

## Тиреолипома: клинический случай

Исаев П.А.<sup>1</sup>, Семин Д.Ю.<sup>1</sup>, Румянцев П.О.<sup>2</sup>,  
Полькин В.В.<sup>1</sup>, Ильин А.А.<sup>1</sup>, Двинских Н.Ю.<sup>1</sup>, Медведев В.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский радиологический центр”, Обнинск

<sup>2</sup> ФГБУ “Эндокринологический научный центр”, Москва

Тиреолипомы – редкие доброкачественные новообразования, состоящие из зрелых жировых элементов. Наиболее частым их клиническим проявлением является медленный рост, вызывающий деформацию шеи. Диагностика комплексная, включающая лучевые и не лучевые методы. Тонкоигольная аспирационная биопсия, как правило, представляет возможность заподозрить тиреолипому за счет наличия адипоцитов среди клеток фолликулярного эпителия щитовидной железы и своевременно провести дифференциальную диагностику. Операция является безальтернативным методом лечения. Прогноз благоприятный. Мы сообщаем о случае тиреолипомы у женщины 59 лет. Диагноз был верифицирован после операции. Мы также кратко обсудим клинику и диагностику у данной пациентки.

**Ключевые слова:** щитовидная железа, тиреолипома.

## Thyrolipoma. Clinical case

Isaev P.A.<sup>1</sup>, Siomin D.Y.<sup>1</sup>, Roumyantsev P.O.<sup>2</sup>,  
Polkin V.V.<sup>1</sup>, Ilyin A.A.<sup>1</sup>, Dvinskykh N.Y.<sup>1</sup>, Medvedev V.S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Tsyb Medical Radiological Research Centre, National Medical Research Radiological Centre, Obninsk, Russian Federation

<sup>2</sup> Endocrinology Research Centre, Moscow, Russian Federation

Thyrolipomas are rare benign neoplasms composed of mature adipose tissue and glandular elements. The most common clinical manifestation is a slowly enlarging neck mass. If thyroid fine-needle aspiration biopsy discloses a mixed population of adipocytes and follicular cells, the possibility of an adenolipoma should be considered in the differential diagnosis. Complete surgical excision is curative and the prognosis is favorable. We report a case of a 59 year-old female, with a recent diagnosis of multinodular goitre. The diagnosis of thyrolipoma was only possible after surgery, performed because of a suspicious fine-needle aspiration biopsy. We also briefly discuss the clinic and diagnosis of this entity.

**Key words:** thyroid gland, thyrolipoma.

Доброкачественные неэпителиальные опухоли щитовидной железы, в том числе и тиреолипомы, встречаются крайне редко и по своему гистологическому строению не отличаются от одноименных опухолей других локализаций [1–3]. Микроскопически они повторяют строение зрелой жировой ткани, отличаясь некоторым полиморфизмом долек и клеток, между которыми встречаются так называемые мультифокулярные клетки [4].

Согласно мировым литературным данным, тиреолипомы могут встречаться как в детском, так и в зрелом возрасте и, как правило, не связаны с мезенхимальными дистрофиями, одним из проявлений которых

является повышенное отложение жира в клетках и тканях – lipomatosis dolorosa, Madelung disease, Launois–Bensaude syndrome и др. [5].

В выявлении тиреолипом в настоящее время отсутствуют абсолютно достоверные методы дооперационной и интраоперационной дифференциальной диагностики с другой опухолевой патологией щитовидной железы. МРТ и СКТ не показывают подозрительных объектов при этой патологии, которая чаще представлена хорошо отграниченной гладкой или дольчатой тканью. Эхографические характеристики обычно ограничиваются описанием изоэхогенных образований с внутренними гиперэхогенны-

ми перегородками. Возможно наличие гипоэхогенных включений [6]. Группой экспертов Европейской тиреоидной ассоциации в 2006 г. был принят консенсус по диагностике и лечению опухолей щитовидной железы, где тонкоигольная пункционная биопсия с последующей морфологической верификацией является основным методом в установлении клинического диагноза [7]. Однако этот метод имеет ряд ограничений, связанных с неинформативностью цитологических препаратов, обусловленной либо недостаточным количеством клеточного материала, либо невозможностью оценить природу альтераций [8].

Основным методом лечения тиреолипом является хирургический. Относительным показанием к лечению является асимметрия в проекции щитовидной железы. Операция в данном случае является эстетической и служит в первую очередь для коррекции конфигурации шеи. К абсолютным показаниям относятся: быстрый рост опухоли, ее расположение, вызывающее функциональные расстройства, а также боли в области опухоли. В клинике МРНЦ им. А.Ф. Цыба за последние двадцать лет наблюдалось четыре пациента с тиреолипомами, описание одного из них представлено в настоящей публикации.

Больная К., 59 лет, была госпитализирована в клинику с жалобами на наличие опухолевидного образования шеи, затрудненное дыхание, нарушение двигательной функции шеи.

Из анамнеза выяснено наличие образования в течение 22 лет, с непрекращающимся медленным ростом. От предложенной операции больная категорически отказалась, за медицинской помощью не обращалась. Состояние ухудшилось в октябре 2015 г., когда появились одышка, храп. При объективном осмотре – выраженная асимметрия шеи (рис. 1).

При пальпации шеи определяется ограниченно подвижное, мягкоэластичное образование дольчатой структуры, размерами 20 × 10 см, безболезненное, не спаянное с покровными тканями. Движения головы несколько ограничены – при наклоне невозможно подбородком коснуться передней грудной стенки. При эхографическом исследовании положение щитовидной железы



Рис. 1. Область шеи пациентки до лечения.

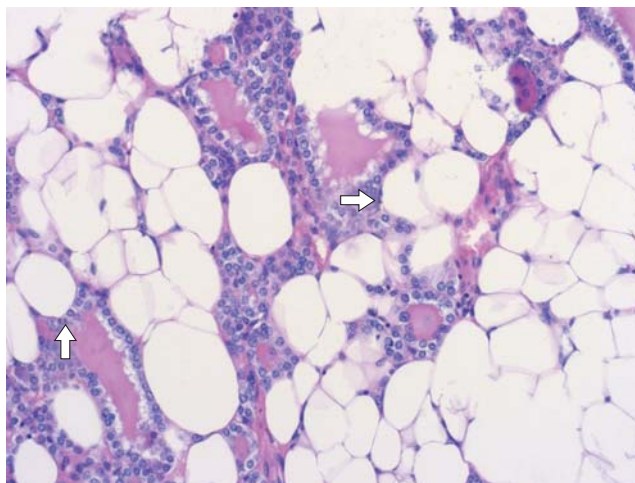


Рис. 2. Микропрепарат удаленной щитовидной железы (окраска гематоксилин-эозин, ×400).

обычное, форма сохранена. Контуры неровные, нечеткие. Размеры увеличены. Правая доля более 80 × 80 × 136 мм, объем 423 мл<sup>3</sup>. Левая доля более 80 × 60 × 114 мм, объем 265 мл<sup>3</sup>. Перешеек 52 мм, объем 89 мл<sup>3</sup>. Эхоструктура резко неоднородная, выполнена гетерогенными узлами до 56 мм. В анализах – уровень ТТГ 2,4 (0,17–4,1) мМЕ/мл. На серии СКТ шеи определяется расширение предпозвоночного пространства до 38 мм. Просвет трахеи не изменен, контуры его четкие. При цитологическом исследовании – смешанные популяции фолликулярного эпителия щитовидной железы и адипоцитов.

В ноябре 2015 г. больной проведена операция – тиреоидэктомия. Из протокола операции: под эндотрахеальным наркозом произведен разрез кожи в нижней трети шеи, параллельно краю верхней грудной апертуры. Непосредственно подкожно выявлена истонченная *m. platysma*, в месте наибольшего выбухания в виде редких мышечных волокон. Рассечены *m. platysma*, *m. sternothyreoideus* и *m. sternohyoideus*. При ревизии в проекции щитовидной железы определяется объемное образование из жировой ткани, состоящее из трех нечетко выраженных долей, покрытых тонкой оболочкой. У основания оболочка истончена и прорастает в межмышечные промежутки. Опухоль выделена тупым путем, а у верхних и нижних полюсов щитовидной железы, у связки Бэри и в месте прорастания – острым путем.

Фактически опухоль занимала почти весь объем между III и IV фасциями шеи и под обоими листками IV фасции. *Гистологическое заключение.* Макро: щитовидная железа весом 647 г, правая доля 14 × 9 × 8 см, на разрезах представлена множеством мягких узлов диаметром от 1 до 7 см, левая доля 10 × 7 × 8 см, на разрезах аналогичного вида. *Микро:* тиреолипома, диффузно-многоузловой макро-микрофолликулярный зоб (рис. 2).

Послеоперационный период без осложнений. Заживление раны первичным натяжением. Рубец нормотрофический, плоский, розовый, гладкий, безболезненный.

## Обсуждение

Тиреолипома не отличается клинически от других доброкачественных образований щитовидной железы. Основным ее проявлением является увеличение объема шеи и, возможно, компрессия верхних дыхательных и пищеварительных путей, при обязательном эутиреоидном статусе [9, 10]. Эхографические характеристики являются весьма условными. Палитра морфологической картины – это большие количества адипоцитов, встречающиеся как в нормальной ткани щитовидной железы, так и в прилегающей капсуле, в окружающих сосудах и соединительной ткани.

Необходимо отметить, что аналогичные описания могут встречаться при неопластических заболеваниях, узловым зобе, амилоид-

дозе, лимфоцитарном тиреоидите, опухолях и др. [9–15]. При этом отличительным признаком тиреолипом является наличие толстой капсулы [10, 12]. Происхождение жира в щитовидной железе остается неясным. Некоторые авторы считают, что его наличие в тиреоидной ткани – это аномалия развития, которая происходит в онтогенезе [10, 15, 16]. Другие предполагают метапластическое происхождение из фибробластов в связи с хронической гипоксией [9–11, 16]. Вместе с тем А.Е. Тритес сообщил о случае тиреолипомы, сопряженной с липомой глотки, и отметил, что одновременное присутствие этих опухолей возникло в результате нарушения в развитии вентральной стенки глоточной кишки [13]. Тиреолипома также описывается S.S. Sheikh [17]. В частности, он обнаружил отсутствие гистологических отличий тиреолипомы от паратиреолипомы, при этом описал иммуногистохимический признак обеих – экспрессия тиреоглобулина или паратгормона. Наш случай соответствует критериям тиреолипомы.

## Информация о конфликте интересов

Персональные медицинские данные опубликованы с письменного согласия пациентки.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

## Список литературы

1. Cakiroglu B, Tas T, Esen T, et al. Myxolipoma of the renal capsule: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2015;6:48-50. doi: 10.1016/j.ijscr.2014.09.011.
2. Botianu PVH, Cerghizan AM, Botianu AM. Giant right intrathoracic myxoid fusocellular lipoma. *Case Rep Pulmonol.* 2015;2015:1-4. doi: 10.1155/2015/302189.
3. Houle A, Mandel L. Giant right intrathoracic myxoid fusocellular lipoma. Case report. *NY State Dent J.* 2015;81(3):48-50.
4. Magro G, Salvatorelli L, Angelico G, et al. Lipomatous angiofibromatoma of the vulva: diagnostic and histogenetic considerations. *Pathologica.* 2014;106(4):322-326.
5. Leiva SF, Navachia D, Nigro N, et al. Lipoma in the thyroid? *J Pediatr Endocrinol Meta.* 2004;17(7). doi: 10.1515/jpem.2004.17.7.1013.
6. Demirpolat G, Guney B, Savas R, et al. Radiologic and cytologic findings in a case of thyrolipoma. *AJNR Am J Neuro-radiol.* 2002;23(10):1640-1641.

7. Европейский консенсус по диагностике и лечению дифференцированного рака щитовидной железы из фолликулярного эпителия. // Клиническая и экспериментальная тиреология. 2006. – Т. 2. – №3 – С. 10-21. [Evropeyskiy Konsensus po diagnostike i lecheniyu differentsirovannogo raka shchitovidnoy zhelezy iz follikulyarnogo epiteliya. *Clinical and experimental thyroidology*. 2006;2(3):10-21. (In Russ.)] doi: 10.14341/ket20062310-30.
8. Rollins SD, Flinner RL. Thyrolipoma: Diagnostic pitfalls in the cytologic diagnosis and review of the literature. *Diagn Cytopathol*. 1991;7(2):150-154. doi: 10.1002/dc.2840070209.
9. Schroder S, Bocker W, Husselmann H, Dralle H. Adenolipoma (thyrolipoma) of the thyroid gland report of two cases and review of literature. *Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol*. 1984;404(1):99-103. doi: 10.1007/bf00704254.
10. Laforga JB, Vierna J. Adenoma of thyroid gland containing fat (thyrolipoma). Report of a case. *J Laryngol Otol*. 1996;110(11):1088-1089.
11. DeRienzo D, Truong L. Thyroid neoplasms containing mature fat: a report of two cases and review of the literature. *Mod Pathol*. 1989;2(5):506-510.
12. Hjorth L, Thomsen LB, Nielsen VT. Adenolipoma of the thyroid gland. *Histopathology*. 1986;10(1):91-96.
13. Trites AE. Thyrolipoma, thymolipoma and pharyngeal lipoma: a syndrome. *Can Med Assoc J*. 1966;95(24):1254-1259.
14. Breek JK, Vallaey JH, Rutsaert RR. Simultaneous presentation of a thyrolipoma and a thymolipoma in a young man. *Eur J Surg – Acta chirurgica*. 1997;163(12):941-943.
15. Gnepp DR, Ogorzalek JM, Heffess CS. Fat-containing lesions of the thyroid gland. *Am J Surg Pathol*. 1989;13(7):605-612.
16. Schroder S, Bocker W. Lipomatous lesions of the thyroid gland: a review. *Appl Pathol*. 1985;3(3):140-149.
17. Sheikh SS, Massloom HS. Lipoadenoma: Is it arising from thyroid or Parathyroid? A diagnostic dilemma. *ORL*. 2002; 64(6):448-450. doi: 10.1159/000067574.

**Исаев Павел Анатольевич** – д.м.н., ведущий научный сотрудник Медицинского радиологического научного центра им. А.Ф. Цыба – филиала ФГБУ “НМИРЦ” Минздрава России, Обнинск, Россия.

**Семин Дмитрий Юрьевич** – д.м.н., врач-онколог Медицинского радиологического научного центра им. А.Ф. Цыба – филиала ФГБУ “НМИРЦ” Минздрава России, Обнинск, Россия.

**Румянцев Павел Олегович** – д.м.н., заместитель директора по инновациям, ФГБУ “Эндокринологический научный центр” Минздрава России, Москва, Россия.

**Полькин Вячеслав Викторович** – к.м.н., старший научный сотрудник Медицинского радиологического научного центра им. А.Ф. Цыба – филиала ФГБУ “НМИРЦ” Минздрава России, Обнинск, Россия.

**Ильин Алексей Амурович** – д.м.н., ведущий научный сотрудник Медицинского радиологического научного центра им. А.Ф. Цыба – филиала ФГБУ “НМИРЦ” Минздрава России, Обнинск, Россия.

**Двинских Нина Юрьевна** – к.м.н., заведующая отделением Медицинского радиологического научного центра им. А.Ф. Цыба – филиала ФГБУ “НМИРЦ” Минздрава России, Обнинск, Россия.

**Медведев Виктор Степанович** – д.м.н., заведующий отделением Медицинского радиологического научного центра им. А.Ф. Цыба – филиала ФГБУ “НМИРЦ” Минздрава России, Обнинск, Россия.



**Румянцев Павел Олегович** – rumyantsev.pavel@endocrincentr.ru