

НУЖНО ЛИ ВЫПОЛНЯТЬ ЦЕНТРАЛЬНУЮ ЛИМФОДИСЕКЦИЮ ПРИ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ МИКРОКАРЦИНОМЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

С. Н. Завгородний, М. Б. Данилюк, А. И. Рылов, О. С. Доля

Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи, г. Запорожье,
Запорожский государственный медицинский университет

IS IT NECESSARY TO PERFORM A CENTRAL LYMPHODISSECTION IN HIGHLY DIFFERENTIATED MICROCARCINOMA OF THYROID GLAND?

S. N. Zavgorodniy, M. B. Danilyuk, A. I. Rylov, O. S. Dolya

Municipal Clinical Hospital of Emergent and Ambulant Aid, Zaporozhye,
Zaporozhye State Medical University

Высокодифференцированный рак ЩЖ — наиболее часто выявляемое онкологическое заболевание органов эндокринной системы. За последние 10 лет заболеваемость раком ЩЖ увеличилась более чем вдвое, в некоторых регионах — до 300% [1, 2].

Эффективность лечения и прогноз заболевания зависят не только от распространенности процесса, но и гистологического варианта рака ЩЖ.

Микрокарцинома ЩЖ является специфической подгруппой рака со всеми его гистологическими признаками, диаметром менее 10 мм. Первое упоминание о микрокарциноме ЩЖ относится к 1927 г., когда была описана солидная неинкапсулированная, медленно растущая опухоль у больных узловым зобом, диаметром менее 10 мм. ВОЗ определяет папиллярную микрокарциному ЩЖ как папиллярный рак диаметром 10 мм и менее. Многие авторы включают в эту группу фолликулярный и медулярный типы. Лимитирующим размером, при котором опухоль считают микрокарциномой, является 10 либо 15 мм.

Основной путь метастазирования папиллярного рака ЩЖ — лимфогенный. Общая частота метастатического поражения шейных ЛУ при папиллярном раке ЩЖ составляет от 17 до 70% [1 — 3].

Реферат

Изучена частота метастазирования высокодифференцированной микрокарциномы (ВМ) щитовидной железы (ЩЖ) в центральную (6—ю) группу лимфатических узлов (ЛУ) шеи. За период с 2013 по 2015 г. в клинике оперированы 62 больных по поводу первичной микрокарциномы ЩЖ. В соответствии с классификацией TNM (UICC, AJCC, 2009), папиллярный рак в стадии T1aN0M0 диагностирован у 35 (56,5%) больных, T1aN1M0 — у 22 (35,5%); фолликулярный рак в стадии T1aN0M0 — у 2 (3,2%); папиллярный рак, фолликулярный вариант в стадии T1aN1M0 — у 2 (3,2%); фолликулярный рак, папиллярный вариант в стадии T1aN0M0 — у 1 (1,6%). У 8 (12,9%) пациентов выявлено внутриорганный мультифокальный метастазирование в контралатеральную долю ЩЖ. По данным морфологического исследования удаленных препаратов, у 24 (38,7%) больных обнаружены метастазы в ЛУ 6—й группы. У 4 (16,7%) пациентов, которым произведена латеральная лимфодиссекция шеи, обнаружены метастазы во 2 — 5—й группах ЛУ на стороне поражения ЩЖ.

Ключевые слова: рак щитовидной железы; высокодифференцированная микрокарцинома; метастазы в лимфатических узлах; лимфодиссекция.

Abstract

The rate of the highly differentiated thyroid microcarcinoma metastasizing in central (6th) group of cervical lymph nodes was studied. In the clinic in 2013 — 2015 yrs 62 patients were operated for primary thyroid microcarcinoma. In accordance to TNM (UICC, AJCC, 2009) classification, papillary cancer in stage T1aN0M0 was diagnosed in 35 (56.5%) patients, T1aN1M0 — in 22 (35.5%); follicular cancer stage T1aN0M0 — in 2 (3.2%); papillary cancer, follicular variant in stage T1aN1M0 — in 2 (3.2%); follicular cancer, papillary variant in stage T1aN0M0 — in 1 (1.6%). In 8 (12.9%) patients intraorgan multifocal metastasizing into contralateral thyroid lobe was revealed. In accordance to morphological investigation date of the excised samples, in 24 (38.7%) patients the metastases into the 6th group lymph nodes were revealed. In 4 (16.7%) patients, to whom lateral cervical lymphodissection was done, metastases in 2 — 5th groups of lymph nodes on the thyroid affection side were revealed.

Keywords: thyroid gland cancer; highly differentiated microcarcinoma; metastases in lymph nodes; lymphodissection.

Начиная с шестой редакции классификации TNM (UICC, 2002), группа предгортанных, претрахеальных и паратрахеальных ЛУ при раке ЩЖ вынесена в отдельную непарную 6—ю группу [4 — 7]. ЛУ этой группы расценивают как коллектор

первого этапа метастазирования (N1a).

Сегодня закономерностям метастазирования в регионарные ЛУ центральной зоны клетчатки шеи и методикам выполнения центральной лимфодиссекции посвящены

многочисленные исследования [4, 5, 7, 8].

В рекомендациях по лечению рака ЩЖ европейских и американских специалистов (ETA, VTA, ATA, AACE, NCCN) предложены разные виды оперативного лечения с выполнением гемитиреоидэктомии, тиреоидэктомии (с центральной лимфодиссекцией или без таковой) по поводу высокодифференцированной карциномы диаметром менее 10 — 20 мм [1]. Однако вопрос не решен, а данные литературы о выполнении лимфодиссекции носят лишь рекомендательный характер [2].

Учитывая важность проблемы и разногласия ученых, мы проанализированы результаты оперативного лечения больных по поводу ВМ ЩЖ в клинике за период с 2013 по 2015 г.

Цель исследования: изучить частоту метастазирования ВМ ЩЖ в центральную (6—ю) группу ЛУ шеи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период с 2013 по 2015 г. в клинике оперированы 62 больных по поводу первичной микрокарциномы ЩЖ. Женщин было 58 (93,5%), мужчин — 4 (6,5%). Возраст пациентов в среднем ($51 \pm 2,51$) года (табл. 1).

Следовательно, 74,2% больных были трудоспособного возраста.

Выделена группа из 21 (33,9%) женщины в возрасте до 45 лет с очень низкой и низкой степенью риска (Thyroid cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow up, 2010), которым не показана радиоiod-терапия. В последующем им проведены супрессивная терапия (левотироксин) и динамическое наблюдение в сроки до 5 лет.

Всем пациентам при очаговом поражении ЩЖ проведены ультразвуковое исследование (УЗИ) ЩЖ, тонкоигольная аспирационная биопсия под контролем УЗИ, исследование маркеров гормонов ЩЖ (тиреоглобулин, тиреотропный гормон, тетраiodтиронин свободный, антитела к тиреоглобулину, антитела к тиреопероксидазе), рентгенологи-

ческое исследование грудной клетки.

Операцией выбора при верифицированной микрокарциноме ЩЖ была тотальная экстрафасциальная тиреоидэктомия с удалением пред- и паратрахеальных ЛУ 6—го лимфатического коллектора шеи, предтрахеальной жировой клетчатки и клетчатки яремной вырезки. При выявлении во время операции увеличенных ЛУ 6—го лимфатического коллектора шеи проводили цитологическое исследование этих узлов, при выявлении атипичных клеток осуществляли фасциально-фулярную латеральную лимфаденэктомию (2 — 5—го лимфатических коллекторов шеи) со стороны опухолевого поражения ЩЖ.

Хирургическое вмешательство на ЩЖ и лимфатическом аппарате шеи выполняли под общим обезболиванием с искусственной вентиляцией легких, интраоперационно визуализировали возвратные гортанные нервы и параситовидные железы.

У 38 (61,3%) больных, в том числе 21 пациентки группы низкой и очень низкой степени риска [9] при наличии цитологических признаков ВМ ЩЖ, отсутствию метастазирования в регионарные ЛУ шеи по данным дооперационного УЗИ, тонкоигольной аспирационной био-

псии и интраоперационного цитологического исследования ткани ЛУ выполнена экстрафасциальная тиреоидэктомия с профилактической центральной лимфодиссекцией.

У 24 (38,7%) больных по поводу ВМ ЩЖ с регионарным метастазированием в 6—ю группу ЛУ шеи, верифицированным по данным дооперационного УЗИ или интраоперационной визуализации увеличенных пред- и паратрахеальных ЛУ с цитологическим исследованием, выполнена экстрафасциальная тиреоидэктомия с центральной и латеральной фасциально-фулярной лимфодиссекцией 2 — 5—й групп лимфатических коллекторов шеи со стороны опухолевого роста.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты оперативного лечения оценивали по данным морфологического исследования. На основе анализа гистологической структуры, размеров опухоли, наличия метастазов в ЛУ проводили стадирование по классификации TNM (UICC и AJCC, 2009), результаты которого представлены в табл. 2.

Преобладали пациенты, у которых диагностирована ВМ ЩЖ, значительно реже выявляли высокодифференцированную фолликулярную микрокарциному и папил-

Таблица 1. Распределение больных по возрасту и полу

Пол	Число больных в возрасте, лет							
	от 20 до 40		от 41 до 60		старше 60		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Женщины	15	25,9	28	48,2	15	25,9	58	93,5
Мужчины	—	—	3	75,0	1	25,0	4	6,5
Итого ...	15	24,2	31	50,0	16	25,8	62	100

Таблица 2. Стадии микрокарциномы по классификации TNM

Рак ЩЖ	Число больных с опухолью в стадии					
	T1aN0M0		T1aN1M0		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Папиллярный	35	56,5	22	35,5	57	92
Фолликулярный	2	3,2	—	—	2	3,2
Папиллярный, фолликулярный вариант	—	—	2	3,2	2	3,2
Фолликулярный, папиллярный вариант	1	1,6	—	—	1	1,6
Итого ...	38	61,3	24	38,7	62	100

лярную микрокарциному, фолликулярный вариант. У 8 (12,9%) пациентов выявлено внутриорганное мультифокальное метастазирование в контралатеральную долю ПЖ, из них у 7 (11,3%) — при папиллярной микрокарциноме, у 1 (1,6%) — папиллярной микрокарциноме, фолликулярном варианте.

По данным морфологического исследования удаленных препаратов, у 24 (38,7%) больных обнаружены метастазы в ЛУ 6-й группы, у 4 (16,7%), которым выполнена латеральная лимфодиссекция шеи, метастазы во 2 — 5-й группах ЛУ со стороны поражения ЩЖ.

После операции у 19 (30,6%) больных возникла транзиторная гипокальциемия, устранена консервативными средствами через 6 — 7 сут. У 1 (1,6%) больного отмечена стойкая гипокальциемия, что потребовало постоянного применения препаратов кальция. У 5 (8,1%) больных выявлен парез гортани, у 4 (6,5%) из них — односторонний, у 1 (1,6%) — двусторонний. Пациентам назначены прозерин и витамины группы В,

рекомендовано лечение у фониатра. У всех пациентов тембр голоса восстановлен в сроки от 3 до 6 мес после операции.

После операции пациентам группы очень низкого и низкого риска проведена гормональная супрессивная терапия (уровень тиреотропного гормона ниже 0,1 мкМЕ/мл в течение 5 лет) с контрольным стресс-тестом через 1 год, определением уровня тиреоглобулина и скинтиграфией.

У 20 (32,3%) пациентов группы низкого риска проведен один курс тиреоидной абляции с применением радиоактивного йода (^{131}I) с последующей гормональной супрессивной терапией и достижением уровня тиреотропного гормона ниже 0,1 мкМЕ/мл в течение 5 лет, с определением уровня тиреоглобулина и скинтиграфией.

У 4 (6,4%) больных группы высокого риска проведено несколько курсов тиреоидной абляции с применением радиоактивного йода (^{131}I).

Результаты исследования свидетельствуют, что современные ультразвуковые и цитологические методы исследования высокодифференцированного рака ЩЖ не позволяют в 100% наблюдений выявить метастазы в регионарных ЛУ как до, так и во время операции, поэтому необходимо применение радикальной хирургической тактики — выполнение тотальной тиреоидэктомии с удалением центрального лимфатического коллектора шеи.

ВЫВОДЫ

1. Методом выбора хирургического лечения ВМ ЩЖ считаем тотальную тиреоидэктомию.

2. Тиреоидэктомию при ВМ ЩЖ необходимо сочетать с выполнением центральной лимфодиссекции.

3. При интраоперационном выявлении атипичных клеток в ЛУ 6-го лимфатического коллектора шеи объем операции следует расширить до латеральной фасциально-фулярной лимфодиссекции со стороны опухолевого поражения ЩЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диссекция центральной клетчатки шеи при высокодифференцированном раке щитовидной железы при клинически не выявленных регионарных метастазах / С. П. Шевченко, К. В. Вардосандзе, С. В. Сидоров [и др.] // Вестн. НГУ. Серия: Биология, клиническая медицина. — 2006. — Т. 4, № 2. — С. 44 — 47.
2. Подходы к лечению рака щитовидной железы на фоне беременности / А. С. Ларин, С. М. Черненко, О. В. Давыдова [и др.] // Сучасні мед. технології. — 2013. — № 3. — С. 102 — 105.
3. Романчищенко А. Ф. Рак щитовидной железы: проблемы эпидемиологии, этиопатогенеза и лечения / А. Ф. Романчищенко. — СПб.: Wellcom, 2003. — 256 с.
4. Рябченко Е. В. Центральная лимфаденэктомия при раке щитовидной железы в сочетании с аутоиммунным тиреоидитом / Е. В. Рябченко // Новости хирургии. — 2013. — Т. 21, № 6. — С. 89 — 93.
5. Адамьян Р. Т. Эндокринная хирургия: практ. руководство / Р. Т. Адамьян, Д. Г. Бельцевич, С. А. Буртова. — М.: Литтерра, 2011. — 352 с.
6. Харнас С. С. Эндокринная хирургия / С. С. Харнас. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 490 с.
7. AJCC Cancer Staging Manual / F. L. Greene, D. L. Page, I. D. Fleming [et al.] / Am. Joint Committee of Cancer. — 6th ed. — N. Y.: Springer, 2002. — 435 p.
8. Hashimoto thyroiditis. Possible cause or consequence of malignant thyroid tumor / M. Costanzo, L. A. Caruso, R. Testa [et al.] // Ann. Ital. Chir. — 2006 — Vol. 77, N 6. — P. 469 — 671.
9. Post surgical use of radioiodine (^{131}I) in patients with papillary and follicular thyroid cancer and the issue of remnant ablation. A consensus report / F. Pacini, M. Schlumberger, C. Harmer [et al.] // Eur. J. Endocr. — 2005. — Vol. 153. — P. 651 — 659.

