

Местно-распространенный рак щитовидной железы. Случай из практики

Р.И. Азизян¹, О.А. Саприна¹, А.Х. Бекашев¹, Д.С. Белов¹, Т.Г. Гаспарян¹, Е.С. Горобец¹,
В.В. Баландин¹, Г.В. Унгиадзе¹, Е.Л. Дронова¹, А.В. Васильев¹, М.В. Ломяя²

¹ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России; Россия, 115478, Москва, Каширское шоссе, 23;
²ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России; Россия, 119991, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2

Контакты: Оксана Александровна Саприна isabekian@mail.ru

В статье представлены результаты лечения пациентки с местно-распространенным раком щитовидной железы с опухолевым тромбом внутренней яремной вены с поражением гортани, трахеи и с «гигантским» метастазом в кости свода черепа.

Ключевые слова: местно-распространенный рак, фолликулярный рак, поражение гортани, поражение трахеи, опухолевый тромб, отдаленные метастазы

DOI: 10.17650/2222-1468-2015-5-4-53-57

Locally advanced thyroid cancer: case report

R.I. Azizyan¹, O.A. Saprina¹, A.Kh. Bekyashev¹, D.S. Belov¹, T.G. Gasparyan¹, E.S. Gorobets¹,
V.V. Balandin¹, G.V. Ungiadze¹, E.L. Dronova¹, A.V. Vasil'ev¹, M.V. Lomaya²

¹N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center at the Ministry of Health of Russia; 23 Kashirskoe Shosse, Moscow, 115478, Russia;
²I.M. Sechenov First Moscow State Medical University at the Ministry of Health of Russia; Build. 2, 8 Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia

The paper gives the results of treatment in a female patient with locally advanced thyroid cancer with a tumor thrombus in the internal jugular vein with laryngeal or tracheal involvement, and a giant metastasis into the bone of the vault of the skull.

Key words: locally advanced cancer, follicular cancer, laryngeal or tracheal involvement, tumor thrombus, distant metastases

Рак щитовидной железы (РЩЖ) составляет 1–3 % от всех опухолей человека [1]. Около 80 % из них – это дифференцированные варианты РЩЖ [2]. Фолликулярный рак является вторым по частоте встречаемости после папиллярного. Эти опухоли характеризуются возможным мультифокальным поражением и низким индексом регионарного метастазирования. Однако около 10–15 % таких образований могут характеризоваться агрессивным течением, как местным, так и отдаленным метастазированием, резистентностью к лечению и, соответственно, повышенным уровнем летальности [3]. Отдаленное метастазирование чаще всего происходит в легкие, кости, головной мозг и печень [4–7]. Внутричерепные метастазы встречаются крайне редко и составляют около 1 % [8]. Отмечено избирательное поражение органов в зависимости от гистологического типа РЩЖ. Так, фолликулярный рак метастазирует в кости черепа, в то время как папиллярный – в вещество головного мозга.

К прогностическим факторам относятся возраст, степень злокачественности, размер опухоли, наличие

метастазов. Наиболее важным прогностическим фактором является экстратиреоидное распространение. У таких больных высока частота рецидивов, регионарного и отдаленного метастазирования. Чаще всего при экстратиреоидном распространении отмечается поражение мышц, возвратного гортанного нерва, трахеи, гортани, пищевода и констрикторов глотки. Также в процесс могут быть вовлечены сонная артерия, внутренняя яремная вена, блуждающий и диафрагмальный нервы. Как правило, поражение связано с непосредственной инвазией опухолью прилежащих структур. Что касается сосудистой инвазии, то, согласно современным представлениям, это должно быть полиповидное выпячивание либо «закупоривающая» масса опухоли правильной округлой формы, покрытая эндотелием [9]. Опухолевые тромбы нехарактерны для РЩЖ, однако в литературе описаны единичные случаи метастазов рака почки в щитовидную железу с опухолевым тромбом внутренней яремной вены [10].

Основным фактором в прогнозе больных с агрессивным местно-распространенным РЩЖ является

хирургическое лечение: удаление всей опухоли, сохранение жизненно важных, функционально важных структур, применение адъювантной терапии. Компромисс между радикальным удалением в счет ущерба для жизненно важных структур остается непонятным.

При отдаленных метастазах, как правило, проводится лечение радиоактивным йодом, применяются различные варианты лучевой терапии, а также лекарственное лечение. Хирургическое вмешательство на зону отдаленного метастазирования применяется редко. Однако при наличии быстрого роста и распада, а также при локализации метастазов в значимых зонах операции с последующей адъювантной терапией являются неотъемлемой частью успешного лечения. Также хотелось бы отметить, что у 25–66 % больных с отдаленными метастазами развивается частичная или полная резистентность к радиоiodтерапии, что, в свою очередь, подтверждает необходимость хирургического этапа и лекарственного лечения.

Учитывая редкость встречаемости местно-распространенного РЩЖ с опухолевым тромбом внутренней яремной вены и «гигантским» метастазом в кости черепа, мы считаем необходимым представить данное клиническое наблюдение.

Пациентка М., 62 года, обратилась в РОНЦ им. Н.Н. Блохина с диагнозом «хондросаркома правой теменной кости», с жалобами на наличие образования в проекции теменной области и осиплость голоса.

Из анамнеза известно, что опухоль появилась после травмы теменной области в 2014 г., в течение нескольких месяцев увеличивалась. Также с 1997 г. пациентка отмечала появление образования в проекции правой доли щитовидной железы, обследование не проходила.

При осмотре в теменно-затылочной области справа определяется объемное образование до 20 см в диаметре, эластичной консистенции, несмещаемое относительно подлежащих тканей, безболезненное, кожа над образованием истончена (рис. 1). Наблюдается выраженная



Рис. 1. Внешний вид пациентки: метастаз в теменную кость



Рис. 2. Внешний вид пациентки: выраженная деформация шеи

деформация шеи справа и спереди за счет массивной опухоли в проекции правой доли щитовидной железы, которая распространяется на нижнюю и среднюю трети шеи. Образование плотной консистенции размером 10 × 6 см, безболезненное, несмещаемое относительно гортани и трахеи. Нижний полюс опухоли не определяется, распространяется в верхнее средостение (рис. 2).

При фиброларингоскопии отмечается паралич гортани справа; гортань смещена влево. От уровня перстневидного хряща и до 4-го кольца трахеи определяется компрессия на правую боковую стенку извне с поражением слизистой оболочки. Просвет в зоне наибольшего сужения сужен на 3/4 (в проекции перстневидного хряща и 1–2-го колец трахеи). Расстояние от карины до нижней границы опухоли составляет около 6 см.

По данным компьютерной томографии (КТ) шеи и органов грудной клетки в средней и нижней трети шеи справа с распространением на надключичную, яремную области, а также верхнее средостение определяется массивный опухолевый конгломерат, исходящий из правой доли щитовидной железы, неоднородной структуры, размером 8,0 × 6,0 × 3,8 см. Верхний полюс опухоли достигает подъязычной кости, сонная артерия на 2/3 окружена опухолью, граница прослеживается на всем протяжении. Нижний полюс опухоли распространяется на область яремной вырезки, в верхнее средостение и прилежит к левой плечеголовной вене, плечеголовному стволу и, на небольшом участке, к правой плечеголовной вене (рис. 3).

По результатам магнитно-резонансной томографии (МРТ) и КТ головного мозга в проекции затылочной и теменной кости определяется массивная опухоль, преимущественно с экстракраниальным компонентом, размером 10,5 × 11,0 × 11,3 см. Размер интракраниального компонента составляет 7,5 × 3,0 × 7,8 см. Признаков вставания в вещество головного мозга не выявлено (рис. 4).

При комплексном обследовании диагностированы метастазы в остистый отросток С2.

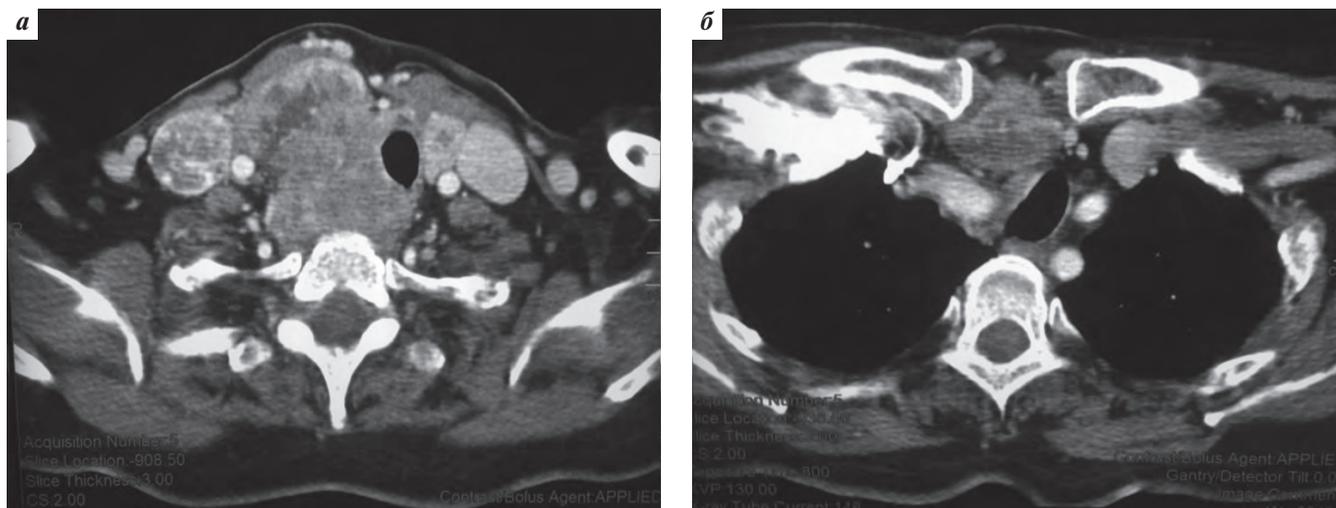


Рис. 3. Аксиальные срезы КТ с внутривенным контрастированием мягких тканей нижней трети шеи: а – на уровне Th1 и I ребра; б – на уровне яремной вырезки (проекционно – позвонок Th3)

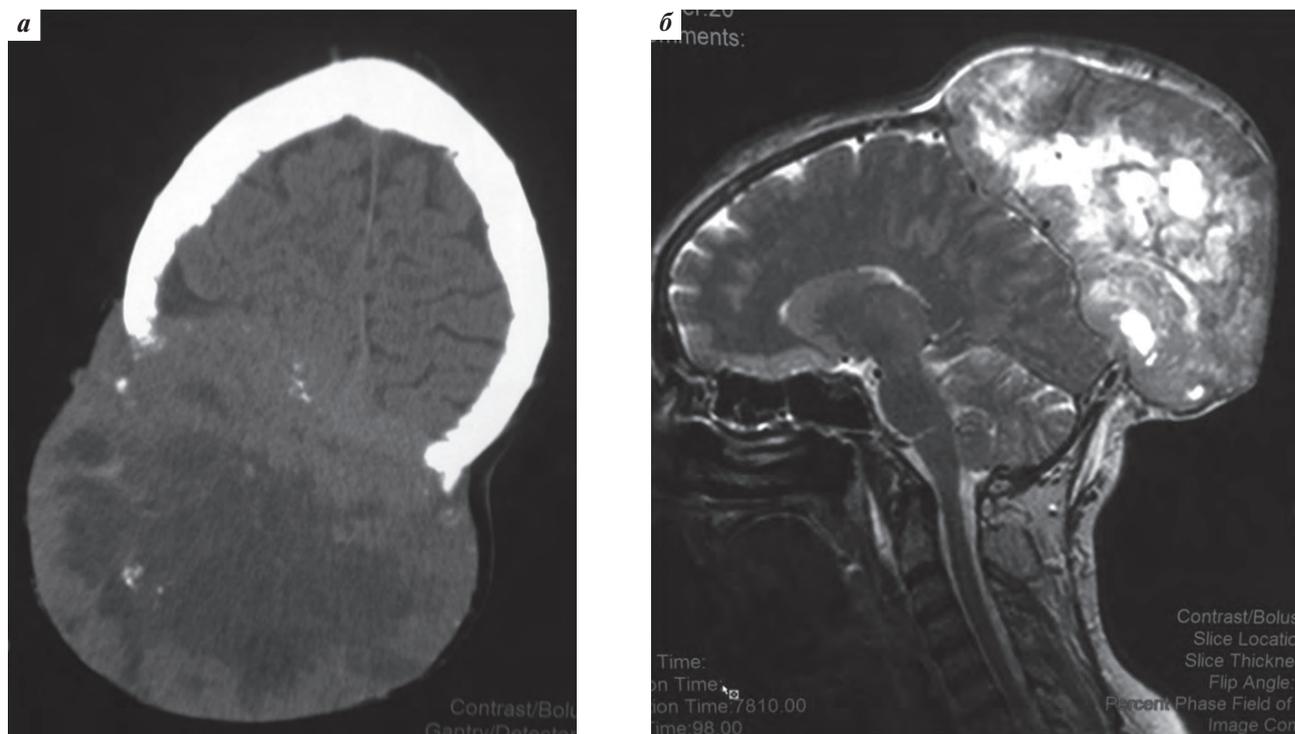


Рис. 4. Пациентка М.: а – аксиальный срез КТ (без внутривенного контрастирования) на уровне верхних отделов теменных и лобных долей, определяется массивная экстракраниальная опухоль с зоной некроза, разрушающая теменные кости; б – сагиттальный срез МРТ, T2-взвешенное изображение (без внутривенного контрастирования), срез проходит практически по средней линии, определяется массивная опухоль, разрушающая задние отделы теменных костей и затылочную кость; граница с извилинами головного мозга прослеживается отчетливо

Учитывая наличие стеноза трахеи, на первом этапе была выполнена операция в объеме тиреоидэктомии, ларингэктомии, резекции 5 колец трахеи, операции Крайля справа. В связи с тем, что опухолевый тромб локализовался во внутренней яремной вене, достигая устья подключичной вены, но не распространялся в последнюю, было принято решение начать операцию с шейного доступа с мобилизацией проксимального от-

дела внутренней яремной вены и ее перевязки (рис. 5) в целях исключения возможной тромбоэмболии. Далее была мобилизована клетчатка шеи бокового треугольника вдоль сосудистого пучка и аксессуарной зоны и подведена к первичному очагу. Выделена правая доля щитовидной железы, правая половина гортани, острым путем опухолевый конгломерат отсечен от пищевода на всем протяжении. Нижний полюс опухоли прилегал

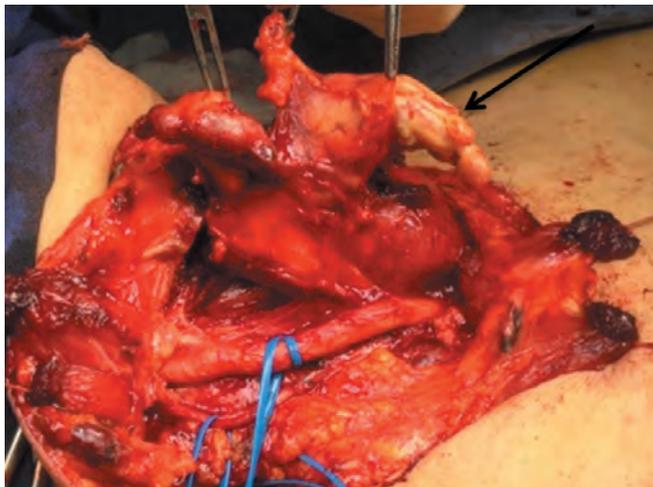


Рис. 5. Этап операции: во внутренней яремной вене визуализируется опухолевый тромб. Опухоль интимно прилежит к пищеводу

к плечеголовным сосудам, после их визуализации из шейного доступа удалось выделить нижний полюс. Затем были мобилизованы левая доля щитовидной железы и гортань, после пересечения надподъязычных мышц и мобилизации трахеи была произведена ларингэктомия с резекцией 5 колец трахеи. Сформирована трахеостома на уровне 6-го кольца (рис. 6).

По данным гистологического исследования выявлен фолликулярный тип опухоли, врастающей в стенку гортани и трахеи с тромбом в просвете внутренней яремной вены. Послеоперационный период протекал без особенностей, заживление раны первичным натяжением.

На 14-е сутки вторым этапом было выполнено удаление метастаза из правой теменно-затылочной области; врастания в вещество головного мозга не выявлено. При гистологическом исследовании подтвержден метастаз фолликулярного РЩЖ в теменную кость. Послеоперационный период протекал без осложнений, заживление раны первичным натяжением.

Учитывая распространенность опухолевого процесса, пациентке рекомендовано лечение радиоактивным йодом, заместительная терапия.

Представленное нами наблюдение является редким случаем ввиду наличия массивного опухолевого тромба во внутренней яремной вене при фолликулярном РЩЖ и может представлять интерес для практикующих врачей.

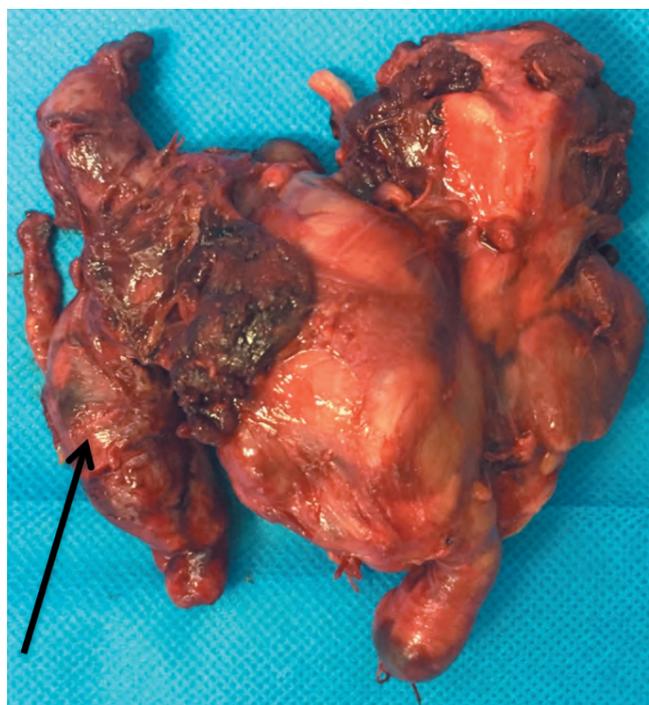
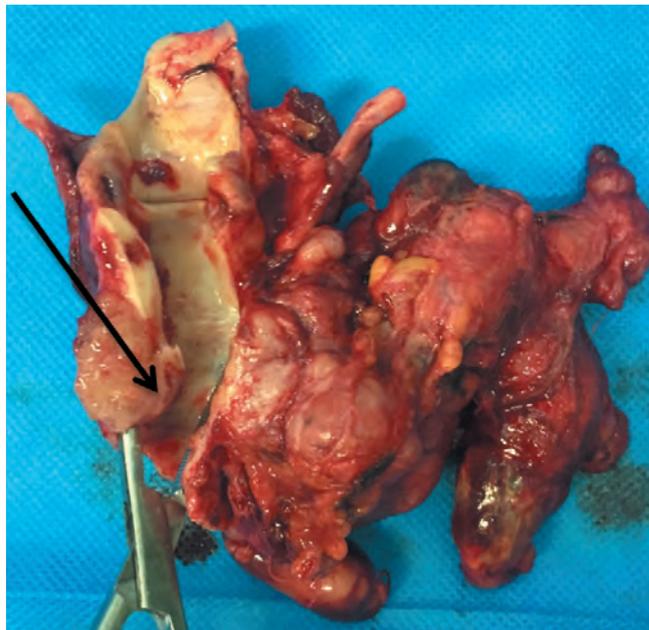


Рис. 6. Макропрепарат: массивный опухолевый тромб во внутренней яремной вене; врастание опухоли в подскладочный отдел гортани и трахею

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Avenia N., Monacelli M., Sanguinetti A. et al. Therapeutic options in locally advanced thyroid carcinoma. Our experience. *Ann Ital Chir* 2012;83(6): 481–5.

2. Shaha A.R. Controversies in the management of thyroid nodule. *Laryngoscope* 2000;110(2 Pt 1):183–93.

3. Cody H.S. 3rd, Shah J.P. Locally invasive, well-differentiated thyroid cancer. 22 years'

experience at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. *Am J Surg* 1981;142(4): 480–3.

4. Rosai J., Carcangui M.L., de Lellis R.A. In: *Tumors of the thyroid gland. Atlas*

- of tumor pathology. By eds.: Rosai J., Sobin L.E. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1992.
5. LiVolsi V.A. Surgical pathology of the thyroid. Philadelphia, PA: WB Saunders, 1990.
6. Franssila K.O., Ackerman L.V., Brown C.L., Hedinger C.E. Follicular carcinoma. *Semin Diagn Pathol* 1985;2(2):101–22.
7. Mazzaferri E.L. An overview of the management of papillary and follicular thyroid carcinoma. *Thyroid* 1999;9(5):421–7.
8. Карахан В.Б., Севян Н.В., Бекашев А.Х. и др. Черепные и внутричерепные метастазы рака щитовидной железы. *Опухоли головы и шеи* 2013;(4):29–32. [Karahhan V.B., Sevyan N.V., Bekyashev A.Kh. et al. Cranial and intracranial metastasis of the thyroid gland cancer. *Opukholi golovy i shei = Head and neck tumors* 2013;(4):29–32. (In Russ.)].
9. DeLellis R.A., Lloyd R.V., Heitz P.U. et al. Pathology and genetics of tumours of endocrine organs. Lyon: IARC Press, 2004. Pp. 49–124.
10. Яковлева Л.П., Романов И.С., Туркин И.Н. и др. Метастаз рака почки в щитовидную железу: особенности диагностики и лечения (описание клинического случая). *Онкоурология* 2010;6(4): 87–92. [Yakovleva L.P., Romanov I.S., Turkin I.N. et al. Kidney cancer metastasis to the thyroid gland: diagnosis and treatment peculiarities (clinical case description). *Onkourologiya = Oncourology* 2010;6(4): 87–92. (In Russ.)].