

Случай послеоперационной диагностики метастаза рака почки в щитовидную железу в сочетании с тромбозом левой внутренней яремной вены

Паневин Т.С., Селиванова Л.С., Латкина Н.В., Кузнецов Н.С.

ФГБУ "Эндокринологический научный центр" Минздрава России, Москва, Россия

Представлено клиническое наблюдение пациентки 68 лет с жалобами на увеличение в размерах шеи, преимущественно с левой стороны, ощущение першения в горле. В ходе обследования по данным УЗИ органов шеи выявлено конгломератное образование левой доли щитовидной железы. Кроме того, в просвете в верхней трети внутренней яремной вены выявлено образование средней эхогенности. По данным последующей тонкоигольной биопсии левой доли – признаки коллоидного зоба. Пациентке проведено оперативное лечение в объеме левосторонней гемитиреоидэктомии: при ревизии левая доля значительно увеличена в размерах за счет узлового образования, достигающего до левого угла нижней челюсти, располагающегося частично за грудиной и за трахеей. По данным послеоперационного гистологического исследования выявлен метастаз светлоклеточного рака почки в левую долю щитовидной железы с признаками прорастания в окружающие сосуды и мышцы.

Ключевые слова: рак почки, щитовидная железа, метастазирование.

Postoperative diagnostics case of the patient with kidney cancer metastasis in the thyroid gland in combination with left internal jugular vein thrombosis

Taras S. Panevin, Lilia S. Selivanova, Nonna V. Latkina, Nikolay S. Kuznetsov

Endocrinology Research Centre, Moscow, Russia

We present a clinical case of the 68-years-old woman with complaints of enlarged neck, more pronounced at the left side and sore throat. In the course of ultrasound examination, conglomerate mass in left of thyroid gland was revealed. More than that, in the lumen of the internal jugular vein the formation of an average echogenicity was found. Following fine-needle aspiration biopsy revealed signs of colloid struma (Bethesda II). The patient underwent left-sided hemithyroidectomy. At revision while the operation the left thyroid gland is enlarged in the size due to the nodal formation spreading to the left angle of the lower jaw and locating retrosternal and behind trachea. Postoperative histological examination revealed metastasis of kidney cancer in the left thyroid gland with the signs of invasive growth to surrounding vessels and muscles.

Key words: kidney neoplasms, thyroid gland, neoplasm metastasis.

Актуальность

Светлоклеточный рак почки (СРП) развивается из эпителия проксимальных канальцев и составляет 70–80% от всех почечно-клеточных раков. На долю СРП приходится 2–3% всех злокачественных новообразований у взрослого населения. Данное злокачественное новообразование характеризуется обильным развитием кровеносных и лимфатических сосудов, что определяет его известную склонность к метастазированию в нетипичных местах на фоне отсутствия ранних клинических симптомов. Наиболее часто СРП метастазирует в легкие, лимфати-

ческие узлы, кости; щитовидная железа (ЩЖ) поражается редко [1, 3].

Метастатическое поражение щитовидной железы встречается так же редко и составляет около 2% всех злокачественных образований данной локализации и 12–34% от всех вторичных опухолей ЩЖ. Средний возраст пациентов с метастазами в ЩЖ составляет 50–60 лет, основными первичными источниками метастазов являются опухоли молочной железы, почки, толстой кишки [2, 4]. Время от нефрэктомии до обнаружения метастатического очага в ЩЖ составляет в среднем около 10 лет [5].

Примерно у 30–50% пациентов в различные сроки после нефрэктомии диагностируются метастатические метастазы.

По данным литературы отмечается, что ЩЖ особенно восприимчива к метастатическому поражению, если в ее тканях имеются метаболические изменения, сопровождающие такие заболевания как узловой зоб или аутоиммунный тиреоидит [5].

Клинический случай

Пациентка Д. 68 лет обратилась в ФГБУ ЭНЦ МЗ РФ в ноябре 2015 г. по поводу наличия левостороннего объемного образования в области шеи. Известно, что пациентку с 2012 г. начали беспокоить першение в горле, ощущение инородного тела в области шеи, тогда же впервые обратилась за помощью к эндокринологу. Проводилось динамическое наблюдение. При выполнении ультразвукового исследования в сентябре 2016 г. по месту жительства выявлено очаговое образование левой доли ЩЖ в виде конгломерата 71 × 34 мм неоднородной структуры, далеко выходящее за предполагаемые границы доли у верхнего полюса, заходящее за перешеек. В правой доле визуализировалось округлой формы узловое образование диаметром 6 мм без подозрительных признаков, имеется смещение трахеи вправо. Регионарные лимфоузлы – без особенностей. По данным последующей тонкоигольной аспирационной биопсии узлового образования левой доли – коллоидный зоб (II класс по Bethesda Thyroid Classification). Лабораторно и клинически – эутиреоз (ТТГ

2,48 мЕД/л). В анамнезе – правосторонняя нефрэктомия по поводу опухоли почки (документацию не предоставила). Объективно отмечается видимое увеличение щитовидной железы за счет левой доли, при пальпации левая доля плотно-эластической консистенции, подвижная, безболезненная, регионарные лимфоузлы не увеличены. Данные лабораторных исследований (общего анализа крови, мочи, коагулограммы и биохимического анализа крови) без особенностей.

В 2015 г. планировалось проведение оперативного вмешательства по поводу узлового образования левой доли щитовидной железы в связи с наличием косметического дефекта и ультразвуковых признаков смещения трахеи. Однако во время проведения вводной анестезии отмечено повышение артериального давления до 165/85 мм рт. ст., частоты сердечных сокращений до 98 в минуту, сопровождающееся наружным носовым кровотечением, поступлением желудочного содержимого в ротовую полость, в связи с чем была проведена санация ротовой полости и срочная интубация трахеи, произведена санационная бронхоскопия. В данных условиях было принято решение об отмене операции.

Через год было проведено ультразвуковое исследование в динамике в ФГБУ ЭНЦ МЗ РФ, по результатам которого общий объем ЩЖ составил 60,5 мл, объем левой доли – 55 мл, в ней же гипозоногенное с четкими контурами образование неоднородной структуры, размерами 3,0 × 6,0 × 7,2 см, сходной топографии с ранее приведенными ультразвуковыми данными. Также в просвете в верхней трети внутренней яремной вены

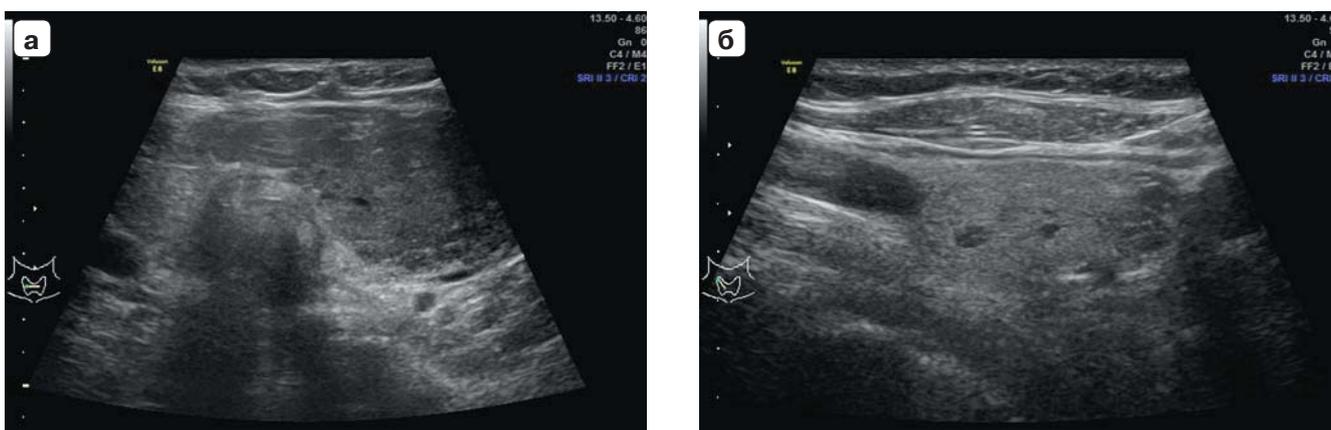


Рис. 1. Ультразвуковое исследование органов шеи пациентки: а – в левой доле щитовидной железы определяется объемное конгломератное образование; б – в просвете прилежащей внутренней яремной вены образование неоднородной структуры.

выявлено образование средней эхогенности с четкими контурами размером 2,3 × 1,4 см (рис. 1).

Пациентка была госпитализирована для проведения оперативного лечения в плановом порядке. Во время оперативного вмешательства при ревизии левая доля значительно увеличена в размерах за счет узлового образования, достигающего до левого угла нижней челюсти, располагающегося частично за грудиной и за трахеей, резко смещающего трахею вправо. С большими техническими трудностями, связанными с размером и расположением доли, под визуальным контролем возвратного гортанного нерва слева и околощитовидных желез произведена экстрафасциальная гемитиреоидэктомия слева. На разрезе: узел размером 6 см в диаметре, неоднородной структуры, аденоматозного вида.

Гистологическое исследование

На гистологическое исследование была прислана левая доля щитовидной железы весом 54,6 г и размерами 8,5 × 6,0 × 3,5 см. На разрезе представлена узлом диаметром 6,0 см серовато-желтого цвета мягко-эластической консистенции. Ткань щитовидной железы фиксировали в 10% нейтральном буферном формалине, затем ткань подвергалась гистологической проводке и заливке образцов в парафин. После нарезки с помощью микротомы, рутинной окраски гематоксилином и эозином проводили гистопатологическое исследование в соответствии со стандартными протоколами [6].

При микроскопическом изучении (рис. 2) в ткани щитовидной железы обнаруживалось разрастание опухоли преимущественно альвеолярного строения из клеток с оптически пустой цитоплазмой и округлых гиперхромных ядер; местами светлые клетки образовывали тубулярные и микрокистозные структуры, отделенные друг от друга различной толщины прослойками рыхлой или волокнистой соединительной ткани, с кровоизлияниями и мелкими полостями с кровью. Опухоль прорастала в прилежащие скелетные мышцы, отмечались признаки сосудистой инвазии.

Иммуногистохимическое исследование

Иммуногистохимическое исследование проводилось на срезах с репрезентативного парафинового блока толщиной 3 мкм, расположенных на стеклах с полилизинным слоем (Leica, Германия). Исследование проводили на полностью автоматизированном иммуногистостейнере Leica Bondmax (Германия) (рис. 3), позволяющем депарафинизировать срезы, проводить инкубацию с антителами при постоянной заданной температуре, проводить энзиматическую демаскировку антигенов, высокотемпературную демаскировку антигенов в буферах pH 6,0 и 8,8, подкрашивать препараты гематоксилином. Исследование проводилось по стандартным протоколам, рекомендованным фирмой-производителем, с антителами, представленными в таблице.

Антитела, использованные при иммуногистохимическом исследовании

Антитело	Источник получения	Производитель	Разведение	Положительный контроль
Панцитокератин (универсальный маркер эпителиальных клеток)	Мышиное/моноклональное	Leica (Германия)	1:100	Слизистая оболочка толстой кишки
Тиреоглобулин (гормон щитовидной железы)	Кроличье/моноклональное	Leica (Германия)	1:200	Ткань щитовидной железы
Паратгормон (гормон околощитовидной железы)	Мышиное/моноклональное	Leica (Германия)	1:100	Ткань околощитовидной железы
Ki67 (маркер пролиферативной активности)	Мышиное/моноклональное	Leica (Германия)	1:100	Лимфатический узел
TTF1 (тиреоидный транскрипторный фактор)	Мышиное/моноклональное	Leica (Германия)	1:100	Ткань щитовидной железы
CD10	Мышиное/моноклональное	Leica (Германия)	1:100	

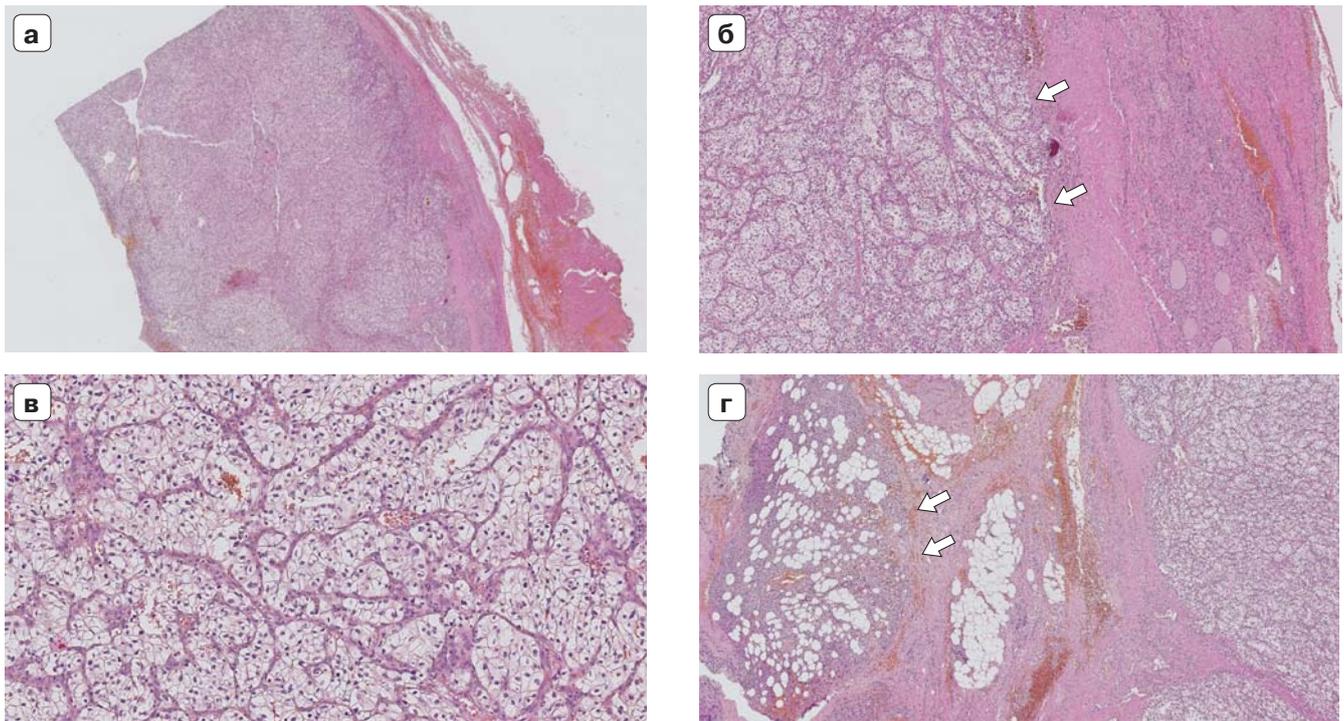


Рис. 2. Микроскопическое исследование удаленной щитовидной железы, в которой обнаружена опухоль из клеток с круглыми и овальными ядрами и светлой цитоплазмой, окруженная тканью щитовидной железы (окраска гематоксилином и эозином): а – увеличение $\times 30$; б – увеличение $\times 100$; в – увеличение $\times 200$; г – к опухоли прилежит ткань околощитовидной железы (стрелки), увеличение $\times 100$.

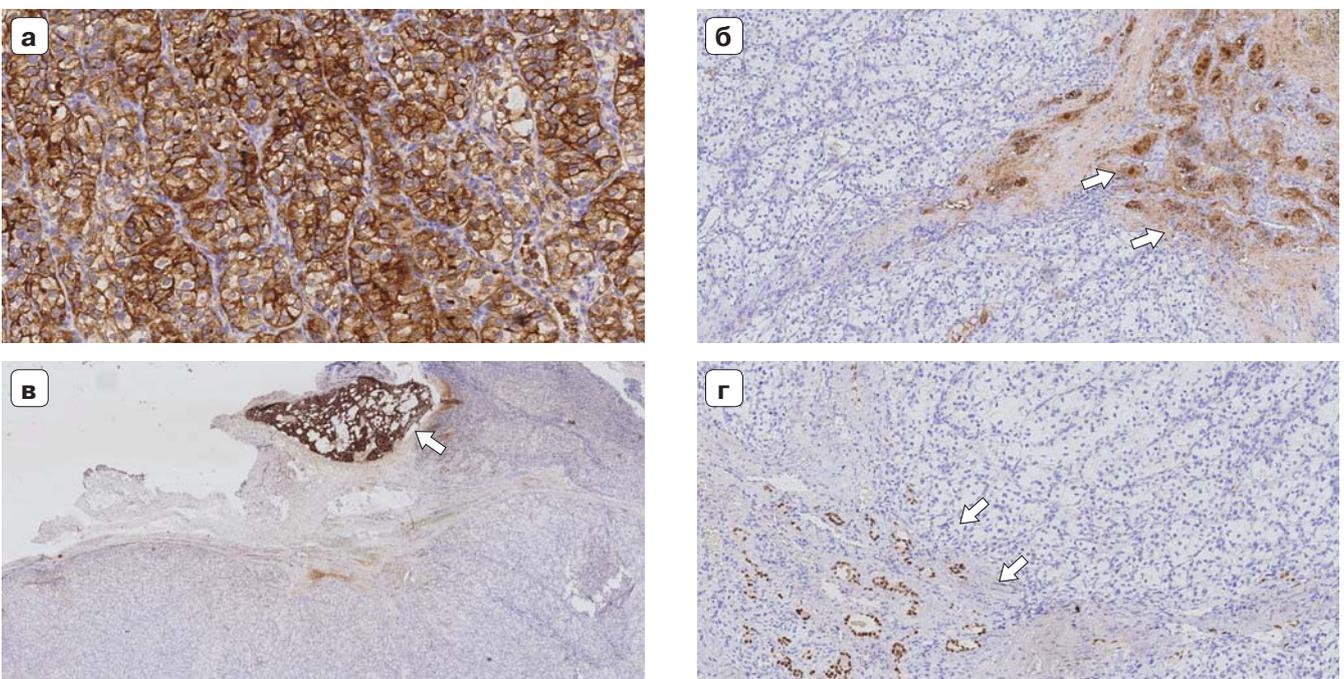


Рис.3. Результаты гистологического исследования удаленной опухоли: а – клетки опухоли экспрессируют CD10 ($\times 200$); б – экспрессия тиреоглобулина клетками предсуществующей щитовидной железы ($\times 100$); в – экспрессия паратгормона клетками прилежащей околощитовидной железы, отсутствие экспрессии опухолевыми клетками ($\times 100$); г – экспрессия TTF1 клетками предсуществующей щитовидной железы, отсутствие экспрессии опухолевыми клетками ($\times 100$).

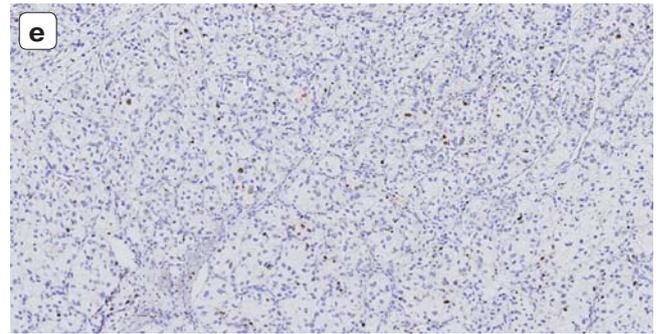
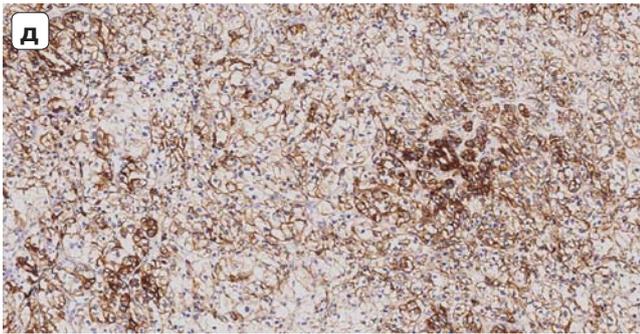


Рис.3. (окончание). д – клетки опухоли экспрессируют панцитокератин (×200); е – индекс пролиферативной активности в опухолевых клетках.

При иммуногистохимическом исследовании было выявлено, что клетки опухоли не экспрессируют тиреоидный транскрипторный фактор-1, тиреоглобулин при положительном позитивном контроле в предсуществующей ткани щитовидной железы, не экспрессируют паратгормон при положительном позитивном контроле в прилежащей околощитовидной железе. При этом выявлена позитивная реакция опухолевых клеток с панцитокератином, CD10, RCC.

Обсуждение

Данный клинический случай демонстрирует трудность ранней диагностики метастазирования злокачественных новообразований, схожесть клинической картины с многоузловым эутиреоидным зобом, а также неинформативность инвазивного метода диагностики. Низкая частота метастазирования злокачественных новообразований в щитовидную железу не должна снижать настороженность при наличии соответствующих анамнестических данных.

Заключение

Таким образом, несмотря на наличие статистических данных о том, что СРП чрезвычайно редко метастазирует в щитовидную железу, при установлении диагноза светлоклеточного рака почки следует рассмотреть вопрос о проведении обязательного визуализационного скрининга щитовидной железы с целью выявления отдаленных метастазов.

Дополнительная информация

Согласие пациента. Пациент добровольно подписал информированное согласие на публикацию медицинской информации в обезличенной форме в журнале “Эндокринная хирургия”.

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

Список литературы (References)

1. Карпищенко С., Рябова М., Долгов О., и др. Метастаз светлоклеточного рака почки в щитовидную железу и гортань // *Врач.* – 2014. – №11. – С. 31–33. [Karpishchenko S, Ryabova M, Dolgov O, et al. Clear cell renal carcinoma metastasizing to the thyroid and larynx. *Vrach.* 2014;(11):31-33. (in Russ.)]
2. Яковлева Л.П., Романов И.С., Туркин И.Н., и др. Метастаз рака почки в щитовидную железу: особенности диагностики и лечения // *Онкоурология.* – 2010. – №4. – С. 87–91. [Yakovleva LP, Romanov IS, Turkin IN, et al. Metastasis of renal carcinoma to the thyroid, specific features of diagnosis and treatment (description of a case). *Onkourologiya.* 2010;(4):87-91. (in Russ.)]
3. Матвеев В.Б. Энциклопедия клинической онкологии. – М., 2004. – С. 490–500. [Matveev VB. *Entsiklopediya klinicheskoy onkologii.* Moscow; 2004. (in Russ.)]
4. Nakhjavani MK, Gharib H, Goellner JR, van Heerden JA. Metastasis to the thyroid gland. A report of 43 cases. *Cancer.* 1997;79(3):574-578. doi: 10.1002/(SICI)1097-0142(19970201)79:3<574::AID-CNCR21>3.0.CO;2-#
5. Heffess CS, Wenig BM, Thompson LD. Metastatic renal cell carcinoma to the thyroid gland: a clinicopathologic study of 36 cases. *Cancer.* 2002;95(9):1869-1878. doi: 10.1002/cncr.10901.
6. Thompson SW, Hunt RD. Selected histochemical and histopathological methods. 1966. IL: Springfield; 1966.

Информация об авторах (Authors info)

***Паневин Тарас Сергеевич** [Taras S. Panevin, MD]; адрес: Россия, 117036, Москва, ул. Дм. Ульянова, д. 11 [address: 11 Dm. Ulyanova street, 117036 Moscow, Russia]; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5290-156X>; eLibrary SPIN: 7839-3145; e-mail: tarasel@list.ru.

Селиванова Лилия Сергеевна, к.м.н. [Liliya S. Selivanova, MD, PhD]; eLibrary SPIN: 5151-3675; e-mail: lise-livanova89@yandex.ru.

Латкина Нонна Вадимовна, к.м.н. [Nonna V. Latkina, MD, PhD]; eLibrary SPIN: 3463-5920; e-mail: latkina_enc@mail.ru.

Кузнецов Николай Сергеевич, д.м.н., профессор [Nikolay S. Kuznetsov, MD, PhD, Professor]; eLibrary SPIN: 8412-1098; e-mail: kuznetsovnikolays@yandex.ru.

Как цитировать

Паневин Т.С., Селиванова Л.С., Латкина Н.В., Кузнецов Н.С. Случай послеоперационной диагностики метастаза рака почки в щитовидную железу в сочетании с тромбозом левой внутренней яремной вены // Эндокринная хирургия. – 2017. – Т. 11. – №1. – С.45–50. doi: 10.14341/serg2017145-50

To cite this article

Panevin TS, Selivanova LS, Latkina NV, Kuznetsov NS. Postoperative diagnostics case of the patient with kidney cancer metastasis in the thyroid gland in combination with left internal jugular vein thrombosis. Endocrine Surgery. 2017;11(1):45-50. doi: 10.14341/serg2017145-50

Рукопись получена: 27.03.2017. **Рукопись одобрена:** 26.04.2017.

Received: 27.03.2017. **Accepted:** 26.04.2017.