

УДК616.441-071
DOI 10.31612/2616-4868.1(7).2019.06

Р. П. Ткаченко¹, О. Г. Курик¹, А. С. Головка²

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАПІЛЯРНОЇ КАРЦИНОМИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА ТЛІ ТИРЕОЇДИТУ ХАШІМОТО

¹ Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління у справах, м. Київ

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

Резюме

Мета роботи – вивчення клініко-морфологічних особливостей папілярної карциноми щитоподібної залози (ПКЩЗ) на тлі аутоімунного тиреоїдиту Хашімото (ТХ).

Матеріали методи дослідження. Проаналізовано 236 клінічних спостережень ПКЩЗ пацієнтів хірургічного стаціонару Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами впродовж 2012-2018 рр. У пацієнтів із ПКЩЗ оцінювали розміри пухлини, наявність інвазії в тиреоїдну тканину та в капсулу залози, мультифокального росту, метастазів у лімфатичних вузлах VI групи та метастазів у лімфатичних вузлах II-IV груп. Для статистичного аналізу використовували точний тест Фішера та t-критерій Стьюдента. Різницю вважали вірогідною за $p < 0,05$.

Результати. Із 236 випадків ПКЩЗу 72 пацієнтів діагностовано ТХ (30,5%), у 56 – інші проліферативно-гіперпластичні процеси або вузлову тиреопатологію (23,7%), 108 пацієнтів (45,8%) не мали супутньої патології. Жінок було 142 (60,2%), чоловіків – 94 (39,8%), $p < 0,05$. Серед пацієнтів із ПКЩЗ і ТХ було 53 жінки (73,6%) і 19 чоловіків (26,3%), $p < 0,05$. У пацієнтів із ТХ порівняно з групою без супутньої тиреопатології відзначено вірогідно більшу кількість мікрокарцином, тобто розмір пухлин на тлі ТХ був меншим – карциноми діаметром > 1 см виявлено у групі з ТХу 23 (31,9%) випадках, без ТХ – у 57 (52,8%), $p < 0,05$. У пацієнтів без ТХ вірогідно частіше мали місце інвазія карциноми в тиреоїдну тканину: з ТХ – 32 (44,4%) випадки, без ТХ – 66 (61,1%), $p < 0,05$, у капсулу вузла з екстраорганною інвазією: з ТХ – 17 (23,6%) спостережень, без ТХ – 42 (38,9%), $p < 0,05$, мультифокальний ріст: із ТХ – 15 (20,8%) випадків, без ТХ – 48 (44,4%), $p < 0,05$. У пацієнтів із ТХ вірогідно частіше визначено метастази в лімфатичних вузлах VI групи: без ТХ – 36 (50,0%) спостережень, із ТХ – 43 (39,8%), $p < 0,05$, а в пацієнтів без ТХ – частіше в латеральних шийних лімфатичних вузлах: із ТХ – 7 (9,7%) випадків, без ТХ – 31 (28,7%), $p < 0,05$.

Висновки. ПКЩЗ на тлі ТХ вірогідно частіше трапляється в жінок. ПКЩЗ у поєднанні з ТХ має менш агресивний перебіг за показниками розмірів пухлинного вузла, інтратиреоїдної та екстраорганної інвазії, мультифокального росту та метастазування в латеральні шийні лімфатичні вузли.

Ключові слова: папілярна карцинома щитоподібної залози, тиреоїдит Хашімото, інвазія, мультифокальний ріст, метастази в лімфатичних вузлах.

ВСТУП

Поєднання папілярної карциноми щитоподібної залози (ПКЩЗ) з аутоімунним тиреоїдитом Хашімото (ТХ) із впливом останнього на виникнення та перебіг злоякісної пухлини залишається предметом дискусій. Відтоді, коли Dailey M. E. et al. 1955 року вперше звернули увагу на проблему карциноми щитоподібної залози на тлі ТХ, опубліковано велику кількість праць,

де автори намагаються проаналізувати патогенетичний зв'язок цих процесів, натомість іноді результати є протилежними: низка авторів стверджують, що ТХ збільшує ризик виникнення ПКЩЗ [5,8], водночас інші не знаходять подібної кореляції [4,6]. Також частина авторів відзначають, що ПКЩЗ має менш агресивний перебіг за наявності ТХ [1,2], тоді як інші говорять про агресивніший перебіг карциноми на тлі аутоімунного тиреоїдиту [13].

Метою даного дослідження було вивчення клініко-морфологічних особливостей ПКЩЗ на тлі ТХ.

МАТЕРІАЛИ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовано 236 клінічних спостережень морфологічно верифікованих ПКЩЗ пацієнтів хірургічного стаціонару Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами впродовж 2012-2018 рр. У пацієнтів із ПКЩЗ на тлі ТХ оцінювали розміри пухлини, наявність інвазії в тиреоїдну тканину та в капсулу залози, мультифокального росту, метастазів у лімфатичних вузлах VI групи та метастазів у лімфатичних вузлах II-IV груп і порівнювали ці показники з такими в групі ПКЩЗ без супутньої патології щитоподібної залози.

Для статистичного аналізу використовували точний тест Фішера та t-критерій Стьюдента. Різницю показників вважали вірогідною за $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З 236 випадків ПКЩЗ у 72 пацієнтів діагностовано ТХ (30,5%), у 56 – інші проліферативно-гіперпластичні процеси або вузлову тиреопатологію (23,7%), і в 108 пацієнтів (45,8%) не верифіковано супутньої патології. Пацієнти мали вік від 18 до 70 років (середній вік – $50,4 \pm 6,2$ року). Жінок було 142 (60,2%), чоловіків – 94 (39,8%), $p < 0,05$. Серед пацієнтів із ПКЩЗ і ТХ було 53 жінки (73,6%) і 19 чоловіків (26,3%), $p < 0,05$. Для пацієнтів із ПКЩЗ без ТХ не виявлено вірогідної різниці у розподілі за статтю – жінок було 59 (54,6%), чоловіків – 49 (45,4%). За середнім віком пацієнтів групи не різнилися.

Характеристики пухлини досліджували в двох групах пацієнтів – із ТХ і без супутньої тиреопатології (табл. 1). Пацієнтів із ПКЩЗ на тлі проліферативно-гіперпластичних і вузлових процесів не включали в дослідження, аби вважати супутньою патологією лише ТХ.

Таблиця 1

Клініко-морфологічна характеристика ПКЩЗ на тлі ТХ і в пацієнтів без супутньої тиреопатології

Показник	Із ТХ-72(100%)	Без ТХ-108(100%)	p
Карцинома діаметром >1 см	23 (31,9%)	57 (52,8%)	<0,05
Інвазія в тиреоїдну тканину	32 (44,4%)	66 (61,1%)	<0,05
Екстратиреоїдна інвазія	17 (23,6%)	42 (38,9%)	<0,05
Мультифокальний ріст	15 (20,8%)	48 (44,4%)	<0,05
метастази в ЛВVI групи	36 (50,0%)	43 (39,8%)	>0,05
метастази в ЛВII-IV груп	7 (9,7%)	31 (28,7%)	<0,05

Примітка: ЛВ – лімфатичні вузли.

У групі пацієнтів із ТХ порівняно з групою без супутньої тиреопатології відзначено вірогідно більшу кількість мікрокарцином, тобто розмір пухлин на тлі ТХ був меншим. У пацієнтів без супутньої патології щитоподібної залози вірогідно частіше виявляли інвазію карциноми в тиреоїдну тканину, в капсулу вузла з екстраорганною інвазією, а також мультифокальний ріст. У групі пацієнтів із ТХ вірогідно частіше виявляли метастази в лімфатичних вузлах VI групи, а в пацієнтів без супутньої тиреопатології – частіше в латеральних шийних лімфатичних вузлах. Віддалених метастазів у пацієнтів обох груп не спостерігали.

Впродовж останніх десятиліть значна увага приділяється вивченню особливостей ПКЩЗ на тлі автоімунного ТХ. Автори намагаються знайти патогенетичний зв'язок цих двох захворювань, а також дослідити вплив ТХ на перебіг ПКЩЗ.

ПКЩЗ досить часто поєднуються з ТХ. Ahn D. et al. [1] спостерігали ТХ у 21,6% випадків ПКЩЗ, Repplinger D. et al. [13] – у 29%. Myshunina T.M.

et al. [11], враховуючи розміри вузла ПКЩЗ, відзначали поєднання її з ТХ у випадках мікрокарциному 32,3% випадків, за розмірів вузла карциноми 11-20 мм – у 39,7%, у випадках карциноми діаметром 21-40 мм ТХ був супутньою патологією у 22,0% спостережень. Водночас автори відзначають, що за ПКЩЗ із діаметром вузла понад 40 мм ТХ трапляється лише у 6% випадків [11], що певною мірою може свідчити на користь «проективного» впливу автоімунного тиреоїдиту на ріст пухлинного вузла ПКЩЗ. Згідно з нашими даними, з усіх ПКЩЗ у 68% випадків були мікрокарциноми, тобто ТХ асоціюється з меншими розмірами пухлинного вузла, що співпадає з даними інших авторів [9-11]. Натомість частина авторів стверджують, що розміри вузла папілярної карциноми не пов'язано з наявністю або відсутністю ТХ як супутньої патології [4, 15].

Також у даному дослідженні виявлено вірогідно меншу кількість випадків інвазії карциноми в тиреоїдну тканину екстратиреоїдної інвазії ПКЩЗ на тлі ТХ, що співпадає з даними більшості інших авторів [1, 11, 14].

Мультифокальний ріст ПКЩЗ за наявності ТХ у нашому дослідженні виявився вірогідно меншим, що не відповідає результатам низки інших дослідників [9, 11].

Нами відзначено вірогідно частіше метастазування ПКЩЗ на тлі ТХ в лімфатичні вузли VI групи, тоді як значна частина авторів не знаходять кореляції за даним показником [3, 11, 15]. Метастазування в латеральні шийні лімфатичні вузли в нашому дослідженні виявилось вірогідно меншим за наявності ТХ, що співпадає з даними інших авторів [7, 11, 13].

Слід також відзначити, що за нашими даними, з поєднаною патологією ПКЩЗ і ТХ переважають жінки (73,6%), що співпадає з даними Repplinger D. et al. [13]. Разом із тим, Kim K.W. et al. стверджують, що ТХ підвищує ризик виникнення ПКЩЗ, і це насамперед стосується чоловіків [9].

Цікаві дані наведено в праці Jankovic B. et al. [6]. У своїй оглядовій роботі автори виділили дві групи

дослідників, що намагалися встановити кореляції між ПКЩЗ і ТХ. Одна група в своїх дослідженнях спиралася на дані тонкоголкової аспіраційної пункційної біопсії, інша брала для вивчення результати гістологічного дослідження. Лише за результатами дослідження гістологічного матеріалу було знайдено позитивну кореляцію між ПКЩЗ і ТХ, що цілком зрозуміло з огляду найбільшу інформативність дослідження гістологічного матеріалу порівняно з цитологічним.

ВИСНОВКИ.

1. ПКЩЗ на тлі ТХ вірогідно частіше трапляється в жінок.
2. ПКЩЗ у поєднанні з ТХ має менш агресивний перебіг за показниками розмірів пухлинного вузла, інтратиреоїдної та екстраорганної інвазії, мультифокального росту та метастазування в латеральні шийні лімфатичні вузли.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ahn D., Heo S.J., Park J.H., Kim J.H., Sohn J.H., Park J.Y., Park S.K., Park J. Clinical relationship between Hashimoto's thyroiditis and papillary thyroid cancer. *ActaOncol.* 2011. 50 (8). P. 1228-1234. doi: 10.3109/0284186X.2011.602109
2. Anand A., Singh K.R., Kushwaha J.K., Hussain N., Sonkar A.A. Papillary Thyroid Cancer and Hashimoto's Thyroiditis: An Association Less Understood. *Indian J SurgOncol.* 2014. 5(3). P. 199-204. doi: 10.1007/s13193-014-0325-4
3. Bircan H.Y., Koc B., Akarsu C., Demiralay E., Demirag A., Adas M., et al. Is Hashimoto's thyroiditis a prognostic factor for thyroid papillary microcarcinoma? *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2014. 18. P. 1910-1915. PMID: 25010622
4. Carvalho M.S., Rosario P.W., Mourao G.F., Calsolari M.R. Chronic lymphocytic thyroiditis does not influence the risk of recurrence in patients with papillary thyroid carcinoma and excellent response to initial therapy. *Endocrine.* 2017. 55. P. 954-958. <https://doi.org/10.1007/s12020-016-1185-1>
5. Cortes M.C.S., Rosario P.W., Mourao G.F., Calsolari M.R. Influence of chronic lymphocytic thyroiditis on the risk of persistent and recurrent disease in patients with papillary thyroid carcinoma and elevated antithyroglobulin antibodies after initial therapy. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2018. 84. P. 448-452. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2017.05.005>
6. Jankovic B., Le K.T., Hershman J.M. Clinical review: Hashimoto's thyroiditis and papillary thyroid carcinoma: Is there a correlation? *J ClinEndocrinolMetab.* 2013. 98(2). P. 474-82. doi: 10.1210/jc.2012-2978
7. Jeong J., Kim H., Lee C. Coexistence of chronic lymphocytic thyroiditis with papillary thyroid carcinoma: clinical manifestation and prognostic outcome. *J Korean Med Sci.* 2012.27. P. 883-9. doi: 10.3346/jkms.2012.27.8.883
8. Kim S.S., Lee B.J., Lee J.C., Kim S.J., Jeon Y.K., Kim M.R., et al. Coexistence of Hashimoto's thyroiditis with papillary thyroid carcinoma: the influence of lymph node metastasis. *Head Neck.* 2011. 33. P. 1272-1277. <https://doi.org/10.1002/hed.21594>
9. Lai X., Xia Y., Zhang B., Li J., Jiang Y. A meta-analysis of Hashimoto's thyroiditis and papillary thyroid carcinoma risk. *Oncotarget.* 2017. 8. P. 62414-62424. DOI: 10.18632/oncotarget.18620
10. Lee J., Kim Y., Choi J., Kim Y. The association between papillary thyroid carcinoma and histologically proven Hashimoto's thyroiditis: a meta-analysis. *Eur J Endocrinol.* 2013. 168. P. 343-9. DOI: 10.1530/EJE-12-0903
11. Myshunina T.M., Guda B.D., Bolgov M.Yu., Mikhailenko N.I., Tronko N.D. Differentiated thyroid carcinomas associated with chronic thyroiditis: biological and clinical properties. *Experimental Oncology.* 2018. 40 (2). P. 128-131.
12. Paulson L., Shindo M., Schuff K. Role of chronic lymphocytic thyroiditis in central node metastasis of papillary thyroid carcinoma. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012. 147. P. 444-9. DOI: 10.1177/0194599812445727

13. Replinger D., Bargren A., Zhang Y-W., Adler JT., Haymart M., Chen H. Is Hashimoto's thyroiditis a risk factor for papillary thyroid cancer? *J Surg Res.* 2008. 150(1). P. 49-52. doi:10.1016/j.jss.2007.09.020
14. Zhang Y., Dai J., Wu T., Yang N., Yin Z. The study of the coexistence of Hashimoto's thyroiditis with papillary thyroid carcinoma. *J Cancer Res ClinOncol.* 2014. 140. P. 1021-1026. <https://doi.org/10.1007/s00432-014-1629-z>
15. Zhang Y., Ma X. P., Deng F. S., Liu Z. R., Wei H. Q., Wang X. H., et al. The effect of chronic lymphocytic thyroiditis on patients with thyroid cancer. *World J SurgOncol.* 2014. 12. P. 277. <https://doi.org/10.1186/1477-7819-12-277>

REFERENCES

- Ahn D., Heo S. J., Park J. H., Kim J. H., Sohn J. H., Park J. Y., Park S. K., Park J. (2011). Clinical relationship between Hashimoto's thyroiditis and papillary thyroid cancer. *Acta Oncol.*, 50 (8), 1228-1234. doi: 10.3109/0284186X.2011.602109
- Anand A., Singh K. R., Kushwaha J. K., Hussain N., Sonkar A. A. (2014). Papillary Thyroid Cancer and Hashimoto's Thyroiditis: An Association Less Understood. *Indian J. Surg. Oncol.*, 5(3), 199-204. doi: 10.1007/s13193-014-0325-4
- Bircan H. Y., Koc B., Akarsu C., Demiralay E., Demirag A., Adas M., et al. (2014). Is Hashimoto's thyroiditis a prognostic factor for thyroid papillary microcarcinoma? *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.*, 2014, 18, 1910-1915. PMID: 25010622
- Carvalho M. S., Rosario P. W., Mourao G. F., Calsolari M. R. (2017). Chronic lymphocytic thyroiditis does not influence the risk of recurrence in patients with papillary thyroid carcinoma and excellent response to initial therapy. *Endocrine*, 55, 954-958. <https://doi.org/10.1007/s12020-016-1185-1>
- Cortes M. C. S., Rosario P. W., Mourao G. F., Calsolari M. R. (2018). Influence of chronic lymphocytic thyroiditis on the risk of persistent and recurrent disease in patients with papillary thyroid carcinoma and elevated antithyroglobulin antibodies after initial therapy. *Braz. J. Otorhinolaryngol.*, 84, 448-452. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2017.05.005>
- Jankovic B., Le K. T., Hershman J. M. (2013). Clinical review: Hashimoto's thyroiditis and papillary thyroid carcinoma: Is there a correlation? *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 98(2), 474-82. doi: 10.1210/jc.2012-2978
- Jeong J., Kim H., Lee C. (2012). Coexistence of chronic lymphocytic thyroiditis with papillary thyroid carcinoma: clinical manifestation and prognostic outcome. *J. Korean. Med. Sci.*, 27, 883-9. doi: 10.3346/jkms.2012.27.8.883
- Kim S. S., Lee B. J., Lee J. C., Kim S. J., Jeon Y. K., Kim M. R., et al. (2011). Coexistence of Hashimoto's thyroiditis with papillary thyroid carcinoma: the influence of lymph node metastasis. *Head Neck*, 33, 1272-1277. <https://doi.org/10.1002/hed.21594>
- Lai X., Xia Y., Zhang B., Li J., Jiang Y. (2017). A meta-analysis of Hashimoto's thyroiditis and papillary thyroid carcinoma risk. *Oncotarget*, 8, 62414-62424. DOI:10.18632/oncotarget.18620
- Lee J., Kim Y., Choi J., Kim Y. (2013). The association between papillary thyroid carcinoma and histologically proven Hashimoto's thyroiditis: a meta-analysis. *Eur. J. Endocrinol.*, 168, 343-9. DOI: 10.1530/EJE-12-0903
- Myshunina T. M., Guda B. D., Bolgov M. Yu., Mikhailenko N. I., Tronko N. D. (2018). Differentiated thyroid carcinomas associated with chronic thyroiditis: biological and clinical properties. *Experimental Oncology*, 40 (2), 128-131.
- Paulson L., Shindo M., Schuff K. (2012). Role of chronic lymphocytic thyroiditis in central node metastasis of papillary thyroid carcinoma. *Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 147, 444-9. DOI: 10.1177/0194599812445727
- Replinger D., Bargren A., Zhang Y-W., Adler JT., Haymart M., Chen H. (2008). Is Hashimoto's thyroiditis a risk factor for papillary thyroid cancer? *J. Surg. Res.*, 150 (1), 49-52. doi:10.1016/j.jss.2007.09.020
- Zhang Y., Dai J., Wu T., Yang N., Yin Z. (2014). The study of the coexistence of Hashimoto's thyroiditis with papillary thyroid carcinoma. *J. Cancer Res. Clin. Oncol.*, 140, 1021-1026. <https://doi.org/10.1007/s00432-014-1629-z>
- Zhang Y., Ma X. P., Deng F. S., Liu Z. R., Wei H. Q., Wang X. H., et al. (2014). The effect of chronic lymphocytic thyroiditis on patients with thyroid cancer. *World J. Surg. Oncol.*, 12, 277. <https://doi.org/10.1186/1477-7819-12-277>

*Резюме***КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАПИЛЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ ТИРЕОИДИТА ХАШИМОТО****Р. П. Ткаченко¹, Е. Г. Курик¹, А. С. Головки²**¹Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного Управления Делами, г. Киев, Украина²Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца, г. Киев, Украина

Цель работы – изучение клинико-морфологических особенностей папиллярной карциномы щитовидной железы (ПКЩЗ) на фоне аутоиммунного тиреоидита Хашимото (ТХ).

Материал и методы. Проанализированы 236 клинических наблюдений ПКЩЗ пациентов хирургического стационара Государственного научного учреждения «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами в течение 2012-2018 гг. У пациентов с ПКЩЗ оценивали размеры опухоли, наличие инвазии в тиреоидную ткань и в капсулу железы, мультифокального роста, метастазов в лимфатических узлах VI группы и лимфатических узлах II-IV групп. Для статистического анализа использовали точный тест Фишера и t-критерий Стьюдента. Разницу показателей считали достоверной при $p < 0,05$.

Результаты. Из 236 случаев ПКЩЗ у 72 пациентов диагностирован ТХ (30,5%), у 56 – другие пролиферативно-гиперпластические процессы или узловую тиреопатологию (23,7%), у 108 пациентов (45,8%) не было сопутствующей патологии. Женщин было 142 (60,2%), мужчин – 94 (39,8%), $p < 0,05$. Среди пациентов с ПКЩЗ и ТХ было 53 женщины (73,6%) и 19 мужчин (26,3%), $p < 0,05$. У пациентов с ТХ по сравнению с группой без сопутствующей тиреопатологии отмечено достоверно большее количество микрокарцином, то есть размер опухолей при ТХ был меньшим. Карциномы диаметром > 1 см выявлены в группе с ТХ в 23 (31,9%) случаях, без ТХ – в 57 (52,8%), $p < 0,05$. У пациентов без ТХ достоверно чаще встречались инвазия карциномы в тиреоидную ткань: с ТХ – 32 (44,4%) случая, без ТХ – 66 (61,1%), $p < 0,05$, в капсулу узла с экстраорганной инвазией: с ТХ – 17 (23,6%) случаев, без ТХ – 42 (38,9%), $p < 0,05$, мультифокальный рост: с ТХ – 15 (20,8%) наблюдений, без ТХ – 48 (44,4%), $p < 0,05$. У пациентов с ТХ достоверно чаще отмечались метастазы в лимфатических узлах VI группы (без ТХ – 36 (50,0%) случаев, с ТХ – 43 (39,8%), $p < 0,05$, а у пациентов без ТХ – чаще в латеральных шейных лимфатических узлах (с ТХ – 7 (9,7%) случаев, без ТХ – 31 (28,7%), $p < 0,05$).

Выводы. ПКЩЗ на фоне ТХ достоверно чаще встречается у женщин. ПКЩЗ в сочетании с ТХ имеет менее агрессивное течение по показателям размеров опухолевого узла, интратиреоидной и экстраорганной инвазии, мультифокального роста и метастазирования в латеральные шейные лимфатические узлы.

Ключевые слова: папиллярная карцинома щитовидной железы, тиреоидит Хашимото, инвазия, мультифокальный рост, метастазы в лимфатических узлах.

Summary

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PAPILLARY THYROID CARCINOMA ASSOCIATED WITH HASHIMOTO'S THYROIDITIS

R. P. Tkachenko¹, O. G. Kuryk¹, A. S. Golovko²

¹State Institution of Science «Research and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department, Kyiv, Ukraine

²Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

The aim of the work is to study the clinical and morphological features of papillary thyroid carcinoma (PTC) with the autoimmune thyroiditis Hashimoto (TH).

Material and methods. 236 clinical observations of patients with PTC of the surgical hospital of the State Institution of Science «Research and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department during 2012-2018 were investigated. We study the size of the tumor, the presence of invasions in the thyroid tissue and in the capsule of the gland, multifocal growth, metastases in the lymph nodes of group 6 and metastases in the lymph nodes of 2, 3, 4 groups. For statistical analysis, Fischer's exact test and Student's t-criterion were used. Values are interpreted by the true $p < 0,05$.

Results. Of the 236 cases of PTC, TH was found in 72 patients (30.5%), in 56 cases – other proliferative-hyperplastic processes or nodal thyroid pathology (23.7%), and 108 cases (45.8%) were without concomitant pathology. There were 142 (60.2%) women with PTC, and 94 (39.8%) men, $p < 0.05$. In patients with PTC and TH were 53 women (73.6%) and 19 men (26.3%), $p < 0.05$. In patients with TH in comparison with the group without concomitant thyropathology, a significantly higher number of microcarcinoma was noted, the size of tumors in TH was lower (with TH 23 (31.9%), without TH 57 (52.8%), $p < 0.05$). In patients without TH, carcinoma invasion was more likely to occur in the thyroid tissue (with TH 32 (44.4%), without TH 66 (61.1%), $p < 0.05$), invasion to the capsule of the gland with extra thyroid invasion (with TH 17 (23.6%), without TH 42 (38.9%), $p < 0.05$), multifocal growth (with TH 15 (20.8%), without TH 48 (44.4%), $p < 0,05$). Patients with TH more often had metastasis to the lymph nodes of group 6 (with TH 36 (50.0%), without TH 43 (39.8%), $p < 0.05$), and in patients without TH, more often in lateral cervical lymph nodes (with TH 7 (9.7%), without TH 31 (28.7%), $p < 0.05$).

Conclusions. PTC with TH more often occur in women. PTC with TH has a less aggressive course regarding the size of the tumor node, intrathyroid and extrathyroid invasion, multifocal growth, and metastasis in lateral cervical lymph nodes.

Key words: papillary thyroid carcinoma, Hashimoto thyroiditis, invasion, multifocal growth, metastasis to the lymph nodes.

Інформація про авторів знаходиться на сайті <http://www.cp-medical.com>.

Дата надходження до редакції – 12.01.19.