

Рак околощитовидной железы: случай из практики

К.м.н. А.М. ЛАПШИНА^{1*}, И.А. ВОРОНКОВА¹, проф. А.Ю. АБРОСИМОВ², Р.В. МОЛЧКОВ¹, проф. Д.Г. БЕЛЬЦЕВИЧ¹, к.м.н. В.В. ВОСКОБОЙНИКОВ¹

¹ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава РФ; ²ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр» Минздрава РФ, Москва

Описан редкий случай рака околощитовидной железы со стертой клинической картиной гиперпаратиреоза и субтотальным прорастанием правой доли щитовидной железы.

Ключевые слова: околощитовидные железы, рак околощитовидной железы.

Parathyroid cancer: a case report

A.M. LAPSHINA, I.A. VORONKOVA, A.YU. ABROSIMOV, R.V. MOLCHKOV, D.G. BEL'TSEVICH, V.V. VOSKOBOINIKOV

¹Federal state budgetary institution «Endocrinological Research Centre», Russian Ministry of Health, Moscow; ²Federal state budgetary institution «Medical radiological Research Centre», Russian Ministry of Health, Moscow

The authors describe a rare case of parathyroid cancer characterized by the obscure clinical picture of hyperparathyroidism and subtotal ingrowth of the tumour through the right lobe of the thyroid gland.

Key words: parathyroid glands, parathyroid cancer.

Рак околощитовидных желез (ОЩЖ) — редкая патология, встречающаяся у пациентов трудоспособного возраста (средний возраст 53 года) [1], является примерно у 1% пациентов с первичным гиперпаратиреозом. Большинство (90%) карцином ОЩЖ характеризуются гормональной активностью с гиперпродукцией паратиреоидного гормона (ПТГ); классическая симптоматика складывается из почечного, костного, кардиоваскулярного, нейромышечного и гастроинтестинального синдромов. Однако в 2% случаев наблюдают малосимптомные или асимптомные формы заболевания [2]. В таких случаях важную диагностическую роль играет биохимическое исследование крови с определением уровня общего и ионизированного кальция в крови. УЗИ и скintiграфия с ^{99m}Tc позволяют установить локализацию измененной ОЩЖ, но не разграничивают злокачественные и доброкачественные новообразования. Тонкоигольная аспирационная биопсия не дает однозначных указаний на степень агрессивности и генез клеток новообразования ОЩЖ. На момент выявления опухоли крайне редко имеются метастазы в регионарные лимфатические узлы (<5%) или отдаленные метастазы (<2%). Низкая инвазивность рака ОЩЖ в дебюте заболевания может

приводить к гиподиагностике этого заболевания [1, 4]. Хирургическое удаление злокачественного новообразования ОЩЖ является единственным эффективным методом лечения. Химио- и лучевая терапия в данном случае обладают низкой эффективностью [3, 4].

Представленное наблюдение иллюстрирует важность правильной интерпретации клинической картины, своевременного установления диагноза, сложность хирургического лечения и послеоперационного ведения этой тяжелой категории больных.

Описание случая

Пациентка К., 74 лет, обратилась в ЭНЦ в октябре 2012 г. с жалобами на чувство дискомфорта в области шеи, слабость, снижение массы тела на 5 кг. Других жалоб не предъявляла. Из анамнеза: по данным УЗИ, с 2009 г. определяется объемное образование в правой доле щитовидной железы размером 2,0×1,6×3,3 см. Функция щитовидной железы не была нарушена (ТТГ=2,7 мМЕ/л при норме 0,250—3,500 мМЕ/л).

При поступлении: щитовидная железа увеличена. В правой доле пальпируется образование плот-



Рис. 1. Эхограмма правой доли щитовидной железы.

Ткань щитовидной железы с узлом коллоидного зоба на фоне хронического лимфоцитарного тиреоидита с субтотальным прорастанием правой доли со стороны нижнего полюса новообразованием смешанной эхоструктуры.

ноэластичной консистенции диаметром около 4 см, неоднородной структуры. Левая доля не увеличена, безболезненна, подвижна.

УЗИ щитовидной железы показало увеличение ее объема до 56,0 мл (норма у женщин до 18,0 мл). Размер правой доли 3,8×3,2×8,2 см, левой — 1,4×1,5×4,2 см. В обеих долях эхопризнаки аутоиммунного поражения, а также жидкостные зоны с четкими контурами размерами 4—7 мм; в правой доле определяются изоэхогенная зона с гипоехогенным ободком размером 9,6×6,5×6,0 мм и гиперэхогенное образование размером 7,4×6,5×6,0 мм без акустической тени (**рис. 1**). Регионарные лимфоузлы без видимых изменений. Цитологическое исследование пунктата узлового образования правой доли выявило клеточные комплексы с ядерным полиморфизмом, широкой цитоплазмой и признаки хронического лимфоцитарного тиреоидита (**см. рис. 2, а, на цв. вклейке**).

Рутинное предоперационное лабораторное и инструментальное обследование отклонений не выявило (кроме дислипидемии). Уровень ионизированного кальция в сыворотке до оперативного вмешательства не исследовали.

Во время операции обнаружено опухолевидное образование, фиксированное к предпозвоночным мышцам, трахее, претиреоидным мышцам с распространением в передневерхнее средостение. С техническими сложностями, под визуальным контролем возвратного гортанного нерва выполнена гемитиреоидэктомия справа. Околощитовидные же-

лезы справа не визуализировались из-за выраженного инфильтративного процесса.

Удаленная ткань была направлена на срочное гистологическое исследование. Макроскопически в области правой доли обнаружен узел плотной консистенции белого цвета, крупнодольчатый, без четких границ, размером 4×3×3 см, расположенный интраиреоидно, ближе к одному из полюсов доли. Микроскопически новообразование было классифицировано как недифференцированный рак щитовидной железы. Объем операции расширен до тиреоидэктомии с центральной лимфодиссекцией.

В первые сутки после операции пациентка отметила значительное улучшение самочувствия, выражающееся в исчезновении жажды и учащенного мочеиспускания (активных жалоб при поступлении больная не предъявляла), уменьшение общей слабости и болей в костях. Данная симптоматика расценена как исчезновение инсипидарного синдрома после удаления опухоли ОЩЖ (вероятно, злокачественной). Экстренно определен уровень кальция и паратгормона: общий кальций — 2,87 ммоль/л (норма 2,10—2,55), ионизированный кальций — 1,47 ммоль/л (норма 1,03—1,29), ПТГ — 21 пг/мл (норма 15—65). Возможно, что при сохраняющейся на 1-е сутки после операции гиперкальциемии и нормальном уровне ПТГ предоперационный уровень кальция достигал значительных величин. В постоперационном периоде на 2—3-и сутки отмечено снижение диуреза, уровень мочевины в крови достигал 18,8 ммоль/л (2,5—6,4), креатинина — 306 мкмоль/л (53,0—57,0). В связи с выявившимися диагностическими обстоятельствами проводился форсированный диурез, активная инфузия кальция [на 3-и сутки после операции развилась гипокальциемия (утренний уровень ионизированного кальция не превышал 0,72 ммоль/л)].

На фоне проводимой терапии диурез и скорость клубочковой фильтрации нормализовались. Препараты кальция и витамина D привели к нормализации уровня кальция крови.

При плановом гистологическом исследовании был установлен рак ОЩЖ (**см. рис. 2, б, в, г, на цв. вклейке**), прорастающий в ткань правой доли щитовидной железы и сосуды собственной капсулы с инвазией в окружающую жировую клетчатку. В паратрахеальной клетчатке определялись метастазы рака ОЩЖ из оксифильных клеток с гигантскими многоядерными клетками. В левой доле щитовидной железы обнаружен очаг неинкапсулированной папиллярной микрокарциномы на фоне хронического лимфоцитарного тиреоидита. Иммуногистохимическое исследование с антителами к ПТГ подтвердило паратиреоидное происхождение опухоли: более 60% опухолевых клеток экспрессировали паратгормон ОЩЖ (**см. рис. 2, д, на цв. вклейке**). Исследование с

антителами к CD31 доказало наличие сосудистой инвазии (**см. рис. 2, е, на цв. вклейке**).

Неверное понимание клинических проявлений (больная не предъявляла жалоб на жажду и полиурию, а снижение массы тела на 5 кг не было принято во внимание) в данной ситуации являет-

ся грубейшей диагностической ошибкой. Кроме того, данное наблюдение наглядно иллюстрирует необходимость включения определения уровня общего и ионизированного кальция в спектр рутинного биохимического предоперационного исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Anderson BJ, Samaan NA, Vassilopoulou-Sellin R, Ordonez NG, Hickey RC. Parathyroid carcinoma: features and difficulties in diagnosis and management. *Surgery*. 1983 Dec;94(6):906-915.
2. Djema AI, Mahmoud MD, Collin P, Heymann MF. [Tertiary hyperparathyroidism: parathyroid cancer with liver metastases in a hemodialyzed patient]. *Nephrologie*. 1998;19(3):121-123.
3. Harari A, Waring A, Fernandez-Ranvier G, Hwang J, Suh I, Mitmaker E, et al. Parathyroid Carcinoma: A 43-Year Outcome and Survival Analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2011;96(12):3679-3686. doi: 10.1210/jc.2011-1571
4. Wei CH, Harari A. Parathyroid Carcinoma: Update and Guidelines for Management. *Current Treatment Options in Oncology*. 2012;13(1):11-23. doi: 10.1007/s11864-011-0171-3