Клінічне спостереження нетипової медулярної карциноми щитоподібної залози

Р. П. Ткаченко¹, О. Г. Курик^{1,2}, А. С. Головко², А. І. Денисенко¹

¹Науково–практичний центр профілактичної та клінічної медицини Державного управління справами, м. Київ,

²Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

Clinical observation of atypical thyroid gland carcinoma

R. P. Tkachenko¹, O. G. Kuryk^{1,2}, A. S. Golovko², A. I. Denisenko¹

¹Scientific–Practical Centre of Prophylactic and Clinical Medicine, Kyiv,

²Bogomolets National Medical University, Kyiv

Медулярна карцинома щитоподібної залози (МКЩЗ) – рідкісна нейроендокринна пухлина, що розвивається з парафолікулярних клітин щитоподібної залози (ЩЗ). Її частота не перевищує 5% серед неоплазій ЩЗ [1]. Здатність пухлинних клітин МКЩЗ синтезувати та секретувати кальцитонін є не лише цінним діагностичним критерієм, а й визначальним прогностичним фактором на етапі післяопераційного лікування пацієнта [2, 3]. Разом з тим у світовій літературі на сьогодні наведено дані про лікування 26 хворих з МКЩЗ, які мали невідвищений рівень базального кальцитоніну [4, 5]. Наводимо власне спостереження рідкісної нетипової МКЩЗ.

Пацієнтка Т., 61 р., звернулася до Центру мініінвазивної хірургії зі скаргами на візуальне збільшення та косметичну деформацію ший, які помітила рік тому. За місцем проживання хворій попередньо проведено ультразвукове дослідження (УЗД) ЩЗ, тонкогальмову аспіраційну пункційну біопсію (ТАПБ) та рекомендовано отримати консультацію хірурга–ендокринолога. За даними УЗД ЩЗ збільшена в правій частці, має гетерогенні утворення у правій (розміром 90 мм) та лівій (розміром 10 мм) частках; контур трахеї зміщений різко влі-

во та назад. Додаткових утворень по ходу судинно–нервового пучка немає. За допомогою ТАПБ вузлів правої та лівої часток встановлено цитологічний діагноз папілярного раку ЩЗ. Об'єктивно: наявність деформації ший за рахунок дифузного збільшення ЩЗ переважно у правій частці, вузлових утворень у правій та лівій частках. Рівень тиреотропного гормону – 0,911 мОд/л, кальцитоніну – 0,98 пг/мл (референтні значення менше 4,6 пг/мл). Сімейний та життєвий анамнези без особливостей. На підставі даних анамнезу, лабораторних та інструментальних досліджень встановлено попередній діагноз: папілярний рак. Рекомендовано планове оперативне лікування.

У пацієнтки виконано оперативне втручання – екстрафасціальну тиреоїдектомію, центральну дисекцію ший, лімфаденектомію. Під час операції експрес–гістологічним дослідженням із замороженими зрізами встановлено наявність фолікулярного варіанта папілярного раку ЩЗ у вузлі правої частки та реактивні зміни у лімфатичних вузлах (ЛВ) VI групи. Макроскопічно у правій частці є вузол солідної будови, розмірами 5 × 6 × 8 мм, у лівій частці – вузол розмірами 0,5 × 1,0 × 1,5 мм.

*Рис. 1.
МКЩЗ.*

Забарвлення гематоксином та еозином. 3б. ×200.

*Рис. 2.
МКЩЗ.*

ділянки гомогенної еозинофільної амیلонідоподібної стромы. Забарвлення гематоксином та еозином. 3б. ×200.

Мікроскопічно вузол правої частки містить пухлину трабекулярної будови, яка складається з веретеноподібних клітин з еозинофільною цитоплазмою і дрібними гіперхромними ядрами, ділянок гомогенної еозинофільної амілоїдноподібної строми, що характерно для МКЩЗ (рис. 1, 2); пухлина проросла у фіброзну капсулу вузла, є метастази у ЛВ VI групи.

Для верифікації діагнозу та спростування хибно–негативного лабораторного рівня кальцитоніну пацієнтці в післяопераційному періоді проведено імуногістохімічне дослідження з моноклональними антитілами: хромограніном А, тиреоглобуліном та кальцитоніном (Dako Corporation, Glostrup, Denmark). Імунореактивність пухлини визначена як позитивна до хромограніну А та кальцитоніну, негативна – до тиреоглобуліну.

На основі макроскопічних, мікроскопічних змін та позитивної імунореактивності до кальцитоніну та хромограніну А встановлено патоморфологічний діагноз: МКЩЗ з метастазами у ЛВ VI групи; в лівій частці ЩЗ – мікрофолікулярна аденома.

У післяопераційному періоді пацієнтці проведено УЗД ділянки ший; позитронно–емісійну комп'ютерну томографію (ПЕТ–КТ) органів голови, ший, грудної, черевної порожнин, малого тазу, скелету. За допомогою ПЕТ–КТ виявлено патологічне накопичення радіофармпрепарату (РФП) в рубці після видалення ЩЗ, що вказувало на необхідність динамічного спостереження. Утворення з накопиченням РФП знайдено у висхідному відділі обо-

дової кишки. Рекомендовано проведення колоноскопії. Рівень кальцитоніну в межах референтних значень – 0,63 пг/мл, паратиреоїдного гормону – 39,2 пг/мл.

Відповідно до міжнародних стандартів лікування МКЩЗ хворій проводитимуться УЗД ший, комп'ютерна томографія органів грудної порожнини, визначення рівнів ПТГ, метаболітів сечі кожні 6 міс упродовж 5–річного періоду спостереження [4]. Доцільність вимірювання рівня базального кальцитоніну у пацієнтів з МКЩЗ досі лишається сумнівною, оскільки міжнародних рекомендацій щодо післяопераційного моніторингу рецидиву нетипових МКЩЗ на сьогодні немає.

References

1. Kazaure HS, Roman SA, Sosa JA. Medullary Thyroid microcarcinoma. *Cancer*. 2012; 118(3): 620–7.
2. Machens A, Lorenz K, Dralle H. Utility of Serum Procalcitonin for Screening and Risk Stratification of Medullary Thyroid Cancer. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014;99(8):2986–94.
3. Wells SA, Asa SL, Dralle H, Elisei R, Evans DB, Gagel RF et al. Revised American Thyroid Association Guidelines for the management of Medullary Thyroid Carcinoma Thyroid. 2015;25(6):567–610.
4. Trimboli P, Giovanella L. Serum Calcitonin Negative Medullary Thyroid Carcinoma: A Systematic Review of the Literature. *Clin Chem Lab Med*. 2015;53(10):1507–14.
5. Panagiotakou A, Ioannidis D, Lilis D, Karageorgos G. “Atypical” non–secretory medullary thyroid carcinoma: case report and review of the literature. *Endocrinol Metab Int J*. 2017;4(3):00085.