

Редкий случай метастазирования рака щитовидной железы в парафарингеальные лимфатические узлы

В.Ж. Бржезовский, Д.К. Стельмах, Т.А. Акетова, М.Б. Пак

ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, Москва

Контакты: Виталий Жаннович Бржезовский VBR1980@yandex.ru

В статье приводятся особенности диагностики и лечения метастазов рака щитовидной железы в лимфатические узлы парафарингеальной области.

Ключевые слова: рак щитовидной железы, метастазы в лимфатические узлы

A rare case of thyroid cancer metastasis to parapharyngeal lymph nodes

V.Zh. Brzhezovsky, D.K. Stelmakh, T.A. Aketova, M.B. Pak

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

The paper presents the specific features of the diagnosis and treatment of thyroid cancer metastases to parapharyngeal lymph nodes.

Key words: thyroid cancer, lymph node metastases

Как известно, папиллярный рак щитовидной железы (РЩЖ) часто метастазирует в лимфатические узлы шеи. При этом поражаются от 2-й до 6-й зоны метастазирования. При вовлечении в процесс глубоких шейных лимфатических узлов проводятся боковые шейные диссекции в различных вариантах, при метастазировании в пре- и паратрахеальные лимфатические узлы — центральная шейная лимфодиссекция. Реже поражаются лимфатические узлы средостения. В этом случае выполняется удаление клетчатки вместе с узлами средостения посредством стернотомии [1]. Еще реже встречаются метастазы в парафарингеальной области. Поражение этой зоны может быть отнесено к прямому лимфогенному метастазированию из задней поверхности верхней доли щитовидной железы в латеральные ретрофарингеальные лимфатические узлы (метастаз Рувера) [2]. В литературе есть незначительное количество статей, посвященных этой проблеме. Чаще всего описываются единичные случаи. Наибольшая статистика у К. Kainuma et al., которые прооперировали 39 пациентов [3]. X.L. Wang et al. сообщили о хирургическом лечении 25 больных [4]. Шейным доступом оперированы 22 пациента, трансмандибулярным — 3. Наличие парафарингеальных метастазов, по их мнению, значительно ухудшает прогноз заболевания. Авторы ассоциируют эти метастазы с отдаленными, 5-летняя выживаемость этой группы составила 63,8 % [4]. Такие же невысокие результаты получены N. Otsuki et al. [5]. По мнению G.A. Andrews, трансоральное удаление парафарингеальных метастазов является

более безопасным и доступным, хотя с этим сложно согласиться [6].

Наше сообщение посвящено клиническому случаю парафарингеального метастазирования папиллярного РЩЖ.

Клинический случай

Больная Г. в возрасте 22 лет поступила в клинику опухолей головы и шеи ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН в 1986 г. По поводу РЩЖ T2N1bM0 в 1986 г. выполнена тиреоидэктомия, фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи с двух сторон (гистологическое исследование показало папиллярный рак с множественными метастазами в лимфатические узлы шеи). В дальнейшем диагностированы метастазы РЩЖ в лимфатические узлы средостения, в связи с чем в 1995 г. произведена стернотомия, медиастинальная лимфодиссекция. В 2008 г. выполнено удаление метастазов из левой надключичной области. В мае 2013 г. больная обратилась в клинику с жалобами на наличие опухоли в левой подчелюстной области, трудности при глотании. Госпитализирована в отделение опухолей головы и шеи.

При первичном осмотре: на шее воротничкообразный рубец с продолжением на переднюю грудную стенку от предыдущих хирургических вмешательств. В проекции угла нижней челюсти слева с распространением в подчелюстную область вплоть до рожка подъязычной кости пальпируется ограниченно смещаемый, плотноэластической консистенции узел 6,0 × 4,0 см. При осмотре глотки: боковая ее стенка деформирована за счет парафарингеально расположенного новообразования, перекрывающего

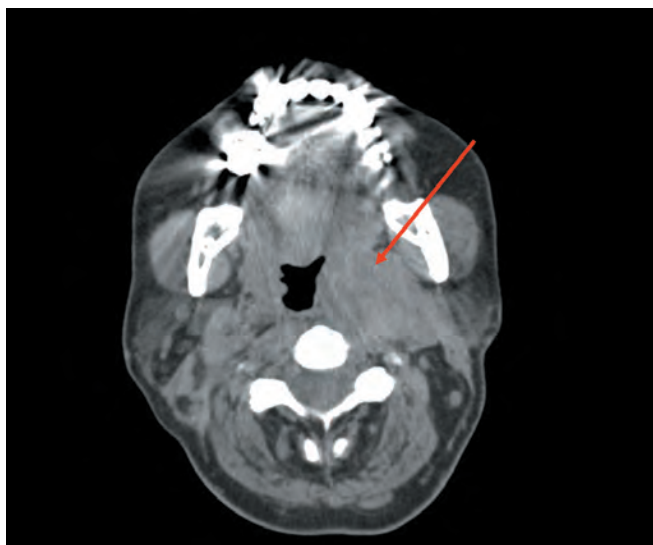


Рис. 1. Компьютерная томография мягких тканей шеи

просвет ротоглотки более чем наполовину, слизистая оболочка не изменена. При непрямой ларингоскопии: парез левой половины гортани (возникший после медиастинальной лимфодиссекции). Выполнена компьютерная томография: в левом парафарингеальном пространстве определяется гиперваскулярное внеоргannое образование с четкими округлыми контурами $3,8 \times 2,3 \times 6,6$ см. Верхний полюс доходит до уровня C1, а нижний — до верхнего рога подъязычной кости слева, внутренняя сонная артерия проходит по задне-латеральной поверхности узла с жировой прослойкой. Внутренняя яремная вена не дифференцируется. В мягких тканях шеи патологических изменений не выявлено (рис. 1).

Ангиография: на серии ангиограмм определяется хорошо васкуляризованная опухоль размером $6,5 \times 3,7$ см, кровоснабжаемая из левой восходящей артерии глотки, прилежит к левым наружной и внутренней сонным артериям, смещая их кнаружи (рис. 2).

Фиброскопия верхних дыхательных путей: компрессия извне левой боковой стенки ротоглотки без инфильтрации слизистой оболочки.

Выполнена пункция парафарингеальной опухоли со стороны глотки, цитологическим исследованием верифицирован метастаз РЩЖ. Таким образом, у больной диагностирован метастаз РЩЖ в лимфатические узлы левой парафарингеальной области. В связи с выраженным кровотоком в опухоли на первом этапе за 2 дня перед операцией была выполнена эмболизация микросферами PVA 300–500 мкм левой восходящей артерии глотки до полной остановки кровотока и отсутствия контрастирования опухоли (рис. 3).

07.06.2013 выполнено удаление метастаза РЩЖ из левой парафарингеальной области. Доступ осуществлялся интрацервикально, через левую подчелюстную область. Выявлена тесная связь опухоли с внутренней сонной артерией, подъязычным нервом. Сонная артерия

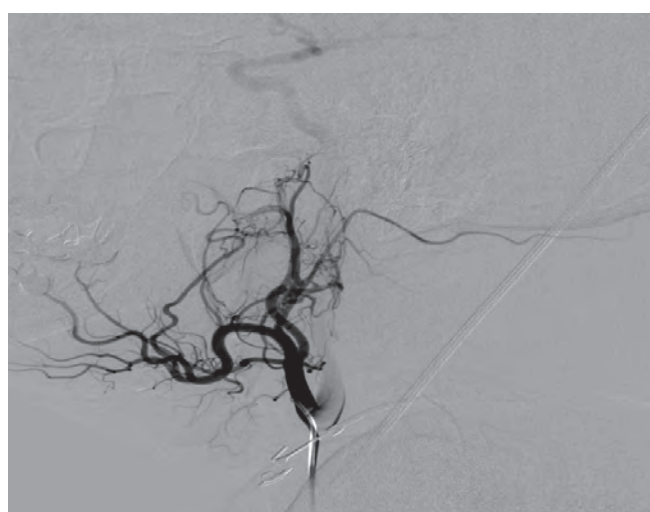
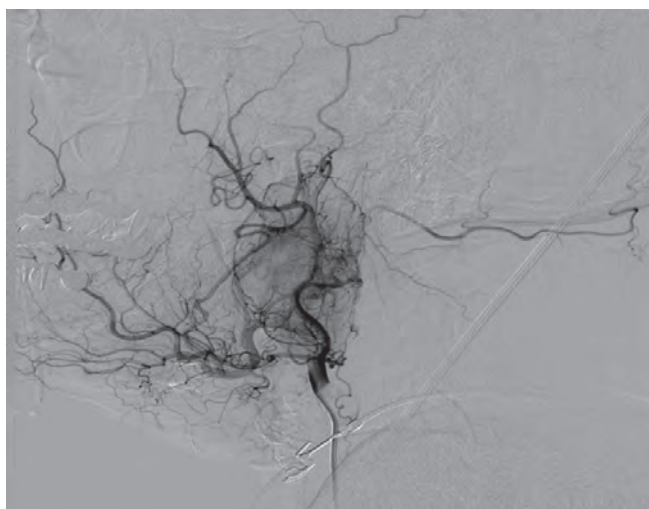


Рис. 2. Ангиография питающих сосудов опухоли

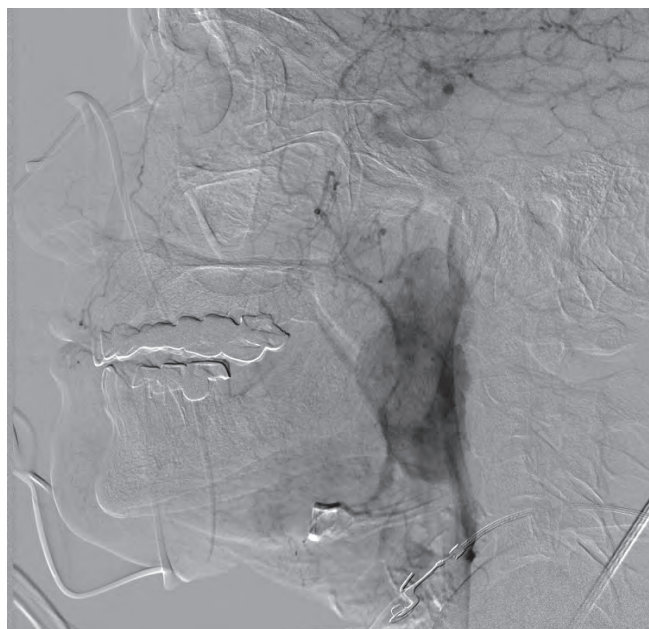


Рис. 3. Ангиография после остановки кровотока

выделена и взята на турникет, прослежен подъязычный нерв. Тупым и частично острым путем опухоль удалена без вскрытия просвета глотки. Послеоперационный период — без осложнений.

Морфологическое исследование операционного материала. Макроописание: опухолевый узел размером 5,5 × 2 см, на разрезе белесовато-серого цвета с очаговым кровоизлиянием. Микрoописание: в исследуемом опухолевом образовании — метастаз папиллярного РЩЖ (фолликулярный его вариант). В 2 лимфатических узлах — реактивная гиперплазия, синус-гистиоцитоз. Через 10 дней после операции больная выписана из клиники в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, приведенный нами клинический случай свидетельствует о трудностях в диагностике и лечении редкого варианта метастазирования РЩЖ в парафарингеальные лимфатические узлы. При дифференциальной диагностике новообразований в парафарингеальной области следует учитывать не только внеорганные опухоли, но и наличие метастазов РЩЖ. Всем пациентам в этом случае показано хирургическое лечение. При выраженном кровоснабжении этих опухолей для снижения риска кровотечения перед операцией рекомендуется проводить эмболизацию питающих опухоль сосудов.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. Клиническое руководство. М., 2013. 475 с.
2. Ducci M., Bozza F., Pezzuto R.W., Palma L. Papillary thyroid carcinoma metastatic to the parapharyngeal space. *Exp Clin Cancer Res* 2001 Sep;20(3):439–41.
3. Kainuma K., Kitoh R., Yoshimura H., Usami S. The first report of bilateral retropharyngeal lymph node metastasis from papillary thyroid carcinoma and review of the literature. *Acta Otolaryngol* 2011 Dec;131(12):1341–8.
4. Wang X.L., Xu Z.G., Wu Y.H. et al. Surgical management of parapharyngeal lymph node metastasis of thyroid carcinoma: a retrospective study of 25 patients. *Chin Med J (Engl)* 2012 Oct;125(20):3635–9.
5. Otsuki N., Nishikawa T., Iwae S. et al. Retropharyngeal node metastasis from papillary thyroid carcinoma. *Head Neck* 2007 May;29(5):508–11.
6. Andrews G.A., Kwon M., Clayman G. et al. Technical refinement of ultrasound-guided transoral resection of parapharyngeal/retropharyngeal thyroid carcinoma metastases. *Head Neck* 2011 Feb;33(2):166–70.