŠNJIM PRAĆENJEM**

Jovan Ilić

**CASE REPORT: UNDIAGNOSED MYXEDEMA COMA AS THE
INITIAL MANIFESTATION OF A HYPOTHYROID STATE**

Katerina Cheshlaroska Marushoska

**PREŽIVLJAVANJE BEZ ZNAKOVA BOLESTI KOD PACIJENATA
OBOLELIH OD FOLIKULSKOG KARCINOMA ŠTITASTE ŽLEZDE**

Matija Buzejić

**POJAVA GREJVSOVE ORBITOPATIJJE NAKON OPERATIVNOG
LEČENJA AUTOIMUNOG HIPERTIREOIDIZMA**

Nataša Pevac

ULOGA ELASTOGRAFIJE U EVALUACIJI TIROIDNIH NODUSA

Bojan Radojičić

**TERAPIJSKE IZMENE PLAZME U LEČENJU REFRAKTARNOG
OBLIKA GRAVES-OVE BOLESTI: PRIKAZ SLUČAJA**

Jelena Bajić

Subota, 15. mart 2025.

14.00-15.15 POSTER SESIJA – sala Šonda 4

Predsedavajući: Ljiljana Lukić i Zoran Gluvić

INTRATIROIDNE PARAŠTITASTE ŽLEZDE

Milan Parezanović

UPOTREBA INTRAOPERATIVNOG NEUROMONITORINGA PRILIKOM OPERACIJA ŠTITASTE ŽLEZDE. ISKUSTVO KLINIKE ZA ENDOKRINU HIRURGIJU

Sara Ivaniš

EFIKASNOST BIOLOSKE TERAPIJE KOD PACIJENTA SA KORTIKOREZISTENTNOM GREJVSOVOM ORBITOPATIJOM

Jovana Babić

ZNAČAJ PRAVILNOG ODABIRA TERAPIJE ZA AMJODARONOM INDUKOVANU TIREOTOKSIKOZU

Tamara Janić

POORLY DIFERENTED INSULAR THYROID CARCINOMA IN A 16-YEAR OLD FEMALE PATIENT:CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Milan Marinković

GESTACIJSKA HIPERTIREOZA U BLIZANAČKOJ TRUDNOĆI KOMPLIKOVANA FIBRILACIJOM PRETKOMORA

Ivana Đurković



SRPSKO
TIROIDNO
DRUŠTVO



SIMPOZIJUM TIROIDNI NODUSI I KARCINOMI ŠTITASTE ŽLEZDE – SESTRINSKI ASPEKTI

Beograd, 15. mart 2025.



Subota, 15. mart 2025.

Sala Šonda 4

09.00-09.30 REGISTRACIJA

09.30-09.45 Tiroidni nodusi – sestrinski aspekti

Danijela Đoković Isailović

**09.45-10.05 FNA stitaste žlezde kod dece i odraslih,
pomaže li veštačka inteligencija?**

Gordana Erceg

10.05-10.15 FNA kod odraslih - iskustva UKC Vojvodine

Jelena Dević

**10.15-10.30 Minimalno invazivni tretmani za lečenje tiroidnih nodusa
– Ablacija etanolom, sestrinski aspekti**

Dragica Katić

10.30-11.00 Pauza

**11.00-11.15 Upoznajte profesora! Šta ima novo u dijagnostici i tretmanu
tiroidnih nodusa i karcinoma?**

Miloš Žarković

11.15-11.25 Radiofrekventna ablacija nodusa u štitastoj žlezdi

Biljana Korać

11.25-11.35 Lečenje Radioaktivnim jodom – iskustva iz Čigote

Ljubiša Milekić

11.35-11.45 Medularni tiroidni karcinom - od A do Š

Slobodan Miajlović

11.45-11.55 Hirurgija tiroidnih nodusa – perioperativna nega pacijenata

Ivana Stajković

11.55-12.05 Život posle totalne tiroidektomije – podrška pacijentu i porodici

Aneta Marković

12.05-12.15 Hasimoto tiroiditis i gojaznost – motivacioni intervju

Dijana Janković

12.20-12.40 Hipotireoza i infertilitet

Dragana Mitrović

12.40-13.00 Diskusija

13.00-14.00 Pauza za ručak



SRPSKO
TIROIDNO
DRUŠTVO

OSMI SRPSKI KONGRES O ŠTITASTOJ ŽLEZDI

sa međunarodnim učešćem

ZBORNIK SAŽETAKA



SRPSKO
TIROIDNO
DRUŠTVO

OSMI SRPSKI KONGRES O ŠTITASTOJ ŽLEZDI

sa međunarodnim učešćem

Usmena izlaganja

HIRURŠKO LEČENJE PLAMEROVE BOLESTI

M. Jovanović

Klinika za endokrinu hirurgiju UKCS, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

Plamerova bolest ili multinodozna toksična struma predstavlja ređi uzrok hipertireoze. Izvor hiperprodukcije hormona može biti u jednom (toksični adenom) ili više nodusa (polinodozna toksična struma) u štitastoj žlezdi. Za razliku od Grejvsove bolesti nema specifičnih autoantitela prema TSH, nema ekstratiroidnih manifestacija i nije moguća remisija bolesti. U osnovi ove bolesti je hiperplazija folikularnih ćelija u jednom ili više mesta u štitastoj žlezdi, koje autonomno razvijaju hirpefunkciju, sekretuju više tiroidnih hormona nezavisno od stimulacije TSH. Nakon postavljanja dijagnoze (tiroidni status, ultrazvučni pregled, scintigrafija) i postizanja eutiroidnog stanja (tireosupresivni lekovi i beta blokatori) odlučuje se za jedan od definitivnih načina lečenja, primena radioaktivnog joda ili hirurško lečenje.

Hirurško lečenje ima prednosti u odnosu na primenu radiojod terapije jer se hipertireoza rešava odmah i nema rizika od pojave recidiva. Sa druge strane, iako veoma retko, tiroidektomija nosi rizik za nastanak hirurških komplikacija, kao što su povreda rekurentnih nerava i hipoparatiroidizam. U slučaju postojanje velike strume, sa izraženim kompresivnim tegobama, sumnje na maligni tumor (3-5%, po nekim studijama do 20%), kao i trudnoće, hirurško lečenje je terapija izbora.

U slučaju postojanja samo jednog hiperfunkcionog nodusa operacija izbora je jednostrana lobektomija. Kada su prisutni hiperfunkcioni nodusi obostrano, kao i u slučaju nodusa suspektnih na karcinom primenjuje se totalna tiroidektomija. Subtotalna tiroidektomije se u današnje vreme ne primenjuju.

Ključne reči: Plamerova bolest; hipertireoza; tiroidektomija

HIRURŠKO LEČENJE MALIGNIH TUMORA ŠTITASTE ŽLEZDE POREKLA IZ PARAFOLIKULARNIH ĆELIJA

K. Taušanović

Klinika za endokrinologiju dijabetes i bolesti metabolizma UKCS

Medularni karcinom štitaste žlezde (MTC) predstavlja maligni tumor parafolikularnih Ćelija, Ćija je fiziološka uloga lućenje hormona kalcitonina. Iako relativno redak, medularni karcinom štitaste žlezde znaĀajan je zbog svojih jedinstvenih bioloških, patohistoloških, imunohistohemijskih i genetskih karakteristika. MTC obuhvata 1.5-10% karcinoma štitaste žlezde, dok je u odnosu na druge karcinome štitaste žlezde nešto češći kao uzrok smrti.

Na osnovu uzroka oboljevanja, izdvajaju se sporadiĀni i nasledni oblici medularnog karcinoma štitaste žlezde. Nasledne forme medularnog karcinoma štitaste žlezde se javljaju u okviru multiple endokrine neoplazije (MEN) tipa 2A i 2B (MEN 2A i MEN 2B) i kao familijarni oblik medularnog karcinoma.

KliniĀki tok medularnog karcinoma štitaste žlezde je varijabilan i njegova kliniĀka slika i progresija naroĀito zavise od lokusa genskih mutacija koje ga determinišu. Medularni karcinom poseduje sposobnost da metastazira u regionalne limfne noduse, kao i u kosti, jetru i pluća. Na prognozu bolesti utiĀe TNM klasifikacija tumora i prisustvo metastaza u limfnim nodusima. Godine starosti pacijenta prilikom uspostavljanja dijagnoz i obim hirurške intervencijepredstavljaju najvaŹnije prediktore preŹivljavanja. Pacijenti sa tumorom ograniĀenim na štitastu žlezdu imaju desetogodišnje preŹivljavanje oko 95.6%, pacijenti sa regionalno diseminovanom bolešću oko 75%, dok kod bolesnika sa prisustvom udaljenih metastaza desetogodišnje preŹivljavanje iznosi oko 40%.

Hirurško lećenje predstavlja jedini efikasni terapijski modalitet za lećenje medularnog karcinoma štitaste žlezde, budući da ne postoji znaĀajna osetljivost tumora na postojeće hemo-terapeutike i transkutanu radioterapiju. NajznaĀajnija pitanja vezana za lećenje medularnog karcinoma štitaste žlezde usmerena su na obim i trenutak izvođenja operacije.

Budući da je primarni tumor multifokalan i bilateralan kod gotovo svih pacijenata sa naslednom formom i u najmanje 20% sluĀajeva sa sporadiĀnom formom medularnog karcinoma, totalna tiroidektomija predstavlja metodu izbora za lećenje ovog karcinoma štitaste žlezde. Uz totalnu tiroidektomiju trebalo bi sprovesti i centralnu disekciju vrata kod svih tumora u T1 stadijumu a ukoliko je centralna diseminacija znaĀajnog obima i veliĀine na strani primarnog tumora, indikovana je bilateralna centralna disekcija limfnih nodusa vrata. Kod pacijenata sa tumorom u stadijumima T2-T4 bi trebalo naĀiniti totalnu tiroidektomiju, bilateralnu centralnu disekciju i lateralnu disekciju limfnih nodusa vrata.

R.O.S.E. ŠTITASTE ŽLEZDE

M. Prvanović

Institut za patologiju, Medicinski fakultet u Beogradu

Fina aspiraciona citologija (FNAC) pod ultrazvučnom kontrolom je ključna dijagnostička metoda za procenu lezija štitaste žlezde i limfnih čvorova. Saradnja između radiologa i citopatologa omogućava precizno uzorkovanje, smanjenje broja neadekvatnih uzoraka i povećanje dijagnostičke tačnosti, dok brza procena na licu mesta (rapid on site evaluation, ROSE) poboljšava kvalitet uzoraka. Cilj ove studije je da pokaže značaj multidisciplinarnog pristupa FNAC-u, evaluiira tehniku aspiracije i obrade uzoraka, te istakne ulogu ROSE u dijagnostičkoj efikasnosti.

FNAC se sprovodi pod ultrazvučnom kontrolom, gde radiolog vrši aspiraciju tankom iglom (23/25 gauge), a citopatolog prikuplja materijal i vrši brzu procenu uzorka. Uzorci se obrađuju različitim tehnikama bojenja (Papanicolaou, Diff-Quik, Giemsa), a pripreme uključuju razmaze, tačne metode (ThinPrep) i ćelijske blokove za dodatne analize (imunohistohemija, molekularni testovi). Dijagnostički nalazi se klasifikuju prema Bethesda sistemu, sa kategorijama od nedijagnostičkih uzoraka do malignih lezija.

Rezultati pokazuju da primena ROSE tehnike smanjuje broj neadekvatnih uzoraka i omogućava momentalnu procenu potrebe za ponavljanjem aspiracije. Citološka analiza jasno diferencira benigne, suspektne i maligne lezije, što omogućava optimalnu dijagnozu.

Zaključak je da FNAC uz ultrazvučnu kontrolu i ROSE predstavlja efikasan i pouzdan metod za dijagnostiku lezija štitaste žlezde, poboljšavajući kvalitet uzorkovanja i dijagnostičku preciznost. Multidisciplinarni pristup optimizuje tretman pacijenata, smanjuje broj neadekvatnih uzoraka i omogućava bržu dijagnozu.

Ključne reči: FNAC, ROSE, Bethesda klasifikacija, štitasta žlezda, dijagnoza.

SERIJA SLUČAJEVA PAPILARNOG TIROIDNOG KARCINOMA KOD PACIJENATA SA HIPERTIREOZOM I GREJVSOM ORBITOPATIJOM

B. Marković¹, M. Stojković^{1,2}, N. Joksimović¹, T. Janić¹, J. Babić¹, I. Đurković¹, S. Erceg³, B. Nedeljković Beleslin^{1,2}, J. Ćirić^{1,2}, M. Žarković^{1,2}

¹Klinika za endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma, Univerzitetski Klinički centar Srbije, Odeljenje za bolesti štitaste žlezde

²Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Srbija

³Centar za radiologiju, Univerzitetski Klinički centar Srbije

Uvod. Incidenca tiroidnih karcinoma kod pacijenata sa tireotoksikozom je niža nego kod eutiroidnih osoba, ali prevalenca papilarnog karcinoma kod hipertireoze procenjuje se na oko 17%. Od značaja predstavljaju TRAb koja aktiviraju TSH receptor, što dovodi do potencijalne proliferacije malignih ćelija i mogućeg nastanka tiroidnog karcinoma.

Cilj rada. Retrospektivnom studijom na našem Centru prikazali smo seriju pacijenata (N=6) sa distiroidnom orbitopatijom i hipertireozom, kod kojih su nakon tiroidektomije identifikovani papilarni karcinomi štitne žlezde (PTC).

Rezultati. U seriji pacijenata većina je bila ženskog pola (Ž:M=5:1), dok je prosečna starost iznosila 51,2. Kod svih pacijenata pre tiroidektomije, postavljene su dve dijagnoze: 1. hipertireoza, i 2. Grejvsova orbitopatija sa medijanom TRAb- a 5,8IU/L (min: 2,3IU/L, max: 37,8IU/L). Dužina medikamentnog lečenja hipertireoze u proseku je bila 3,3 godine. Ultrazvučnim pregledom štitaste žlezde detekovane su multinodularne promene kod svih pacijenata, a medijana suspektnog nodusa iznosila je 8mm (min: 5mm, max: 18mm). Koristeći TIRADS klasifikaciju procenjen je rizik od maligniteta nodusa (N TIRADS 3=3 pacijenta ; N TIRADS 4=3 pacijenta). Kod njih dvoje učinjena je FNA, a na citopatološkom nalazu biopsije je bila zastupljena IV i V kategorija. Od ukupnog broja pacijenata dva pacijenta su imala multifokalni PTC. Prema važećoj TNM klasifikaciji svi pacijenti su pripadali I stadijumu bolesti (T1aNxMx=5; T1aNxMx=1). Medijana veličine PTC bila je 6 mm, dok je najveći prmer karcinoma iznosio 12 mm, što je slučaj jedinog pacijenta koji nije imao mikropapilarni tip PTC.

Zaključak. Prikazali smo seriju pacijenata sa TRAb pozitivnom distiroidnom orbitopatijom i verifikovanim PTC, koji su imali nizak stepen malignosti. S obzirom na već poznatu činjenicu da TRAb dovodi do hiperplazije tiroidnih ćelija, kod naših pacijenata je primećena jaka pozitivna korelacija između nivoa vrednosti TRAb i broja broja nodusa ($r=0,92$), kao i veličine PTC ($r=0,93$). Budući da je u ovu seriju slučajeva uključen mali broj pacijenata, potrebna su dodatna istraživanja koja bi potvrdila ovo zapažanje.

Ključne reči: papilarni karcinom, distiroidna orbitopatija, hipertireoza

HIRURŠKO LEČENJE MALIGNIH TUMORA ŠTITASTE ŽLEZDE POREKLA IZ FOLIKULSKIH ĆELIJA

N. Slijepčević

Klinika za endokrinu hirurgiju, Univerziteti Klinički Centar Srbije, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Maligni tumori štitaste žlezde porekla iz folikulskih ćelija obuhvataju heterogenu grupu neoplazmi koje variraju od indolentnih do izrazito agresivnih oblika. Prema novoj klasifikaciji Svetske zdravstvene organizacije (SZO) iz 2022. godine, ovi karcinomi se sada kategorizuju prema biološkoj agresivnosti na niskorizične, srednjorizične i visokorizične tumore, što ima značajan uticaj na odluke o hirurškom i postoperativnom lečenju. Cilj ovog rada je analiza savremenih hirurških pristupa u terapiji ovih maligniteta, uz osvrt na nove promene u klasifikaciji i terapijske strategije koje poboljšavaju prognozu pacijenata. Pregledane su aktuelne preporuke i studije koje se bave hirurškim lečenjem malignih tumora štitaste žlezde, uz analizu novih kriterijuma za određivanje obima operacije, disekcije limfnih čvorova i postoperativnih terapijskih modaliteta, sa osvrtom na primenu ciljane terapije kod visokorizičnih pacijenata. Totalna tireoidektomija ostaje standard lečenja za većinu srednjorizičnih i visokorizičnih tumora, dok je lobektomija sada prihvatljiva operacija kod selektovanih niskorizičnih karcinoma, naročito papilarnog tipa, u skladu sa novim SZO smernicama. Onkocitni karcinom, klasifikovan kao srednjorizični ili visokorizični u zavisnosti od histoloških karakteristika, zahteva agresivniji hirurški pristup, često uz proširenu disekciju limfnih čvorova. Slabo diferentovani karcinom se sada jasno diferencira kao visokorizični, sa obaveznom radikalnom hirurgijom i mogućim adjuvantnim terapijama. Anaplastični karcinom, kao najagresivniji oblik, najčešće nije kandidat za hirurgiju osim u palijativne svrhe, dok uvođenje tirozin-kinaznih inhibitora, imunoterapije i kombinovanih modaliteta lečenja pokazuje ohrabrujuće rezultate kod selektovanih pacijenata. Nova klasifikacija SZO iz 2022. godine omogućila je precizniju stratifikaciju malignih tumora štitaste žlezde, što je direktno uticalo na promene u hirurškom pristupu i postoperativnom lečenju. Individualizovan pristup pacijentu uz poznavanje molekularnih karakteristika i biološke agresivnosti tumora postaje ključna u optimizaciji ishoda lečenja. Dalja istraživanja su neophodna kako bi se dodatno unapredili protokoli i omogućila bolja selekcija pacijenata za ciljane terapijske modalitete.

Ključne reči: štitasta, hirurgija, karcinom, stratifikacija rizika

HIRURŠKO LEČENJE GREJVSOVE BOLESTI

B. Odalović

Klinika za endokrinu hirurgiju, Univerzitetski klinički centar Srbije

Grejvsova bolest je autoimuno oboljenje koje se karakteriše prisustvom autoantitela koja se vezuju za TSH receptore na tireocitima usled čega dolazi do pojačane proizvodnje i sekrecije tiroidnih hormona, proliferacije tireocita i uvećanja štitaste žlezde. Predstavlja jedan od najčešćih uzroka hipertireoze. Javlja se češće kod žena u odnosu na muškarce, obično između 30. i 50 godine starosti, a prevalenca Grejvsove bolesti u opštoj populaciji iznosi 1-1,5%. Iako je inicijalna terapija ove bolesti primena tireosupresivnih lekova, dugoročna terapija može biti ograničena zbog pojave ozbiljnih neželjenih efekata, poput agranulocitoze i hepatotoksičnosti. U takvim slučajevima, primena radiojod terapije i operativno lečenje, postaju ključni modaliteti lečenja.

Personalizovana terapija je odabir pravog lečenja, za pravu bolest, koja najbolje odgovara svakom pojedinačnom pacijentu. Hirurško lečenje se preporučuje kod pacijenata sa velikim strumama, kao i kod pacijenata sa oftalmopatijom, kada je primena radiojod terapije kontraindikovana. Osim toga, hirurško lečenje je indikovano i kod pacijenata sa recidivom hipertireoze, kao i kod pacijenata sa nodusima u štitastoj žlezdi, koji mogu nositi rizik od maligniteta. U ovim slučajevima, totalna tiroidektomija predstavlja optimalnu terapijsku opciju, jer omogućava trajnu kontrolu hipertireoze i sprečava progresiju bolesti. Iako je postoperativno potrebna stalna supstitucija levotiroksinom, hirurška intervencija omogućava dugoročne povoljne rezultate i značajno poboljšanje kvaliteta života pacijenata.

BENIGNI IMITATORI ANAPLASTIČNOG KARCINOMA ŠTITASTE ŽLEZDE

M. Životić¹, A.M. Tomić¹, D. Dunderović¹, E. Manojlović Gačić¹, M. Prvanović¹,
S. Despotović², S. Tatić¹, N. Tomanović¹

¹Institut za patologiju, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

²Institut za histologiju, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Predstavljamo slučaj žene koja je imala 79 godina i koja je bila podvrgnuta biopsiji štitaste žlezde zbog kliničke sumnje na anaplastični karcinom, s obzirom na rapidan rast žlezde i kompresiju na treheju. Zbog ozbiljne opstrukcije disajnih puteva, pacijentkinji je izvedena traheostoma, čime je dodatno naglašena hitnost kliničkog stanja. Biopsijski nalaz je ukazivao na karakteristike hroničnog tireoiditisa tipa Hashimoto, bez prisustva elemenata neoplazme, što je dovelo u pitanje prvobitnu dijagnozu malignog procesa. Tokom daljeg kliničkog praćenja, stanje pacijentkinje se nije stabilizovalo, a njena klinička slika je dodatno komplikovana. Nažalost, pacijentkinja je preminula, a post-mortem nalaz je otkrio veoma difuzno uvećanu štitastu žlezdu, mase 309 g, pri čemu je desni lobus dosegao bifurkaciju treheje. Ovaj nalaz je sugerisao na značajan obim hroničnog inflamatornog procesa koji je doveo do ekstremnog uvećanja žlezde, uprkos odsustvu maligne transformacije. Histološka analiza je potvrdila dijagnozu hroničnog tireoiditisa tipa Hashimoto, bez histoloških elemenata koji bi ukazivali na neoplastičan proces. Ovaj slučaj je istakao izazove u diferencijalnoj dijagnozi između benignih i malignih procesa štitaste žlezde, naročito kada klinička prezentacija sugerise prisustvo agresivnog tumora, dok je patološki nalaz potvrdio isključivo inflamatorni proces.

TIREOIDNA AUTOIMUNA KLACKALICA: KONVERZIJA DUGOGODIŠNJE HIPOTIREOZE NA TERENU HAŠIMOTO TIREOIDITISA U GREJVSOVU BOLEST

I. Božić Antić

*Odeljenje endokrinologije, Opšta bolnica Euromedik, Beograd, Srbija
Stomatološki fakultet u Pančevu, Univerzitet Privredna akademija u Novom Sadu,
Novi Sad, Srbija*

Uvod. Grejvsova bolest (GB) i Hašimoto tireoiditis (HT) su dva kraja istog spektra autoimune bolesti specifične za tireoideu. Dok se kod 15-20% pacijenata sa GB može razviti HT, konverzija dugogodišnje primarne hipotireoze (PH) na terenu HT u GB je retkost (manje od 100 objavljenih slučajeva). Konverzija je češća kod žena, prosečno trajanje HT pre GB je oko 7 godina, a oftalmopatija često postoji i pre ispoljavanja GB. Kod nekih pacijenata se i tokom PH detektuju TSH-receptorska antitela (TRAb) odnosno stimulišuća TRAb (TSAb). Patofiziologija nije sasvim razjašnjena. Glavnu ulogu ima odnos Th1/Th2 limfocita, a smatra se da i terapija l-tiroksinom (LT4) može uticati na konverziju. Interesantna je paradoksalna sposobnost tireocita da odreaguju na TSAb (a ne na povišen TSH tokom PH) u situaciji kada se očekuje ireverzibilna hipofunkcija tkiva.

Slučaj 1. Pacijentkinja stara 46 godina je lečena sa LT4 6 godina zbog PH na terenu HT kada se razvija GB (TSH 0.005 μ IU/mL, fT4 26pmol/l, fT3 9.99pmol/l, antiTg 244IU/ml, antiTPO 13IU/ml, TRAb 6.7IU/L uz ultrazvučni i scintigrafski nalaz u skladu sa dijagnozom). Nakon godinu dana terapije tiamazolom se postiže eutireoidno stanje, koje se održava, ali uz perzistiranje povišenih TRAb (2.1IU/L) i normalna antiTg i antiTPO-At.

Slučaj 2. Pacijentkinja stara 27 godina je lečena sa LT4 zbog PH na terenu HT, a koji je obustavljen nakon 4 godine (TSH 1.37 μ IU/mL; uredan ultrazvučni nalaz i povišena anti-Tg-At:391IU/ml). Nakon godinu dana eutireoidnog stanja se ispoljava GB: TSH<0.005 μ IU/mL, fT4 68pmol/l, fT3 26pmol/l, antiTg 380IU/ml, antiTPO<9IU/ml, TRAb 10.3IU/L uz ultrazvučni nalaz u skladu sa dijagnozom. Na terapiju sa PTU se postiže eutireoidno stanje i pacijentkinja ostvaruje graviditet nakon 4 meseca terapije.

Zaključak. Povremeni monitoring TRAb i specifično TSAb tokom PH na terenu HT bi mogao da pomogne u otkrivanju pacijenata koji su u riziku za konverziju u GB.

Ključne reči: Hašimoto, Grejvs, konverzija, hipo-u-hipertireozu



SRPSKO
TIROIDNO
DRUŠTVO

OSMI SRPSKI KONGRES O ŠTITASTOJ ŽLEZDI

sa međunarodnim učešćem

Poster prezentacije

AMIODARONOM INDUKOVANA TIROTOKSIKOZA KOD PACIJENTKINJE SA PRIMARNOM HIPOTIREOZOM

Ž. Paunović, A. Jolić, B. Jolić

Specijalistička internistička ordinacija ALEKMED, Zaječar

Amiodaron (AMD), antiartimik III klase je derivat benzofurana bogat jodom (37% njegove težine). Zbog svoje molekulske sličnosti sa tiroidnim hormonima i bogatog sadržaja jodom kao neželjeno dejstvo može izazvati tiroidnu disfunkciju: hipotireozu (AIH, kod 5-15%), ili tirotoksikozu (AIT, kod 10-20%). Kod AIT tip 1 dolazi do hipertireoze, pojačane produkcije tiroidnih hormona po tipu jodom indukovane hipertireoze, obično kod pacijenata sa latentnom tiroidnom autoimunošću, ili latentnom tiroidnom autonomijom, tj. sa prethodnom tiroidnom bolešću. Kod AIT tip 2 dolazi do tirotoksikoze usled destruktivnog tiroidita izazvanog citotoksičnim efektom AMD, uglavnom kod pacijenata bez prethodne tiroidne bolesti

Prikazujemo pacijentkinja staru 70 godina, koja je u svojim četrdesetim godinama života, nekoliko godina lečena medikamentnom tirosupresivnom terapijom zbog autoimune hipertireoze, nakon čega je bila na supstituciji tiroksinom (L-T4) zbog spontane primarne hipotireoze. Operisna je od ASD i rađena joj je RF ablacija zbog aritmije 2018. godine. Na hroničnoj je terapiji beta blokatorom, antagonistom angiotenzin II receptora i propafenom zbog hipertenzije i aritmije. Od 2019. do septembra 2024., adekvatno supstituisana sa prosečno 86 mcg L-T4 dnevno. Od maja 2024. zbog pogoršanja aritmije u terapiju je uključen AMD, s prekidima i NOAK. Oktobra 2024., nakon jednomesečne kontinuirane terapije s AMD, na redovnoj kontroli tiroidnog statusa, nalaz pokazuje suprimiran TSH i visok FT4, bez subjektivnih smetnji na, do tada godinama adekvatnoj supstituciji s L-T4. Posumnjalo se na AIT tip 2. Ukinuta je terapija s AMD, uveden sotalol i prekinuta je supstitucija s L-T4. Dolazi do spontanog prolaska AIT tip 2 tokom 30-tak dana, a nakon dva meseca se ponovo uvodi supstitucija tiroksinom.

Ukazujemo na mogućnost AIT tip 2 kod pacijentkinje sa primarnom hipotireozom. Bez obzira što je tiroidea hipotrofična, depo hormona u preostalim zdravim tiroцитima bio je dovoljan da dovede do tranzitorne tirotoksikoze, što je zahtevalo kratkotrajni prekid supstitucije, a oporavak je bio spontan po prekidu terapije s AMD.

Ključne reči: amiodaron, amiodaronom indukovana tirotoksikoza, primarni hipotiroidizam

PRVI PRIKAZ MEDULARNOG KARCINOMA KOD PACIJENTA SA MUTACIJOM U PTEN GENU I ISTOVREMENOM POJAVOM PAPILARNOG I MEDULARNOG TIROIDNOG KARCINOMA

B. Kurčubić¹, J. Antić¹, M. Jovanović^{2,5}, G. Zorić², V. Živaljević^{2,5}, D. Dunđerović^{4,5},
S. Tatić^{4,5}, B. Radović^{3,5}, M. Doknić^{1,5}, S. Pekić-Đurđević^{1,5}, M. Stojanović^{1,5},
Z. Jemuović^{1,5}, I. Cekić¹, I. Jevtić¹, J. Bajić¹, D. Miljić^{1,5}, M. Nikolić Đurović^{1,5}

¹Univerziteti Klinički centar Srbije

²Klinika za Endokrinu hirurgiju UKCS

³Centar za nuklearnu medicinu UKCS

⁴Institut za patologiju „prof. dr Đorđe Joanović“

⁵Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

Uvod. Do sada nije opisan slučaj pojave medularnog karcinoma kod pacijenta sa mutacijom u PTEN genu, a istovremena pojava papilarnog i medularnog karcinoma predstavlja pravu retkost, čineći manje od 1% svih tiroidnih neoplazmi.

Prikaz slučaja. U našem slučaju, prikazaćemo 66-godišnjeg pacijenta, kod kog je tokom ultrazvučnog pregleda mekih tkiva vrata 2007. godine, zbog osećaja gušenja i pritiska u vratu, uočena polinodozno izmenjena štitasta žlezda, sa izdvajanjem nodusa veličine 9mm u desnom lobusu i povišenim vrednostima kalcitonina(Ct) od 82.3 ng/L. Uradjena je totalna tiroidektomija 2008. godine, zbog suspektnog medularnog karcinoma, nakon je utvrđeno da se radi o prisustvu medularnog(u desnom lobusu) i papilarnog(u levom lobusu) karcinoma; PH nalaz: Ca papillare et Ca medullare. Zbog pojave patološki izmenjenih limfnih nodus(LN), duž prednje strane vrata obostrano, održavanja visokih vrednosti Ct i pozitivnog nalaz DMSA scintigrafije reoperisan je u 4 navrata (2016, 2017, 2019, i poslednji put 2022. godine). Tokom poslednje hospitalizacije 2024. godine MSCT vrata i grudnog koša, pokazao širenje bolesti u predelu vrata (sa većim brojem patološki izmenjenih LN, od kojih je najveći 11x15mm), medijastinuma (sa patološki izmenjenim LN 2R i 2L grupe) i abdomena (paraaortno levo, patološki Ln, 9mm), što je potvrđeno NMR abdomena(paraaortno levo, patološki Ln, 12x8mm) uz postepeni porast Ct od 444 do 1613 ng/L u toku godinu I po dana. Kako bi se odradio dalji modalitet lečenja, sprovedeno je genomsko sekvenciranje RET gena, u cilju uvođenja terapije RET inhibitorima. Sekvenciranjem egzona RET, nisu detektovane patogene, potencijalno patogene i varijante od neodređenog značaja, međjutim sekvenciranjem gena PTEN(Phosphatase and tensin homolog) detektovana je genetička varijanta, koja do sada nije opisana, te je klasifikovana kao varijanta od nepoznatog značaja. Na istoj poziciji, kao patogena varijanta, opisana je druga bazna zamena koja dovodi do parcijalnog ili potpunog gubitka aktivnosti PTEN proteina.

Zaključak. Iz tog razloga bi se moglo očekivati da postojeća varijanta ima isti efekat, odnosno da može da dovede do predispozicije za Sindromski karcinom štitaste žlezde.

REVIZIJA KLINIČKOG PONAŠANJA RETKIH VARIJANTI PAPILARNOG KARCINOMA ŠTITASTE ŽLEZDE: RETROSPEKTIVNA STUDIJA SLUČAJEVA I KONTROLA SA PETOGODIŠNIM PRAĆENJEM

J. Ilić¹, G. Zorić¹, N. Slijepčević^{1,2}, M. Buzejić¹, B. Odalović^{1,3}, K. Taušanović^{1,2},
M. Jovanović^{1,2}, B. Rovčanin^{1,2}, V. Živaljević^{1,2}

¹Klinika za endokrinu hirurgiju, Univerzitetški klinički centar Srbije

²Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

³Medicinski fakultet, Univerzitet u Prištini sa privremenim sedištem u Kosovskoj Mitrovici

Uvod. Retke, ili agresivne varijante (RV) papilarnog tiroidnog karcinoma (PTK) tradicionalno imaju lošije ponašanje i prognozu u poređenju sa klasičnim (kPTK) podtipom. Onkocitna i Warthin-like varijanta (OV/WLV) iako su kategorisane kao agresivni podtipovi ne pokazuju tako nasilno ponašanje, a solidna varijanta (SV) se u poslednje vreme pokazala manje agresivnom nego što se ranije mislilo. Cilj ovog istraživanja bio je da se utvrdi kliničko ponašanje i prognoza svih RV u novijim slučajevima.

Metode. Svi slučajevi RV PTK tretirani od 2009. do 2020. godine podeljeni su u 3 grupe - AVPTK (visoko agresivna grupa), SV PTK (srednje agresivna grupa) i OV/WLV PTK (manje agresivna grupa) i pojedinačno su upareni sa kPTK prema starosti i veličini tumora.

Rezultati. Upoređujući sve grupe sa kPTK, samo AV i OV/WLV su pokazali statistički značajnu veću stopu kapsularne invazije (60% i 64% naspram 26,3%), vaskularne invazije (53,3% i 32% naspram 5%) metastaza u limfnim čvorovima (40% i 28% naspram 5%) i multifokalnosti (66,7% i 52% naspram 48,8%), dok su samo AV pokazali veću stopu ekstratiroidnog proširenja (53,3% naspram 12,5%) i invazije periglandularnog tkiva (40% naspram 5%), kao i veću stopu recidiva (53,8% prema 5,3%). Za AV PTK i opšte i bolest-specifično preživljavanje bilo je 88,9%, a kod 80,6% nije došlo do pojave recidiva bolesti za srednji period praćenja od 161,7 meseci.

Zaključak. AV PTK su znatno agresivnije od kPTK i SV PTK, ali ne treba zanemariti agresivno ponašanje OV/WLV, što treba uzeti u obzir u svakodnevnom lečenju pacijenata i naknadnom praćenju.

Ključne reči: Štitasta žlezda, papilarni karcinom, preživljavanje, endokrina hirurgija

CASE REPORT: UNDIAGNOSED MYXEDEMA COMA AS THE INITIAL MANIFESTATION OF A HYPOTHYROID STATE

K. Cheshlaroska Marushoska

General Hospital Borka Taleski – Prilep

Introduction. Myxedema coma, also known as myxedema crisis, is a rare and life-threatening clinical condition that represents the end stage of untreated hypothyroidism.

Case Report. A 75-year-old female presented to the internal medicine outpatient department of our general hospital with complaints of fatigue, weakness, facial swelling, and diffuse swelling of the body, arms, and legs. These symptoms had begun a few months prior. Her medical history included heart failure, aortic valve reconstruction, tricuspid insufficiency, arterial hypertension, and anemia. She was on regular treatment with diuretics, antihypertensive therapy, and oral iron supplementation.

On physical examination, she had yellowish skin along with generalized edema involving the face, body, arms, and legs. Due to concerns of worsening heart failure, she was admitted to the internal medicine department for further evaluation.

Hemoglobin was 109 g/L, glycemia 6.2 mmol/l and creatinine decreased from 153 to 84 $\mu\text{mol/L}$. Protein and electrolyte levels were normal. Chest X-ray showed an increased cardiac shadow without effusion, while abdominal ultrasound revealed dilated hepatic veins and an inferior vena cava. Despite intensified diuretic therapy, her condition did not improve.

An endocrinological evaluation was performed, and laboratory results revealed a thyroid-stimulating hormone (TSH) level of 117.3 mIU/L (reference range: 0.25-5.0) and a free thyroxine (fT4) level of 5.05 pmol/L (reference range: 9-20), confirming hypothyroidism.

Ultrasound examination of the thyroid gland showed an enlarged, hypoechoic, and inhomogeneous thyroid gland.

Substitution therapy with levothyroxine was initiated, with dose titration every two weeks. Following treatment, the patient's general condition improved, and the swelling subsided.

Conclusion. In the presence of nonspecific symptoms such as fatigue, generalized edema, and weakness, it is essential to consider hypothyroidism in the differential diagnosis and conduct appropriate laboratory screening to ensure timely diagnosis and treatment.

Key words: Myxedema coma, myxedema crisis, hypothyroidism

PREŽIVLJAVANJE BEZ ZNAKOVA BOLESTI KOD PACIJENATA OBOLELIH OD FOLIKULSKOG KARCINOMA ŠTITASTE ŽLEZDE

M. Buzejić¹, B. Odalović^{1,2}, G. Zorić¹, K. Taušanović^{1,3}, N. Slijepčević^{1,3},
B. Rovčanin^{1,3}, M. Jovanović^{1,3}, S. Ivaniš¹, M. Parezanović¹, J. Ilić^{1,2}, V. Živaljević

¹Klinika za endokrinu hirurgiju, Univerzitetski klinički centar Srbije

²Medicinski fakultet Univerziteta u Prištini

³Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

Uvod. Folikularni karcinom štitaste žlezde se u zavisnosti od tipa invazije može podeliti u tri grupe: minimalno invazivni, inkapsulirani angioinvazivni i široko invazivni. Procenjuje se da se 3 puta češće javlja kod osoba ženskog pola, sa najvećom incidencom posle 40-te godine života.

Metode. Retrospektivnom analizom operisanih pacijenata od 1995 do 2020 godine, izdvojeni su podaci o pacijentima kojima je postavljena dijagnoza folikularnog karcinoma štitaste žlezde. Klinički podaci uključivali su demografske karakteristike, osobine tumora, vrstu hirurškog zahvata, recidiv tumora i vitalni status pacijenata. Za statističku analizu korišćene su deskriptivne metode, Kaplan–Meierove krive preživljavanja i proporcionalni hazardni model prema Cox-u, kako bi se identifikovali nezavisni prediktori.

Rezultat. Stope preživljavanja bez znakova bolesti obolelih od folikularnog karcinoma nakon 5, 10, 15 i 20 godina bile su 92,3%, 85,3%, 82,0% i 76,6%. Nezavisni nepovoljni prognostički faktori za DFI bili su široko invazivni tip tumora (HR 2,53, 95% CI 1,02–6,28) i multifokalnost tumora (HR 7,69, 95% CI 1,07–55,17).

Zaključak. Faktori povezani sa recidivom bolesti su široko invazivni tip tumora i multifokalnost.

ključne reči: folikularni karcinom štitaste žlezde; preživljavanje bez znakova bolesti

POJAVA GREJVSOVE ORBITOPATIJE NAKON OPERATIVNOG LEČENJA AUTOIMUNOG HIPERTIREOIDIZMA

N. Pevac¹, B. Olujić², B. Nedeljković Beleslin³

¹Opšta bolnica Sremska Mitrovica

²Opšta bolnica Sombor

³Klinika za endokrinologiju, dijabetes i poremećaj metabolizma, Univerzitetski klinički centar Srbije i Medicinski fakultet u Beogradu

Grejvsova orbitopatija je najčešća manifestacija autoimunog hiperireoidizma se javlja u prvoj godini posle dijagnoze, a retko može da se javi i kod eutireoidnih i hipotireoidnih pacijenta. Ključna uloga u patogenezi je ekspresija TSH receptora i IGF 1 receptora na orbitalnim fibroblastima, njihova proliferacija, diferencijacija u miofibroblaste i adipocite, a u imunološkom odgovoru učestvuju T i B limfociti. Nakon totalne tireoidektomije se može razviti kod oko 10-20% pacijenata, simptomi se obično javljaju nekoliko meseci do godinu dana od operacije. Rizik je veći kod pacijenata sa visokim titrom anti TSH receptorskih antitela, kod pušač i pacijenta koji nisu pravovremeno započeli supstitionu terapiju levotiroksinom. Prva linije lečenja je primena intravenskih kortikosteroida.

Pacijentkinja 69 godina sa autoiminom tireoidnom bolešću se prezentovala autoimunim hipertireoidizmom, započela lečenje tioresupresivnom terapijom u trajanju od 5 godina bez razvoja orbitopatije tokom lečenja. Nakon toga, obzirom na ne postizanje stabilizacije bolesti, sprovedena druga linija lečenja, urađena totalna tireodektomija sa posledičnim hipertireoidizmom i hipoparatiroidizmom. U daljem toku lečenja adekvatno supstituisana levotiroksinom, aktivnim oblikom vitamina D i kalcijumom. Operisana od adenokarcinoma debelog creva, primala hemoterapiju. Obolela 9 godina nakon operacije štitaste žlezde od COVID infekcije, u periodu nakon sprovedene redovne vakcinacije, lečena primenom biološke terapije, monoklonsko antitelo na "spike" protein SARS CoV 2 i antivirusnom terapijom. Nakon 11 godina od sprovedne totalne tireoidektomije dolazi do pojave srednje teške forme Grejvsove orbitopatije, umerenog stepena kliničke aktivnosti sa nestalnim dvoslikama, sa povišenim titrom anti TSH receptorskih antitela. Primenom prve linije lečenja, kortikosteroidne terapije postiže se zadovoljavajući terapijski odgovor.

Pojava Grejvsove orbitopatije, kao najčešće ekstratiroidne manifestacije autoimunog hipertireoidizma, se izuzetno retko javlja nakon više godina od početka lečenja hipertireoidizma a još ređe nakon sprovođenja operativnog lečenja štitaste žlezde, kao druge terapijske linije. Covid infekcija i primena biološke terapije može biti okidač za pokretanje autoimnog procesa kao i pridružene bolesti.

Ključne reči: Grejvsova orbitopatija, tireoidektomija, COVID infekcija

ULOGA ELASTOGRAFIJE U EVALUACIJI TIROIDNIH NODUSA

B. Radojičić¹, D. Todorović², M. Dolić³, M. Radojičić⁴, M. Mišović⁵

¹Visoka zdravstveno-sanitarna škola strukovnih studija, VISAN Beograd

²Centar vojno-medicinskih ustanova Beograd

³Psiheja specijalistička ordinacija

⁴DZ dr Simo Milošević Beograd

⁵Vojnomedicinska akademija Beograd

Nodusi u štitastoj žlezdi se čest nalaz na ultrazvučnom pregledu mekih tkiva vrata, a konvencionalni UZ se široko koristi da bi se odredilo koje noduse treba biopsirati. Pri fizičkom pregledu, tvrda ili čvrsta priroda nodusa povezana je sa malignitetom štitaste žlezde. Međutim, palpacija je subjektivna metoda i teže izvodljiva kod pacijenata sa multinodularnom strumom ili malim duboko smeštenim nodusima.

Elastografija je napredna, neinvazivna dijagnostička tehnika koja se koristi za procenu tvrdoće tkiva i koja može imati značajnu ulogu u determinaciji tiroidnih nodusa. U dijagnostici se koriste dve vrste elastografije: kompresiona i shear wave (SWE).

Kod kompresione elastografije koristi se pritisak koji se primenjuje na tkivo tiroidne žlezde pomoću ultrazvučne sonde. Dobijena mapa boja pokazuje razlike u tvrdoći između zdravog i obolelog tkiva pri čemu su meke lezije obično benignog karaktera, dok tvrde lezije ukazuju na malignitet.

Druga metoda koristi ultrazvučne talase kako bi proizveo "shear wave" (smičući talas) koji se širi kroz tkivo. Brzina smičućih talasa zavisi od čvrstoće tkiva.

U dijagnostici tiroidee elastografija se koristi u kombinaciji sa standardnim ultrazvukom kako bi se:

- identifikovale suspektne lezije i kvantifikovala tvrdoća tkiva koja može ukazivati na prisustvo maligniteta
- smanjio broj nepotrebnih biopsija, posebno kod lezija sa graničnim karakteristikama na ultrazvuku
- vršilo kontinuirano praćenje promena u lezijama tokom vremena.

Prednosti elastografije su što je neinvazivna, bezbolna, brzo izvodljiva i lako dostupna metoda i što u kombinaciji sa ultrazvukom poboljšava tačnost dijagnoze, posebno kod lezija koje su graničnog izgleda.

Ograničenja su što dobijeni rezultati mogu varirati u zavisnosti od iskustva lekara, što zbog dubine, lokalizacije, karakteristika nekih lezija (kalcifikati i cistične komponente) i artefakata pokreta može biti otežana njihova procena.

Elastografija predstavlja odličan dopunski alat pri ultrazvučnom pregledu tiroidne žlezde, posebno u razlikovanju benignih od malignih lezija. Veoma je korisna u dijagnostici kod pacijenata koji nisu kandidati za biopsiju ili koji je ne prihvataju.

Ključne reči: elastografija, nodus, štitasta žlezda

TERAPIJSKE IZMENE PLAZME U LEČENJU REFRAKTARNOG OBLIKA GRAVES-OVE BOLESTI: PRIKAZ SLUČAJA

J. Bajić¹, Z. Jemuović¹, M. Dinić³, M. Jovanović^{2,4}, K. Taušanović^{2,4}, A. Tošković²,
V. Živaljević^{2,4}, M. Doknić^{1,4}, S. Đurđević^{1,4}, M. Stojanović^{1,4}, I. Cekić¹, I. Jevtić¹,
B. Kurćubić¹, D. Miljić^{1,4}, M. Nikolić Đurović^{1,4}

¹Klinika za endokrinologiju dijabetes i bolesti metabolizma UKCS

²Klinika za endokrinu hirurgiju UKCS

³Centar za terapijske izmene plazme UKCS

⁴Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

Uvod. Refraktarni oblici autoimune hipertireoze predstavljaju veliki terapijski izazov, a terapijske izmene plazme su važan modalitet lečenja u ovakvim slučajevima.

Prikaz slučaja. Pacijentkinja starosti 26 godina javlja se endokrinologu zbog simptoma ubrzanog rada srca, pojačanog znojenja, brzog zamaranja, stezanja u grudima, otežanog disanja. Inicijalni laboratorijski nalazi ukazuju na nizak nivo TSH (<0,005) i povišene nivoe FT3 (26.18 pmol/l) i FT4 (78 pmol/l). Ultrazvuk je prikazao difuzno uvećanu, nehomogenu štitastu žlezdu. Na osnovu kliničke slike i laboratorijskih analiza postavljena je dijagnoza autoimune hipertireoze. Kao početna terapija uveden je Tiastat 2x20 mg na koji je razvila urtikariju, pa je ovaj lek zamenjen sa PTU 4x50mg (propil-tio-uracil). I pored toga simptomi su perzistirali. Pacijentkinja se dodatno žali na dijareju, gubitak u telesnoj težini od 50kg i tremor. Laboratorijski nalazi i dalje pokazuju povišene vrednosti FT3, FT4 i TRAb. Doza PTU je postepeno povećana do maksimalne dnevne od 1200mg. Zbog refraktarnosti na tireosupresivnu terapiju, pacijentkinja je hospitalizovana sa vrednostima FT4 od 77 pmol/l. Sprovedena su tri vezana ciklusa plazmafereze uz primenu Lugolovog rastvora i Pronizona. Nakon prvog ciklusa plazmafereze vrednost FT4 se smanjila na 55,7 pmol/l, nakon drugog na 52 pmol/l, a nakon trećeg na 36 pmol/l. Vrednosti TRAb su takođe snižene, pa su nakon treće plazmafereze iznosile 3,1 IU/L. Primenjena je još jedna plazmafereza, nakon koje se vrednost FT4 smanjila na 25,4 pmol/l, a potom je pacijentkinja operisana. U postoperativnom toku dolazi do pojave hipoparatiroidizma i hipokalcemije sa manifestnom tetanijom. U narednom periodu pacijentkinja je bila na supstituciji kalcijumom do poboljšanja laboratorijskih analiza i potpunog otklanjanja subjektivnih tegoba.

Zaključak. Prikazana je pacijentkinja sa autoimunom hipertireozom refraktarnom na maksimalnu dozu tireosupresiva, kod koje su sprovedene 4 terapijske izmene plazme. Terapijske izmene plazme su brz i efikasan vid lečenja i pripreme za tiroidektomiju.

INTRATIROIDNE PARAŠTITASTE ŽLEZDE

M. Parezanović¹, M. Jovanović^{1,2}, K. Taušanović^{1,2}, B. Rovčanin^{1,2}, M. Buzejčić¹,
D. Vučen¹, B. Štepanović¹, J. Ilić¹, S. Ivaniš¹, M. Marinković¹, V. Živaljević^{1,2},
N. Slijepčević¹

¹Klinika za endokrinu hirurgiju, Univerzitetski klinički centar Srbije

²Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Primarni hiperparatiroidizam je oboljenje koje se karakteriše povećanim lučenjem paratiroidnog hormona, koji najčešće rezultuje pojavom hiperkalcemije. Najčešći uzrok je paratiroidni adenom, dok su drugi, ređi uzroci hiperplazija ili karcinom paraštitaste žlezde. Zbog bliskog embriološkog porekla, tokom razvoja može doći do intratiroidne lokalizacije paraštitastih žlezda. Ektopične paratiroidne žlezde se identifikuju u 16-30% slučajeva, dok učestalost intratiroidne lokalizacije varira 0.7–6.7%

Cilj istraživanja je bio određivanje učestalosti intratiroidne lokalizacije paratiroidnih žlezdi kod pacijenata obolelih od primarnog hiperparatiroidizma.

Sprovedena je retrospektivna studija koja je obuhvatila operativno lečene pacijente od primarnog hiperparatiroidizma na Klinici za endokrinu hirurgiju u periodu od januara 2010. do januara. 2022. godine. U studiju su uključeni svi pacijenti sa primarnim hiperparatiroidizmom kod kojih je na definitivnom patohistološkom nalazu otkrivena intratiroidno postavljena paraštitasta žlezda. Prikupljeni su demografski podaci, preoperativni i postoperativni nalazi kalcijuma, fosfata, paratiroidnog hormona, podaci o korićenim dijagnostičkim metodama, kao i podaci o veličini paratiroidne žlezde.

U toku ispitivanog perioda na Klinici za endokrinu hirurgiju je operisan 1371 pacijent zbog primarnog hiperparatiroidizma. Intratiroidna lokalizacija hiperaktivne paraštitaste žlezde je na patohistološkom nalazu otkrivena kod 14 pacijenata, što čini 1,02% od ukupnog broja pacijenata operisanih zbog primarnog hiperparatiroidizma. Većinu su činile osobe ženskog pola, 12 (85,71%). Prosečna vrednost preoperativnog kalcijuma 2,82 mmol/L (min 2,49 mmol/L, max 3,25 mmol/L), PTH 232 ng/L (min. 108 ng/L, max. 996 ng/L). Prosečna vrednost postoperativnog kalcijuma 2,28 mmol/L, PTH 32 ng/L. Kod svih ispitanika patološki supstrat je adenom paraštitaste žlezde, dok je kod jednog pacijenta bio prisutan adenom i multiglandularna paratiroidna bolest. Kod svih pacijenata je došlo do adekvatnog pada u postoperativnim biohemijskim nalazima.

Učestalost intratiroidnih paraštitastih žlezdi je mala, ali ih treba uzeti u obzir prilikom preoperativne pripreme kao i tokom same operacije.

Ključne reči: intratiroidni adenom paraštitaste žlezde, ultrazvuk, hemitiroidektomija, tiroidna i paratiroidna hirurgija

UPOTREBA INTRAOPERATIVNOG NEUROMONITORINGA PRILIKOM OPERACIJA ŠTITASTE ŽLEZDE. ISKUSTVO KLINIKE ZA ENDOKRINU HIRURGIJU

S. Ivaniš¹, M. Jovanović^{1,2}, M. Buzejić¹, B. Stepanović¹, M. Parezanović¹, D. Vučen¹,
J. Ilić¹, M. Marinković¹, V. Živaljević^{1,2}

¹Klinika za endokrinu hirurgiju, Univerzitetski klinički centar Srbije

²Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Povrede rekurentnog laringealnog nerva (RLN) predstavljaju jednu od najozbiljnijih komplikacija u tiroidnoj hirurgiji, sa incidencijom prolaznih i trajnih povreda od 0,4-12%, odnosno 1-2%. Povrede RLN mogu nastati čak i uz vizuelnu identifikaciju makroskopski intaktnog nerva tokom operacije. One mogu dovesti do promuklosti, poteškoća sa disanjem, pa čak i plasiranja traheostome kod bilateralnih povreda RLN, što značajno utiče na kvalitet života pacijenata. Rizik od povrede povećava se kod anatomskih varijacija, operacija velikih struma, reoperacija i malignih tumora. Intraoperativni neuromonitoring (IONM) omogućava preciznu identifikaciju i procenu funkcionalnog integriteta RLN, smanjujući rizik od povrede, čime dovodi do poboljšanja postoperativnih ishoda. Takođe IONM omogućava prepoznavanje povrede i pored anatomski intaktnog nerva, čime se izbegava bilateralna povreda RLN. Cilj ove studije bio je da se proceni efikasnost upotrebe IONM prilikom operacija štitaste žlezde na Klinici za endokrinu hirurgiju.

U istraživanje su uključena 262 pacijenta kod kojih je učinjena hemitiroidektomija ili totalna tiroidektomija na Klinici za endokrinu hirurgiju pod kontrolom intraoperativnog neuromonitoringa, zbog benignih ili malignih oboljenja štitaste žlezde. Kod svih pacijenata korišćen je IONM prilikom operacije štitaste žlezde, sa upotrebom specifičnih endotrahealnih tubusa sa površnim elektrodama ili alternativnih metoda IONM, sa plasiranjem elektroda u tiroidnu hrskavicu.

Rezultati naše analize ukazuju da IONM značajno doprinosi očuvanju funkcije laringealnog nerva, smanjujući rizik od njegovog oštećenja i omogućavajući sigurnije izvođenje operacija štitaste žlezde. Naša iskustva potvrđuju značajnost upotrebe IONM prilikom operacija štitaste žlezde, što dovodi do značajnog poboljšanja ukupne sigurnosti pacijenata i postoperativnih ishoda.

Ključne reči: Intraoperativni neuromonitoring, tiroidektomija, štitasta žlezda

EFİKASNOST BIOLOŠKE TERAPIJE KOD PACIJENTA SA KORTIKOREZISTENTNOM GREJVSOM ORBITOPATIJOM

J. Babić, M. Stojković, B. Marković, S. Klet, T. Janić, I. Đurković, N. Jaksimović, B. Nedeljković Beleslin, J. Ćirić, M. Žarković

Klinika za endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma, Univerzitetski Klinički centar Srbije, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

Grejvsova orbitopatija (GO) predstavlja autoimunsko oboljenje orbitalnog tkiva. Najčešće se javlja kod autoimunog hipertiroidizma, ali u retkim slučajevima može da se ispolji kod eutiroidnih i hipotiroidnih pacijenata. Kod pacijenata sa aktivnom, srednje-teškom formom GO (Clinical activity score - CAS ≥ 3), prvi izbor lečenja uključuje primenu intravenskih kortikosteroida (KS). Istraživanja pokazuju da oko 20–30% pacijenata sa aktivnom srednje-teškom GO ima neadekvatan odgovor na KS terapiju. U slučaju neadekvatnog terapijskog odgovora, primenom biološke terapije (tocilizumab) postižu se povoljni efekti u lečenju kortikorezistentnih GO. Tocilizumab predstavlja monoklonsko antitelo koje blokira IL-6 receptor.

Pacijent starosti 48 godina, hospitalizovan na Klinici u cilju evaluacije GO. Istovremeno sa hipertireozom, avgusta 2022.g. javlja se obostrana protruzija bulbusa, otoci kapaka i bol uz konstantne dvoslike i iritativne simptome. Julu 2023.g. zaključeno je da se radi o aktivnoj srednje-teškoj formi GO (CAS 4; Hertel OD 28 mm; OS 27mm) te je započeto lečenje 12-nedeljnim KS protokolom, sa kumulativnom dozom metilprednizolona (MP) 7.5gr. Zbog psihogenih neželjenih efekata terapije, od VIII pulsa doza je smanjena na 250mg MP, a ukupna kumulativna doza MP iznosila je 6.75gr. Na primenjenu terapiji je došlo do neznatnog poboljšanja, koje se ogledalo u delimičnom smanjenju otoka i iritacije, a duple slike i protruzija desnog oka su ostale nepromenjene (CAS 3; Hertel OD 27 mm; OS 26 mm). S obzirom na održavanje tegoba, zaključeno je da se radi o kortikorezistentnoj GO i odlučeno je da se lečenje nastavi primenom tocilizumaba u dozi 8mg/kg, jednom mesečno. Nakon šest primenjenih doza, došlo je do nestanka kliničke aktivnosti bolesti (CAS 0), smanjenja protruzije (Hertel OD 23 mm; OS 23 mm) i redukcije dvoslika uz pad titra TRAB (19.2...2.4 IU/L).

Prikazan je pacijent sa kortikorezistentnom GO kod koga je primenom tocilizumaba postignut povoljan terapijski efekat, a kvalitet život pacijenta značajno poboljšan.

Ključne reči: Grejvsova orbitopatija, kortikosteroidna terapija, tocilizumab

ZNAČAJ PRAVILNOG ODABIRA TERAPIJE ZA AMJODARONOM INDUKOVANU TIREOTOKSIKOZU

T. Janić¹, M. Stojković^{1,2}, B. Marković¹, N. Joksimović¹, J. Babić¹, I. Đurković³,
S. Erceg⁴, B. Nedeljković Beleslin^{1,2}, J. Ćirić^{1,2}, M. Žarković^{1,2}

¹Klinika za endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma, Univerzitetski Klinički centar Srbije, Odeljenje za bolesti štitaste žlezde

²Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Srbija,

³Klinika za endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma, Univerzitetski Klinički centar Srbije, Metabolička jedinica,

⁴Centar za Radiologiju, Univerzitetski Klinički centar Srbije

Amjodaron je često korišćen antiaritmik, bogat je jodom i može dovesti do poremećaja funkcije štitaste žlezde u pravcu tireotoksikoze ili hipotireoze. U zavisnosti od mehanizma delovanja, razlikuju se dva tipa amjodaronom indukovane tireotoksikoze (AIT), jod-indukovana hipertireoza (tip 1) i destruktivni tiroiditis (tip 2).

Pacijent 67 godina, hospitalizovan zbog amjodaronom indukovane tireotoksikoze. Januara 2022. nakon infarkta miokarda i implantirana dva stenta uveden amjodaron i antihipertenzivna terapija. Ima dijabetest melitus tip 2, na intenzifikovanoj insulinskoj terapiji. Sredinom 2024. javljaju se malaksalost, preznojavanje, nelagodnost u grudima, gubitak snage, ubrzano zamaranje, pojačano žeđanje, suvoća usta, mučnina i gubitak 18 kg u težini tokom dva meseca. Novembra verifikovana tireotoksikoza, isključen amjodaron i uvedena tirosupresivna i kortikosteroidna terapija. Nakon nedelju dana registrovana je hepatička lezija zbog čega je tiamazol isključen. Po prijemu na naše odeljenje na osnovu vrednosti fT4, fT3, T3 kao i njihovog odnosa, uz negativna tiroid-specifična antitela (fT4: 54.7 pmol/L, fT3: 5.23 pmol/L, T3: 0.84 pmol/L, TPOAt 13.1 IU/mL, TgAt 15.6 IU/mL, TRAb 1.4 IU/L), zaključeno je da se radi o AIT tip 2 te je lečenje nastavljeno samo kortikosteroidnom terapijom. Nakon mesec dana došlo je do normalizacije vrednosti fT4 i oporavka vaskularizacije štitaste žlezde ultrazvučno.

U pojedinim slučajevima AIT je posledica uticaja oba mehanizma delovanja leka kada je opravdano lečenje tireosupresivnom terapijom uz kortikosteroide. Međutim, kada nalazi nedvosmisleno govore u prilog određenog tipa AIT, treba pravilno odabrati terapiju, naročito kod teških pacijenata, imajući u vidu i potencijalne neželjene efekte i tireosupresivne i kortikosteroidne terapije.

Prikazan je pacijent sa AIT tip 2 kod koga su odnos fT4 i fT3, uredan do gornjegраниčan fT3, kao i negativna TRAb govorili u prilog destruktivnog tiroiditisa, kod koga je pored kortikosteroidne terapije uveden i timazaol koji je doveo neželjenih efekata što je proizvelo oporavak pacijenta.

Ključne reči: amjodaron, tireotoksikoza, izbor terapije, neželjeni efekti

POORLY DIFERENTED INSULAR THYROID CARCINOMA IN A 16-YEAR OLD FEMALE PATIENT: CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

M. Marinković, V. Živaljević, M. Jovanović, B. Rovčanin, G. Zorić, B. Odalović,
N. Slijepčević, K. Taušanović, D. Vučen, M. Buzejić, J. Ilić

Klinika za endokrinu hirurgiju UKCS, Beograd

Introduction. Insular thyroid carcinoma is a pathological entity that according to its characteristics and treatment prognosis, occupies an intermediate position between well-differentiated papillary and follicular carcinoma and anaplastic carcinoma of the thyroid gland. It is a rare malignancy with an incidence of less than 1%, while it is estimated at around 10% worldwide. It accounts for only 5% of all thyroid cancers, which are very rarely described in pediatric age.

Case report. We are representing one young female patient with poorly differentiated insular thyroid carcinoma which is extrathyroidally localized, posteromedial to the right lobe of the thyroid gland, with extraluminal compression of the subglottis and the proximal part of the trachea with infiltration of the hypothyroid musculature.

Discussion. The literature mentions Langhans as the first to describe insular carcinoma as “Wurchende Struma” in 1907. while Carcangiu systematically described and named the entity with well-defined nests of cells as insular carcinoma in 1984. It predominantly occurs in women between the ages of 44-66, while it is very rare in children. Considering the poor prognosis because of higher aggressiveness, a multidisciplinary approach to treatment is necessary.

Conclusion. The tendency to local recurrence and distant metastases speaks in favor of a poor prognosis, because the main challenge is early detection and an aggressive approach to treatment, which is reflected in radical surgery, radiotherapy and eventual chemotherapy. The prognosis is worse compared to classic differentiated carcinomas of the thyroid gland.

Key words: Insular thyroid carcinoma, poorly differentiated thyroid carcinoma, case report, extrathyroidally localized.

GESTACIJSKA HIPERTIREOZA U BLIZANAČKOJ TRUDNOĆI KOMPLIKOVANA FIBRILACIJOM PRETKOMORA

I. Đurković¹, M. Stojković^{2,3}, B. Marković², T. Janić², J. Babić², M. Đorđević¹, J. Bogdanović^{2,3}, D. Popović², B. Nedeljković Beleslin^{2,3}, J. Ćirić^{2,3}, M. Žarković^{2,3}

¹Metabolička jedinica, Urgentni centar, Univerzitetski klinički centar Srbije

²Klinika za endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma, Univerzitetski klinički centar Srbije

³Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Uvod. Gestacijska tranzitorna tireotoksikoza predstavlja pojačanu funkciju štitaste žlezde u trudnoći, često udruženu sa hyperemesis gravidarum, a uzrokovana je visokim vrednostima cirkulišućeg beta-HCG. Zbog sličnosti u strukturi TSH i beta-HCG, tokom prvog trimestra dolazi do pojačane stimulacije produkcije tiroidnih hormona, a opadanja TSH. U periodu 9-12. nedelje trudnoće porast beta-HCG je najveći, nekada tako visok da uzrokuje značajan porast fT4 i T3 praćen kliničkom slikom hipertireoze.

Prikaz slučaja. Pacijentkinja starosti 35 godina hospitalizovana je u Metaboličkoj jedinici UC u VIII/IX nedelji prve, blizanačke trudnoće zbog malaksalosti, vrtoglavice, mučnine i povraćanja, gubitka apetita, dijareje, lupanja i preskakanja srca u trajanju oko 10 dana. Na prijemu je bila afebrilna, ali izrazito hipermetabolična. Laboratorijskim analizama je potvrđena hipertireoza uz negativna tiroid-specifična antitela (TSH 225 000IU/L). Ultrazvučnim pregledom srca uočeno je lako uvećanje leve pretkomore uz EF 50-55%, SPDK 26mmHg, 1+ MR. Krajem X gestacijske nedelje, pacijentkinja je donela odluku da prekine svoju blizanačku trudnoću koja se zakomplikovala ozbiljnim poremećajem srčanog ritma i otežanom kontrolom hipertireoze čak i tireosupresivima. Po prekidu trudnoće, sa opadanjem beta-HCGa (514.6IU/L) došlo je do normalizacije tiroidnog hormonskog statusa (TSH 0.01mIU/L, fT4 13.1pmol/L) koji je perzistirao i po isključivanju tireosupresivne terapije. Takođe je uspostavljen stabilan sinusni ritam, prosečne frekvence 75/min. Kontrolni ultrazvučni pregled srca je bio u fiziološkim granicama (EF 63%, SPDK 20mmHg).

Zaključak. Blizanačke i multiple trudnoće su praćene većim rizikom za supkliničku i kliničku hipertireozu (oko 5%), zbog značajno višeg pika beta-HCG. Nije jasno utvrđeno koliki rizik od komplikacija u trudnoći nosi gestacijska hipertireoza, ali neke studije su pokazale povezanost sa neželjenim ishodima trudnoće i poremećajem u razvoju ploda. Kod prikazane pacijentkinje, težina gestacijske hipertireoze je zahtevala upotrebu tireosupresiva koji se inače retko koriste zbog obično blagog i tranzitornog hormonskog poremećaja.

Ključne reči: tireotoksikoza, trudnoća, beta-HCG, hyperemesis gravidarum



SRPSKO
TIROIDNO
DRUŠTVO

OSMI SRPSKI KONGRES O ŠTITASTOJ ŽLEZDI

sa međunarodnim učešćem

INDEKS AUTORA

INDEKS AUTORA

A

Antić, J. 29

B

Babić, J. 21, 38, 39, 41

Bajić, J. 29, 35

Bogdanović, J. 41

Božić Antić, I. 25

Buzejčić, M. 30, 32, 36, 37, 40

C

Cekić, I. 29, 35

Cheshlaroska Marushoska, K. 31

Ć

Ćirić, J. 21, 38, 39, 41

D

Despotović, S. 24

Dinić, M. 35

Doknić, M. 29, 35

Dolić, M. 34

Dunđerović, D. 24, 29

Đ

Đorđević, M. 41

Đurđević, S. 35

Đurković, I. 21, 38, 39, 41

E

Erceg, S. 21, 39

I

Ilić, J. 30, 32, 36, 37, 40

Ivaniš, S. 32, 36, 37

J

Janić, T. 21, 38, 39, 41

Jemuović, Z. 29, 35

Jevtić, I. 29, 35

Joksimović, N. 21, 38, 39

Jolić, A. 28

Jolić, B. 28

Jovanović, M. 18, 29, 30, 32, 35, 36, 37, 40

K

Klet, S. 38

Kurčubić, B. 29, 35

M

Manojlović Gačić, E. 24

Marinković, M. 36, 37, 40

Marković, B. 21, 38, 39, 41

Miljić, D. 29, 35

Mišović, M. 34

N

Nedeljković Beleslin, B. 21, 33, 38, 39, 41

Nikolić Đurović, M. 29, 35

O

Odalović, B. 23, 30, 32, 40

Olujčić, B. 33

P

Parezanović, M. 32, 36, 37

Paunović, Ž. 28

Pekić-Đurđević, S. 29

Pevac, N. 33

Popović, D. 41

Prvanović, M. 20, 24

R

Radojičić, B. 34
Radojičić, M. 34
Radović, B. 29
Rovčanin, B. 30, 32, 36, 40

S

Slijepčević, N. 22, 30, 32, 36, 40
Stepanović, B. 36, 37
Stojanović, M. 29, 35
Stojković, M. 21, 38, 39, 41

T

Tatić, S. 24, 29
Taušanović, K. 19, 30, 32, 35, 36, 40
Todorović, D. 34
Tomanović, N. 24
Tomić, A.M. 24
Tošković, A. 35

V

Vučen, D. 36, 37, 40

Z

Zorić, G. 29, 30, 32, 40

Ž

Žarković, M. 21, 38, 39, 41
Živaljević, V. 29, 30, 32, 35, 36, 37, 40
Životić, M. 24



SRPSKO
TIROIDNO
DRUŠTVO

OSMI SRPSKI KONGRES O ŠTITASTOJ ŽLEZDI

sa međunarodnim učešćem

Beograd,
14–15. mart 2025. godine

Prateći stručni program

SPONZORISANO PREDAVANJE

Petak, 14. mart 2025.

13.10-13.55 MERCK SIMPOZIJUM

Novine u lečenju pacijenata sa hipotireozom nakon 50 godina iskustva lekom Euthyrox – više doza za bolju preciznost

Šta nam donose nove doze leka Euthyrox 88 mcg, 112 mcg, 137 mcg kod pacijenata sa hipotireozom- individualni pristup terapiji

Predavač: prof. dr Miloš Žarković

*Klinika za endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma,
Univerzitetski Klinički Centar Srbije*

Zašto je važno da prepoznamo i lečimo subkliničku hipotireozu – precizno doziranje sa lekom Euthyrox

Predavač: prof. dr Biljana Nedeljković Beleslin

*Klinika za endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma,
Univerzitetski Klinički Centar Srbije*

Izražavamo zahvalnost sponzorima koji su pomogli održavanje
OSMOG SRPSKOG KONGRESA O ŠTITASTOJ ŽLEZDI

MERCK

 **BERLIN-CHEMIE**
MENARINI


novo nordisk®

 **OKTAL PHARMA**
Vaš najbolji izbor

 **OPTIMUS**

 **its**

 **INPHARM**

AB TRADE
SVET U TREĆOJ DIMENZIJI

25
GODINA EKZISTIVA SA MEDICINSKOM OPREMEMOM

 **Galenika**

MITER
INTERNATIONAL

TIROSTAR DOPRINOSI:

normalnoj
funkciji
štitaste
žlezde

zaštiti
ćelija od
oksidativnog
stresa

TIROSTAR

Mio-inozitol | Selen | Vitamin D

Prava podrška
u normalnoj funkciji
štitaste žlezde



 OKTAL PHARMA
Koli najbolji izbor

Biramo najbolje!

Za optimalnu odbranu
organizma!



Štit za vašu žlezdu



 COOPTIMUS
www.optimuspharm.rs



BERLIN-CHEMIE
MENARINI



SR_BCM-01-2023_V1_printreminder

Saxenda[®]
liraglutid

JEDNOM NEDELJNO
OZEMPIC[®]
semaglutid



 **EUTHYROX[®]** 25 µg

 **EUTHYROX[®]** 50 µg

 **EUTHYROX[®]** 75 µg

 **EUTHYROX[®]** 88 µg

 **EUTHYROX[®]** 100 µg

 **EUTHYROX[®]** 112 µg

 **EUTHYROX[®]** 125 µg

 **EUTHYROX[®]** 137 µg

 **EUTHYROX[®]** 150 µg