

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: РАК ОКОЛОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ВВЕДЕНИЕ.

Рак околощитовидных желез (ОЩЖ) - редкая опухоль с клинической манифестацией тяжелого гиперпаратиреоза, морфологическими признаками инвазивного роста и неблагоприятным клиническим прогнозом. Распространенность рака ОЩЖ в структуре первичного гиперпаратиреоза составляет 2-5% случаев. Главную роль в молекулярном патогенезе как спорадического, так и семейного типа играет мутация гена-супрессора CDC73 (HRPT2). Окончательный диагноз рака ОЩЖ у пациентов с ПГПТ рекомендуется устанавливать по результатам морфологического исследования при наличии критериев злокачественного роста (инвазивный рост опухоли, наличие метастазов). Основным методом лечения рака ОЩЖ является хирургическое удаление опухоли «единым блоком» со смежными тканями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Представлено описание клинического случая.

Пациент П., 46 лет. Госпитализирован 30 марта 2021 г. в экстренном порядке в клинику эндокринологии и нефрологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова с диагнозом «Первичный гиперпаратиреоз, тяжелая гиперкальциемия». Жалобы: боли в спине, снижение веса на 13 кг, роста на 5 см. Наследственность не отягощена. Профессия – водитель. Анамнез заболевания: осенью 2020 г в связи с болевым синдромом выявлены компрессионные переломы Th7, Th8. На денситометрии - снижение МПКТ во всех отделах (Z-критерий от -2,2 до -4,2 SD), назначена терапия деносумабом, холекальциферолом. В связи с ухудшением состояния проведено дообследование, выявлена гиперкальциемия (3,4 ммоль/л), повышение ПТГ (5000 пг/мл). Впервые выявлен сахарный диабет, амбулаторно назначена инсулинотерапия. В связи с нарастанием кальциемии направлен на госпитализацию.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

При поступлении в клинику в объективном статусе отмечался выраженный кифосколиоз, сухость и бледность кожных покровов, деформация концевых фаланг пальцев кисти. Рост-160 см, вес 60 кг. Лабораторные данные: Са - 3,74 ммоль/л, ионизированный Са – 2,05 ммоль/л, ПТГ - 3470 пг/мл, фосфор - 1,5 ммоль/л, гемоглобин - 73 г/л, СКФ 26 мл/мин, остеокальцин - 211,4 нг/мл (14-42), b-CrossLaps - 6,0 нг/мл (<0,3). Гликемия в течение дня 7,4-11,6 ммоль/л (проводилась базис-болюсная инсулинотерапия). Тиреоидный статус – эутиреоз. Генетическое исследование не проводилось. Инструментальные данные: при УЗИ щитовидной железы выявлено увеличение левой нижней ОЩЖ. На сцинтиграфии данных за аденому ОЩЖ не получено. На МСКТ в средостении выявлено образование 45*52 мм с зоной распада в центре, в S2 правого легкого очаг 9*11 мм, в лопатках, костях таза - участки остеодеструкции, признаки остеопороза. Рентген кистей (фото): диффузный ячеистый остеопороз с кистовидной перестройкой в дистальных фалангах, рассасывание костной структуры практически во всех ногтевых фалангах, субпериостальная резорбция нескольких фаланг. Краевая резорбция шиловидных отростков локтевых костей, дистальных отделов лучевых костей. ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 100 уд/мин, АВ блокада I степени, нарушение межпредсердной, внутрижелудочковой проводимости, признаки ГЛЖ. ФГДС: гастрит с эрозиями в антральном отделе. В клинике проводилась инфузионная терапия, инсулинотерапия, назначен цинакальцет (сохранялась гиперкальциемия), на 6 сутки пациент переведен в хирургическую клинику, была выполнена селективная паратиреоидэктомия слева. Иммуногистохимическое заключение: карцинома ОЩЖ (6 см), T1. В послеоперационном периоде уровень ПТГ и Са оставались высокими, очаг в легком был расценен как метастатическое поражение. Выписан с диагнозом: Карцинома ОЩЖ pT1 N1a M1pult. Первичный гиперпаратиреоз с тяжелыми полиорганными осложнениями, смешанная форма (костная, почечная). Гиперкальциемия тяжелой степени. Тяжелый остеопороз с компрессионными переломами грудного отдела позвоночника. Кифосколиотическая деформация грудной клетки. Хр. интерстициальный нефрит. ХБП С4 А1. Соп.: Сахарный диабет, впервые выявленный. ГБ-2 ст, 1 ст. Риск ССО-3. Хр. эрозивный гастрит. Кисты почек. Анемия смешанного генеза тяжелой степени. Через месяц в отделении торакальной хирургии проведена расширенная лобэктомия справа с билатеральной медиастинальной лимфаденэктомией (гистологическое заключение - карцинома ОЩЖ). В послеоперационном периоде отмечалось снижение ПТГ (до 240 пг/мл), развитие тяжелой гипокальциемии (1,6 ммоль/л). Состояние расценено как синдром «голодных костей», в течение 8 месяцев проводилась терапия препаратами кальция и альфакальцидолом. При нормализации кальциемии, продолжена терапия деносумабом, холекальциферолом. На контрольной денситометрии отмечается положительная динамика - повышение МПКТ на 16% в проксимальном отделе бедренной кости, на 30% в шейке левой бедренной кости и на 6% в поясничном отделе позвоночника. За период наблюдения в связи с нормализацией гликемии (в послеоперационном периоде), сахароснижающая терапия не проводилась. Продолжается амбулаторное наблюдение у онколога, эндокринолога.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рак ОЩЖ является заболеванием, редко встречающимся во врачебной практике. Поражение почек, развитие тяжелого остеопороза с деформацией позвоночника явились результатом тяжелого гиперпаратиреоза и поздней диагностики заболевания. Особенностью данного случая является развитие сахарного диабета на фоне тяжелого гиперпаратиреоза с последующей нормализацией показателей углеводного обмена. Сохраняющееся умеренное повышение ПТГ требует исключения вторичного гиперпаратиреоза (ХБП С4) и метастатического поражения, предположительно, лимфатических узлов и/или костей. Планируется контрольное МСКТ грудной клетки, остеосцинтиграфия. Дооперационная диагностика рака ОЩЖ остается сложной клинической проблемой, поиск лабораторных маркеров и разработка таргетной терапии является актуальной областью исследований.



КОНТАКТЫ

Матезиус Ирина
Юрьевна, доц. кафедры
эндокринологии им.
академика В.Г. Баранова
ФГБОУ ВО СЗГМУ им.
И.И. Мечникова,
imatezius@rambler.ru