

## КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

Klinichna khirurgiia. 2019 April;86(4):72-73.  
DOI: 10.26779/2522-1396.2019.04.72

### Хірургічне лікування інсулярної карциноми щитоподібної залози

М. В. Остафійчук, Ю. М. Тарашченко, А. Є. Коваленко

Інститут ендокринології та обміну речовин імені В. П. Комісаренка НАМН України, м. Київ

### Surgical treatment of insular carcinoma of thyroid gland

M. V. Ostafiychuk, Yu. M. Tarashchenko, A. E. Kovalenko

Komissarenko Institute of Endocrinology and Metabolism, Kyiv

Інсулярна карцинома (ІК) є рідкісною формою раку щитоподібної залози (ЩЗ), що розвивається з фолікулярного епітелію [1] та згідно зі своїм субтипом є низькодиференційованою пухлиною. ІК властиві виражена агресивність та знижена здатність накопичення йоду. Вперше дану пухлину було детально описано в 1984 р. [2,3]. Клінічно ІК займає проміжну позицію між диференційованим (папілярним та фолікулярним) і недиференційованим (анapластичним) раком [3]. Однак прогноз щодо ІК значно гірший, ніж щодо фолікулярного і папілярного раку ЩЗ. Віддалені метастази пухлини в легені, кістки, мозок, а також печінку, нирки, шкіру, яєчники виявляють у 65–85% хворих, а 10–річна виживаність коливається від 13 до 41%.

У відділенні хірургії ендокринних залоз Інституту проведено лікування 16 пацієнтів з ІК ЩЗ з 5–річною виживаністю 62,5%. Наводимо клінічне спостереження.

Пацієнт Н., 60 р., госпіталізований у березні 2018 р. у відділення хірургії ендокринних залоз зі скаргами на наявність пухлиноподібного утворення на шиї, дискомфорт у горлі під час ковтання. Зі слів хворого, утворення спостерігає протягом 1 року, за цей час воно незначно збільшилось у розмірах, відмічав запаморочення, коли закидає голову назад, та задишку під час помірною фізичною навантаженням.

Проведено огляд: пацієнт гіперстенічної тілобудови, пухлин у ділянці шиї візуально не виявлено. Пальпація ЩЗ: у ділянці правої частки пальпується верхній полюс округлого утворення щільної консистенції, яке наполовину розташоване загрудинно, під час ковтання утворення рухливе; регіонарні лімфатичні вузли не пальпуються.

Ультразвукове дослідження (УЗД) ЩЗ 05.03.2018 р.: у правій частці визначається утворення діаметром 65 мм, неправильної форми, з чіткими контурами, тканина утворення помірно гіпоехогенна, ехоструктура неоднорідна за рахунок численних лінійних гідрофільних (васкулярних) структур, нижній полюс правої частки (вузла) опускається за грудину на 2 см, регіонарні лімфатичні вузли не збільшені.

Проведена тонкоіголова аспіраційна пункційна біопсія. Цитологічний висновок: вузол правої частки розміром 65 мм – пухлина мікрофолікулярної будови (BRSTC: IV Follicular Neoplasm or Suspicious for a Follicular Neoplasm).

З метою уточнення характеру і розповсюдження пухлини, наявності віддаленого метастазування та ознак інвазії

20.03.2018 р. проведено мультиспіральну комп'ютерну томографію (МСКТ) з внутрішньовенним контрастуванням ший, органів грудної, черевної порожнини, заочеревинного простору, малого таза. За даними МСКТ у структурі правої частки ЩЗ визначається утворення неправильної форми, яке поширюється у проекцію верхнього середостіння (до рівня верхньої та середньої третин рукоятки груднини), інтимно прилягає до трахеї, стравоходу, які відтіснені вліво, плечоголового стовбура, правої підключичної, правої загальної сонної артерій (без ознак інвазії) і до черевних відділів тіл хребців (C<sub>vii</sub>–T<sub>ii</sub>), має неправильну форму з горбистими контурами, неоднорідну структуру (з ділянками деструкції щільністю +5 – +25 одиниць Хаунсфілда, розмірами 56 × 41 × 65 мм (рис. 1); в обох легенях інфільтрованих змін не виявлено; полісегментарно білатерально визначаються множинні дрібні вузлові ущільнення розмірами до 5 мм; печінка не збільшена, контур чіткий, рівний.

Враховуючи близьке розташування пухлини до магистральних судин, як додатковий етап МСКТ проведена комп'ютерна 3D–реконструкція зображень для об'ємного

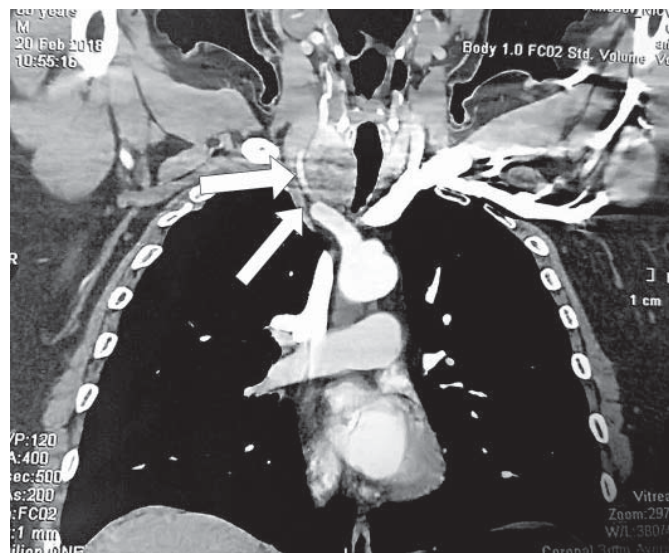
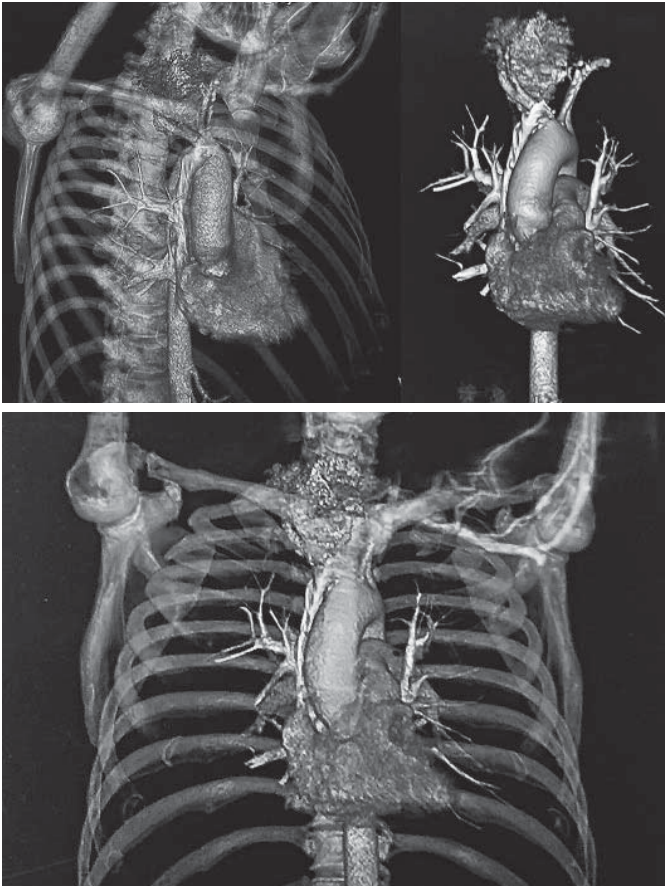


Рис. 1.  
МСКТ з внутрішньовенним контрастуванням ший.



*Рис. 2.*  
 3D-реконструкція МСКТ ший.

представлення співвідношення пухлини та важливих анатомічних структур ший та середостіння (рис. 2).

Результати фібробронхоскопії: протягом перших шести напівкілець трахея деформована внаслідок компресії справа наполовину; слизова оболонка не змінена, ознак трансмуральної інвазії не виявлено.

Проведено гормональне дослідження: тиреотропний гормон – 3,75 мкМО/мл (референтні значення 0,27–4,20), тироксин (Т4) – 14,5 пмоль/л (12–22), тиреоглобулін – 5290 нг/мл (3,5 – 77), антитіла до тиреопероксидази – менше 5 МО/мл (0,00 – 34).

За результатами проведеного обстеження встановлено клінічний діагноз: правосторонній вузловий зоб з частково внутрішньогрудним розташуванням; Suspitios–г (?), еу-тиреоїдна форма.

03.04.2018 р. під внутрішньовенним наркозом з інтубацією трахеї та міорелаксантами проведено оперативне лікування в об'ємі тиреоїдектомії з дисекцією серединного колектора ший (пара- та претрахеальні лімфатичні вузли). Інтраопераційно виявлено, що пухлина щільно спаяна з навколишніми тканинами за рахунок або інвазії, або перитуморозного інфільтрату. Виконана мобілізація пухлини з широкою резекцією претиреоїдних м'язів. Особливі технічні труднощі виникли під час відділення пухлини від трахеї та стравоходу. Відмічена інвазія пухлини в поворотний гортанний нерв справа, цілісність якого не була збережена.

Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень, відмічена зміна тембру голосу пацієнта та недостатньо про-

дуктивний кашель. Післяопераційна рана загоїлась первинним натягом.

Патогістологічне дослідження видаленої пухлини: гістологічна будова пухлини найбільше відповідає медулярній карциномі ЩЗ. Для уточнення гістотипу та проведення диференціальної діагностики проведено імуногістохімічне дослідження: низькодиференційована (інсулярна) карцинома ЩЗ. За результатами імуногістохімічного дослідження у клітинах пухлини спостерігали дифузну, яскраву експресію тиреоглобуліну, виходячи з чого було прийнято рішення про призначення радіоїодної терапії.

Через 31 день після операції хворому проведено радіоїодне лікування ( $I^{131}$ ) в дозі 5100 кБк.

Планове обстеження проведено через 4 міс після оперативного лікування (08.08.2018 р.) МСКТ: стан після комбінованого лікування з приводу низькодиференційованої карциноми ЩЗ; ознаки вогнищевої патології легенів розцінені як вторинне ураження.

Контрольне УЗД ЩЗ 19.09.2018 р.: залоза не візуалізується; додаткові утворення в області залози не визначаються; візуалізуються два лімфатичні вузли в області правої яремної вени розмірами від  $4 \times 3$  до  $7 \times 4$  мм; тканина лімфатичних вузлів гіпоехогенна, ехоструктура однорідна. Ехографічна картина оперованої ЩЗ (тиреоїдектомія), лімфаденопатія.

Повторне проведення радіоїодної терапії призначено на 26.10.2018 р.

#### **Висновки**

Наведене клінічне спостереження цікаве в діагностичному плані: поєднання невизначеної цитологічної діагностики (BRSTC: IV Follicular Neoplasm or Suspicious for a Follicular Neoplasm) та клінічно розповсюдженого процесу ЩЗ (ІК). Адекватне рентгенологічне, ендоскопічне дослідження пухлини дало змогу провести радикальне хірургічне лікування – виконати оперативне втручання з приводу первинного вогнища ураження в передньому та задньому середостіннях до рівня ТII без стернотомії.

#### **Підтвердження**

**Фінансування.** Це дослідження є фрагментом НДР «Розробка індивідуальних алгоритмів хірургічного лікування пухлин щитоподібної залози, надниркових залоз, первинного та вторинного гіперпаратиреозу». Фінансування за рахунок державного бюджету

**Інформація про внесок кожного учасника.** Внесок кожного автора в цю роботу однаковий. Всі автори прочитали і схвалили остаточний варіант рукопису.

**Конфлікт інтересів.** Автори, які взяли участь в цьому дослідженні, декларують відсутність конфлікту інтересів щодо цього рукопису.

**Згода на публікацію.** Всі автори дали згоду на публікацію цього рукопису.

#### **References**

1. Yu MG, Rivera J, Jimeno C. Poorly Differentiated Thyroid Carcinoma: 10-Year Experience in a Southeast Asian Population. *EndocrinolMetab (Seoul)*. 2017 Jun 23;32(2):288–95. doi: 10.3803/EnM.2017.32.2.288.
2. Abdulwahid M, Salih, Kakamad FH, Han Aube. Hyperfunctioning insular thyroid carcinoma: A rare case report. *Int J Surg Case Rep*. 2016 Oct 1;28:142–4. doi: 10.1016/j.ijscr.2016.09.052.
3. WinTT, OthmanNH, Mohamadetl. Poorly differentiated thyroid carcinoma: A hospital-based clinicopathological study and review of literature. *IndianJPatholMicrobiol*. 2017 Apr–Jun;60(2):167–71. doi: 10.4103/IJPM.IJPM\_457\_16.

Надійшла 20.12.18