

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КАРЦИНОМЫ ОКОЛОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИНТРАТИРЕОИДНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ОПУХОЛИ

ВВЕДЕНИЕ.

По данным литературы до трети образований околощитовидных желез (ОЩЖ) могут эктопически располагаться в толще паренхимы щитовидной железы (ЩЖ). Вероятность карциномы ОЩЖ среди данных образований минимальна. Дифференциальная диагностика между интратиреоидным образованием ОЩЖ и образованием ЩЖ при проведении серо-шкального ультразвукового исследования (УЗИ) трудна. Цитологическое исследование биопсийного материала также не позволяет отличить клетки ОЩЖ от фолликулярных клеток ЩЖ: расположение клеток ОЩЖ группами, имеющими округлую конфигурацию, может имитировать фолликулы ЩЖ; кроме того, внутри скоплений клеток ОЩЖ может определяться коллоид. Цитологическая картина карциномы ОЩЖ отсутствует, кроме того в случае подозрения на данную патологию необходима интерпретация изменений только в сочетании с клинико-лабораторными данными. Хирургическое лечение пациентов с образованиями ЩЖ проводится без дополнительного предоперационного обследования. Таким образом, нередко пропускается диагноз первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ) с интратиреоидным расположением образования.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

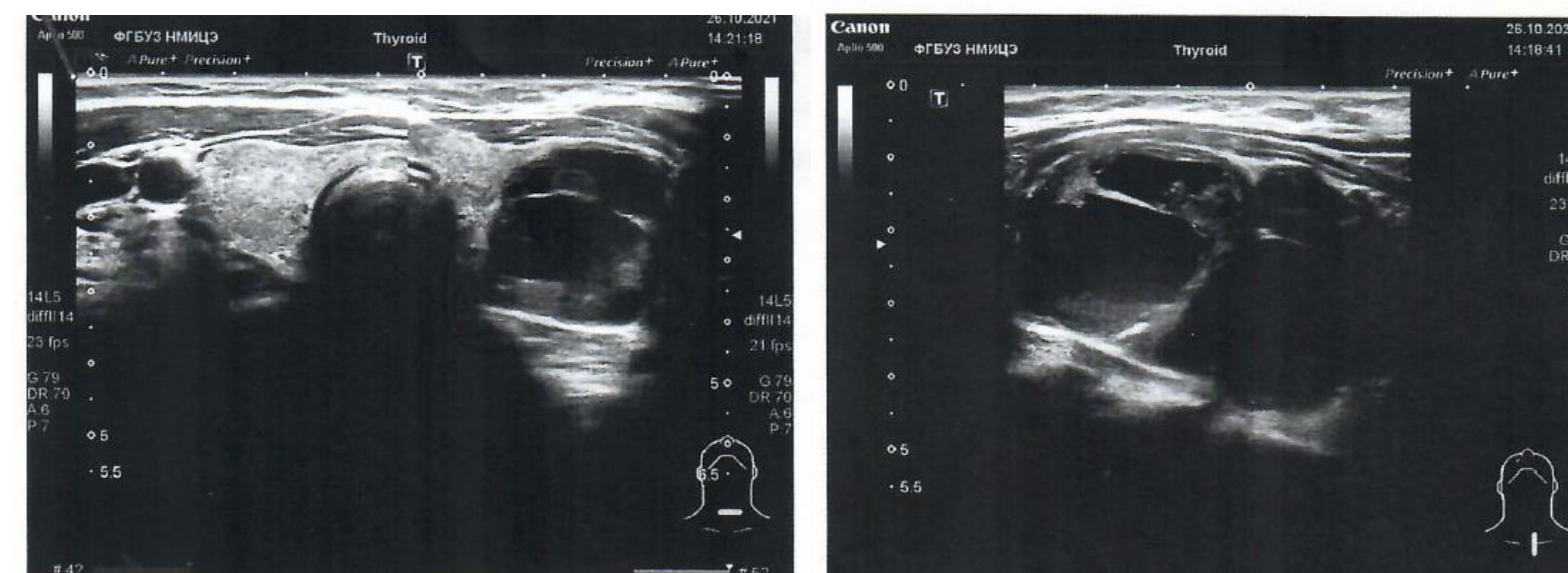
Пациентка М., 59 лет, обратилась в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России (НМИЦ Э) в 2021 г. по поводу левостороннего узлового зоба (р. 5,9х3,8х3,2 см, EU-TIRADS 4), в анамнезе – в 2008 г. склеротерапия узла. По результатам ТАБ в двух мазках на фоне измененных эритроцитов, "жидкого" коллоида и небольшого количества "голых" ядер обнаружены группы увеличенных в размере умеренно полиморфных клеток, формирующих отдельные микрофолликулярные и трабекулярные структуры, не позволяющие исключить возможность фолликулярного новообразования ЩЖ (Bethesda IV). Уровень кальцитонина 14,2 пг/мл (0-4.8), на фоне пробы с глюконатом кальция: 2 мин. – 38,7, 5 мин. – 36,5, 10 мин. – 33,4 пг/мл. В смыве с иглы кальцитонин из узла левой доли – менее 1 пг/мл. Таким образом, исключена гиперкальцитонинемия опухолевого генеза. С учетом данных цитологии в НМИЦ Э выполнена экстрафасциальная тиреоидэктомия. По данным морфологического исследования в левой доле ЩЖ определена опухоль из мелких клеток с гиперхромными ядрами и светлой цитоплазмой, инвазией прилежащих тканей и врастанием в ткань доли ЩЖ, участками сосудистой инвазии, в ткани образования определены обширные участки фиброза, кровоизлияния различной давности; ткань ЩЖ микро-нормофолликулярного строения с лимфоцитарной инфильтрацией и формированием немногочисленных лимфоидных фолликулов; к капсуле железы прилежал лимфатический узел без выраженных патологических изменений, к капсуле образования - 4 неизмененных лимфатических узла. При иммуногистохимическом исследовании определена диффузная экспрессия ПТГ. Таким образом, диагностирована карцинома ОЩЖ pT2NxR0 (ВОЗ, 2017 г.). В анализах крови после операции выявлено повышение ПТГ до 13,2 пмоль/л (1,7-6,4) при снижении кальция, скорректированного на альбумин, до 2,06 ммоль/л и дефиците витамина D (14 нг/мл). С учетом последующей нормализации уровней витамина D (43,4 нг/мл) и ПТГ (55,9 пг/мл (15-65)) на фоне приема нативного витамина D указанные изменения соответствовали вторичному гиперпаратиреозу. При скрининге осложнений гиперпаратиреоза не выявлено, данных за метастатическое поражение не было. Пациентке рекомендовано регулярное наблюдение эндокринолога и онколога, проведение генетического исследования панели генов, ассоциированных с ПГПТ (включая *CDC73*).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Распространенность интратиреоидных образований ОЩЖ у пациентов с подозрением на фолликулярные новообразования ЩЖ неизвестна - в рутинной практике до хирургического вмешательства оценка кальциемии таким пациентам не проводится. В то же время своевременное выявление патологии ОЩЖ необходимо для определения показаний к хирургическому лечению и его объема, а также снижения риска интраоперационных осложнений, обусловленных гиперкальциемией. При выявлении узловых образований в ЩЖ, особенно фолликулярных по данным ТАБ, необходима настороженность в отношении наличия патологии ОЩЖ с интратиреоидным расположением образования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Описание клинического случая пациентки М., 59 лет с интратиреоидным расположением карциномы ОЩЖ.

Рис. Сонограммы узлового образования левой доли щитовидной железы пациентки М., 59 лет



КОНТАКТЫ.

Фадеева Мария Игоревна,
врач-эндокринолог отделения
патологии околощитовидных желез
и нарушений минерального обмена
ФГБУ «НМИЦ эндокринологии»
Минздрава России, Москва, Россия.
Телефон: +7 (495)-500-00-90
e-mail: fm2004@bk.ru