

9. SCHILDKLIERKANKER

1. Inleiding

Schildklierkanker vertegenwoordigt tussen 0,5 et 1 % van alle kankergevallen in België (1). Deze kanker doet zich voor in verschillende histologische vormen, waarvan de (spontane of posttherapeutische) prognose sterk uiteenloopt. Papillaire en folliculaire schildkliercarcinomen zijn zelden fataal wanneer ze correct worden behandeld. Anaplastische vormen daarentegen behoren tot de kankers met de hoogste mortaliteit. De leeftijd bepaalt ook de relatieve frequentie van de verschillende cellulaire types: papillaire schildklierkanker treft meestal volwassenen van minder dan 50 jaar oud; vanaf 60-jarige leeftijd is anaplastisch schildkliercarcinoom de meest voorkomende vorm (2).

De causale relatie tussen het leefmilieu en schildklierkanker is belangrijk: de Wereldgezondheidsorganisatie stelde vast dat schildklierkanker de meest voorkomende vorm van kanker met ongevalsoorzaak is (3).

2. Definitie

.2.1. Symptomen

In het algemeen merkt de zieke of de arts de aanwezigheid van een - overigens asymptomatisch - gezwel (nodulus of knobbel) ter hoogte van de hals. De meeste schildklierknobbels zijn benigne en schildklierkankers hebben meestal geen grote maligniteit: ze laten gewoonlijk een normale levensverwachting toe, voor zover ze juist worden behandeld. Verdacht zijn de knobbels die recentelijk of snel in volume zijn toegenomen en die bij palpatie hard aanvoelen. In principe wordt elke schildklierknobbel a priori als verdacht beschouwd; onderzoek door een arts is noodzakelijk.

.2.2. Diagnose

Bij schildklierknobbels speelt de familiale factor sterk mee, vooral bij vrouwen. Het is dus onontbeerlijk de familiale antecedenten na te gaan. Het centrale diagnostische element is het onderzoek van de hals. Als zich daar een schildkliergezwel bevindt en a fortiori als dit verdacht lijkt, is een echografie of een scintigrafie met radioactief jodium aanbevolen, alsook een dosering van de schildklierhormonen en van de schildklierautoantistoffen en een radiografie van de longen (op zoek naar eventuele metastasen). Als de scintigrafie met radioactief jodium de aanwezigheid van een koude knobbel (vast bij de echografie) aantoont, zal een scintigrafie met radioactief thallium die een warme knobbel toont zeer veelzeggend voor kwaadaardigheid zijn.

De naaldpunctiebiopsie van de verdachte zone is van belang om benigne noduli van maligne noduli te onderscheiden. De diagnose kan immers pas met zekerheid worden gesteld op basis van het histologisch of cytologisch onderzoek van het neoplastische weefsel, maar via moleculaire technieken kunnen belangrijke preciseringen worden aangebracht.

.2.3. Preventie en behandeling

De ziekte wordt opgespoord door palpatie van de hals. De nauwkeurigheid van de halspalpatie hangt af van de deskundigheid van de onderzoeker en de grootte van het gezwel. Bij patiënten die een arts raadplegen om een verdachte solitaire nodulus te evalueren, bereikt palpatie een gevoeligheid en specificiteit van 63% en 62% in vergelijking met echografie. In een studie over halspalpatie bij asymptomatische volwassenen beliep de gevoeligheid van deze methode 15% en haar specificiteit 100% in vergelijking met echografie. Een negatief resultaat sluit de afwezigheid van schildklierkanker dus niet uit (4).

De voordelen van vroegtijdige opsporing van deze kankers zijn slecht gekend en niets wijst erop dat systematische palpatie van de hals door de dokter enige impact zou hebben op de evolutie (morbiditeit) of op de afloop (mortaliteit) van de ziekte. Daarom wordt systematische opsporing van schildklierkanker niet aanbevolen.

Indien een maligne schildklierkanker wordt gediagnosticeerd, noodzaakt de behandeling meestal een chirurgische ingreep aan de schildklier. De schildklier wordt dan gedeeltelijk (subtotale thyroïdectomie) of volledig weggenomen. Na deze operatie kan het resterende schildklierweefsel worden verwijderd door toediening van radioactief jodium. Daarna worden soms geneesmiddelen voorgeschreven om de schildklierhormonen te vervangen. Sommige patiënten moeten ook calciumsupplementen nemen als bij de ingreep tegelijk ook de bij schildklieren werden weggenomen. Deze voorschriften hangen af van de overblijvende schildklier en de conclusies bij de chirurgische exaerese.

3. Etiologie

3.1. Predisponerende factoren

- Genetische factoren: schildklierkanker van het medullaire type heeft een familiaal karakter. Monitoring van de gezinsleden van de zieken is dus belangrijk; dit gebeurt door periodieke dosisbepalingen van tumortracers in het serum (calcitonine).
- De leeftijd: we stellen vast dat de ziekte meer voorkomt bij jongeren.
- Geslacht: het risico is groter en de aanwezigheid van een nodulus erg verdacht indien de patiënt van het mannelijk geslacht is. Toch komt schildklierkanker tweemaal zoveel voor bij vrouwen; grosso modo komen schildklieraandoeningen in ruime zin acht keer meer voor bij vrouwen.
- De aanwezigheid van een solitaire nodulus in de schildklier of van een nodulus die koud is bij scintigrafie met radioactief jodium, is verdacht voor het aanvangsstadium van schildklierkanker of het risico schildklierkanker te ontwikkelen, des te meer als de nodulus warm is bij de scintigrafie met radioactief thallium.

3.2. Uitlokkende of verergerende factoren

3.2.1. Ioniserende stralingen:

Externe bestraling van het hoofd, de hals, het bovenste deel van de thorax werd vroeger toegepast om diverse minder ernstige aandoeningen te behandelen, onder meer recidiverende amandelontstekingen, acne en thymushypertrofie. De schildklier werd bij deze behandelingen systematisch bestraald. Men besefte toen niet dat deze zwakke stralingsdosissen in de kindertijd het risico van benigne en maligne schildklierneoplasie verhoogden, met een latentieperiode van 5 tot 10 jaar of meer (5). De gevolgen van de stralingen zijn verschillend naar gelang van de opgenomen dosis, het type straling en het soort blootstelling. Bij massale en acute blootstelling, zoals in Hiroshima en Tsjernobyl, neemt de schildklier, die het jodium actief concentreert, het radioactieve jodium op dat in het leefmilieu is vrijgekomen (isotoop 131), en houdt aldus op middellange termijn een risico op kankervorming in (6). Zo wordt sinds 1991 een duidelijke stijging van de incidentie van schildklierkanker vastgesteld in de omgeving van Tsjernobyl (7). In de streken die het meest aan radioactief jodium blootstonden, treft de ziekte bijna 1 kind op 10.000 jonger dan 15 jaar. Deze kankers, die vooral jonge kinderen treffen, hebben een zeer korte latentieperiode en een zeer agressief karakter. In West-Europa is geen enkele stijging van het aantal gevallen van schildklierkanker vastgesteld, maar de afwezigheid van een terugloop (amper meer dan 10 jaar na de ramp van Tsjernobyl) laat nog geen uitspraak toe over de repercussies op lange termijn.

Inwendige bestraling met radioactief jodium (I131) als gevolg van blootstelling om medische redenen (hyperthyroidie) wordt niet verantwoordelijk gesteld voor door straling geïnduceerde schildklierkanker (de studies hebben echter een lage gevoeligheidsdrempel). Deze vaststellingen gebeurden hoofdzakelijk bij volwassenen met een schildklieraandoening en er werd geen conclusie getrokken aangaande het risico bij kinderen.

3.2.2. Andere factoren:

- Chemische verontreinigende stoffen: worden verantwoordelijk gesteld, maar hun rol wordt betwist want er is geen specifieke carcinogene stof voor de schildklier (8).
- Te weinig jodium in de voeding: het is bekend dat personen met jodiumtekort die bloot worden

gesteld aan radioactief jodium, de neiging hebben dit jodium te op te nemen in hun klier, maar er is geen jodiumtekort in de Oekraïne en Wit-Rusland en deze risicofactor is dus weinig gedocumenteerd (8). De ontwikkeling van krop bij volkeren uit jodiumarme bergachtige streken is overigens wel goed gedocumenteerd.

.3.3.Synergismen

Blootstelling van de schildklier aan ioniserende stralingen vormt een des te groter risico naarmate de bestraalde persoon jonger is (vroegere kinderjaren).

.3.4.Risicogroepen

- Kinderen: het risico dat zij in het geval van stralingen deze kanker ontwikkelen, is hoger dan bij volwassenen, omdat ze gevoeliger zijn voor de stralingseffecten en omdat hun schildklier, in volle groei, meer radioactief jodium opneemt.

4. Belang in Brussel

.4.1. Blootstelling aan risicofactoren

In België leven meer dan vier miljoen inwoners op minder dan 30 kilometer van een kerncentrale. De kerncentrales dichtst bij het Brusselse Gewest zijn die van Fleurus en Tihange, op meer dan 30 km afstand.

Indien zich in ons land of dicht bij een nucleair ongeval zou voordoen, zou dit op middellange en lange termijn vooral bij kinderen kunnen leiden tot een stijging van de incidentie van schildklierkanker en andere ziekten (leukemie, voortplantingsproblemen). Het nationale urgentieplan (8) bij ongeval in een kerninstallatie bepaalt een voorafgaande bedeling van jodiumtabletten aan de gezinnen via de apothekers, in een straal van 10 km rond de centrales. Voor de zones in een straal van 10 tot 20 km rond de kerncentrales en de aangrenzende zones bepaalt het plan de aanleg van gedecentraliseerde voorraden jodiumtabletten, die bij ongeval moeten worden uitgedeeld. Deze jodiuminname moet de schildklier verzadigen aan niet-radioactief jodium voordat ze de kans krijgt de in het milieu verspreide schadelijke vorm op te nemen. Deze maatregel richt zich prioritair tot kinderen, omdat zij gevoeliger zijn voor het risico.

Toevoeging van jodium aan het leidingwater en aan de meeste keukenzouten vormt eveneens een preventieve maatregel tegen hypothyroïdie (en op langere termijn tegen schildklierkanker bij kernongeval).

.4.2. Incidentie en mortaliteit

.4.2.1. Algemene bevolking

In de periode 1990-1992 werd voor 551 Belgen (147 mannen en 404 vrouwen) schildklierkanker aangegeven, hetgeen voor België een gestandaardiseerd incidentiecijfer van 0,98 /100.000 voor mannen en 2,36/100.000 voor vrouwen oplevert. In het Brusselse Gewest bedraagt de globale incidentie 1,18/100.000 personen (9).

Deze kankers worden bijna altijd met succes behandeld en hebben slechts weinig sterfgevallen tot gevolg.

.4.2.2. Kinderen

In België is het aantal kinderen dat momenteel deze kanker ontwikkelt, erg laag. Slechts voor 4 kinderen die jonger zijn dan 15 jaar, werd in de periode 1990-1992 schildklierkanker aangegeven, wat gelijkstaat met een incidentiecijfer lager dan 0,1/100.000 (9).

5. Hulpbronnen

Documentatiecentrum en pedagogische hulpmiddelen voor het publiek:

- Belgische Federatie tegen Kanker, Leuvensesteenweg 795, 1030 Brussel, tel. 736.99.99 ;
- Dienst voor Bescherming tegen Ioniserende Stralingen (DBIS), Ministerie van Volksgezondheid, Vesaliuswijk, Pachecolaan 19 bus 5, 1010 Brussel.

Naslagdocument voor artsen:

- Smeesters P., Frühling J., Van Bladel L. & Wambersie A. Accidents nucléaires et prophylaxie par l'iode. 1ère partie: risques liés à l'irradiation de la glande thyroïde Rev. Med. Brux.1998; 6: 475-82.

6. Conclusie

Er zijn momenteel geen voldoende betrouwbare gegevens over de doeltreffendheid van opsporing van schildklierkanker in het kader van periodiek medisch onderzoek. Deze kanker, die in ons land een zeer lage incidentie heeft, vraagt aandacht vanwege de mogelijke risico's in verband met de nucleaire activiteit van bepaalde regio's. In dit type van verontreiniging kunnen eenvoudige preventiemiddelen bij de bevolking het risico gemakkelijk beperken.

Bronnen

1. Nationaal Kankerregister, Gegevens van het jaar 1994.
2. Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique, ED. Sidem-T.M., 1987.
3. L'Association Nucléaire Canadienne, Tchernobyl, 10 ans après, Les effets sur la santé, <http://www.cna.ca/cherf3.html>.
4. Brander A., Viikinkoski P., Nickels J. et al., Thyroid gland : U.S. screening in a random adult population, *Radiology*, 181 : 683-87, 1991.
5. Hancock S.L. et al., Thyroid abnormalities after therapeutic external radiation , *Int J Radiation Oncology Biol Phys*, 31 : 1165-70, 1995.
6. Nagasaki S. et al., Thyroid diseases among atomic bomb survivors in Nagasaki, *JAMA*, 272 : 364-70, 1994.
7. Frühling J., The Chernobyl accident, Health effects : clinical and oncological considerations, *Ann Ass Belg Radioprot*, 76 : 900-9, 1997.
8. Smeesters P., Frühling J., Van Bladel L. & Wambersie A., Accidents nucléaires et prophylaxie par l'iode, 1ère partie : risques liés à l'irradiation de la glande thyroïde, *Rev Med Brux*, 6 : 475-82, 1998.
9. Nationaal Kankerregister, Kanker in België, 1990-1992.

Auteur(s) van de fiche

BOULAND Catherine