

Повторные операции при раке щитовидной железы у детей

З.А. Афанасьева¹, А.В. Галеева²

¹ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России;

²ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Контакты: Зинаида Александровна Афанасьева z-afanasieva@mail.ru

Частота повторных операций при раке щитовидной железы (РЩЖ) у детей составляет 39%. Среди основных причин: нерадикальные первые операции (7,3%), выполненные в учреждениях неонкологического профиля; регионарные рецидивы (19,5%); местный рецидив (2,4%); отдаленные метастазы рака (2,4%); гипердиагностика рецидива (9,8%).

К группе риска по регионарному рецидивированию и отдаленному метастазированию РЩЖ относятся дети с опухолями Т3–4, N1, а также нерадикальными первыми операциями.

Ключевые слова: рак щитовидной железы, дети, повторные операции

Second-look operations in children with thyroid gland carcinoma

Z.A. Afanasyeva¹, A.V. Galeeva²

¹Kazan State Medical Academy, Ministry of Health of Russia;

²Kazan State Medical University, Ministry of Health of Russia

The frequency of second-look operations in children with thyroid gland carcinoma is 39%. There are several main reasons: non-radical operations were done out of cancer-care facility (7.3%); regional recurrences (19.5%); local recurrence (2.4%); distant metastases (9.7%), recurrence hyperdiagnostic (9.8%) of thyroid gland cancer.

Children with tumors T3–4, N1 and non-radical first operations are related to the risk group of thyroid gland cancer regional recurrences and distant metastases.

Key words: thyroid gland cancer, children, second-look operations

По данным различных авторов, частота повторных операций при рецидивах и продолженном росте рака щитовидной железы (РЩЖ) у детей колеблется от 7 до 47% [1–4]. Среди основных причин повторных операций в литературе выделяют местные рецидивы РЩЖ, регионарное и отдаленное метастазирование, неадекватные по объему первые операции (в том числе выполненные в неонкологических учреждениях), ошибки в пред- и интраоперационной диагностике [5, 6]. Как подчеркивается многими авторами, наибольшее влияние на возникновение рецидивов заболевания оказывают нерадикальность первоначальной операции, морфологическая структура опухоли, наличие метастазов на момент первого вмешательства. Таким образом, необходимость выполнения повторной операции при РЩЖ у детей может быть вызвана как активностью опухолевого процесса, так и неадекватностью проведенного хирургического лечения.

Цель исследования — анализ частоты и причин повторных операций при РЩЖ у детей.

Материалы и методы исследования

Ретроспективно за период с 1971 по 2010 г. были проанализированы истории болезни и амбулаторные карты 41 ребенка, больного РЩЖ. Дети получали ле-

чение в ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Министерства здравоохранения Республики Татарстан (ГАУЗ РК ОД МЗ РТ).

Результаты исследования

Из 41 ребенка, больного РЩЖ, девочек было 33, мальчиков — 8, соотношение детей по полу 4 : 1. Средний возраст детей составил $14,2 \pm 0,6$ года. Папиллярный рак был диагностирован у 32 (78%), в том числе диффузно-склеротический вариант — у 2 (4,8%) и фолликулярный вариант — у 5 (12%), фолликулярный рак — у 5 (12%), низкодифференцированный — у 2 (4,9%), медулярный рак — у 2 (4,9%) детей.

Первая стадия рака регистрировалась у 36 (87,8%) детей, II — у 4 (9,7%), III — у 1 (2,4%). Первично гемитиреоидэктомия была выполнена у 17 (41,5%), субтотальная тиреоидэктомия (ТЭ) — у 7 (17%), ТЭ — у 17 (41,5%) пациентов. У 32 (78%) детей операции на щитовидной железе (ЩЖ) дополнялись вмешательством на лимфатических узлах (ЛУ) шеи. Операция Крайля проведена у 6 (18,8%), операция типа Крайля — у 1 (3,1%), фасциально-фулярное иссечение (ФФИ) клетчатки шеи — у 21 (65,6%), центральная лимфодиссекция — у 4 (12,5%) детей. Лечебный характер лимфаденэктомия носила в 25 (78%) случаях.

В повторных операциях возникла необходимость у 16 (39%) больных. Из них у 1 ребенка повторно были произведены 3 реоперации, у 2 детей — по 2 реоперации. Трое (7,3%) детей изначально были оперированы нерадикально в учреждениях неонкологического профиля, где выполнялись операции в объеме энуклеации, частичной резекции доли, струмэктомии. Повторные вмешательства были проведены в РКОД в течение 1–10 мес после первой операции.

Повторные вмешательства по поводу регионарного рецидива РЩЖ потребовались 8 (19,5%) детям: 5 (12,2%) на сроке 2 мес — 3 года; 3 (7,3%) — через 5–9 лет после первой операции. Всем больным с регионарными рецидивами РЩЖ были произведены повторные оперативные вмешательства в объеме экстирпации остатка ЩЖ и ФФИ клетчатки шеи (во всех случаях местный рецидив не был обнаружен). Далее больные получали лечение I-131 в Медицинском радиологическом научном центре (МРНЦ) РАМН г. Обнинска.

В 3 случаях регионарных рецидивов опухоль классифицировалась как pT2N1M0, в 5 случаях как pT3–4N0M0.

У 1 (2,4%) ребенка наряду с регионарным рецидивом обнаружен местный рецидив папиллярного рака через 5 лет после 2 предшествующих операций.

Приводим данное клиническое наблюдение.

Больная Е., 8 лет. Было иссечено узловое образование ЩЖ в учреждении неонкологического профиля. После гистологического исследования операционного материала был заподозрен РЩЖ. Больная была направлена в ГАУЗ РКОД МЗ РТ, где по патогистологическому препарату диагностирован папиллярный РЩЖ. В РКОД больной выполнена гемитЭ с ФФИ клетчатки шеи справа. Послеоперационный диагноз: папиллярный РЩЖ, pT4N1M0 (TNM 1997 г.).

Через 5 лет после проведенных вмешательств по данным ультразвукового исследования и тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии (ТАПБ) узла в оставшейся левой доле ЩЖ и ЛУ слева у пациентки диагностирован местный и регионарный рецидив. Выполнена комбинированная операция в объеме экстирпации левой доли ЩЖ, центральной и боковой лимфодиссекции (II–VI уровней) слева, резекции грудного лимфатического протока, двустороннего невротиза возвратных нервов, аутопластики левого возвратного нерва. Далее было проведено лечение I-131 в МРНЦ РАМН, г. Обнинск. Отдаленных метастазов по результатам сканирования всего тела с I-131 обнаружено не было. Получает гормональную терапию левотироксином в супрессивном режиме. Жива в течение 7 лет. В настоящее время без рецидива заболевания.

Данное клиническое наблюдение иллюстрирует, что нерадикальность 2 предшествующих операций привела к возникновению местного и регионарного рецидивов папиллярного РЩЖ.

Повторная операция по поводу развившихся метастазов в легких выполнена у 1 (2,4%) больного. Произведена экстирпация оставшейся доли ЩЖ и ФФИ

клетчатки шеи с последующей радиойодтерапией в МРНЦ РАМН, г. Обнинск. Опухоль классифицировалась как pT4N1.

В 4 (25%) случаях повторных операций на ЩЖ рецидива диагностировано не было, т. е. у 9,8% детей, ранее оперированных по поводу РЩЖ, имела место гипердиагностика рецидива. У 2 детей повторные операции произведены по поводу узлового коллоидного зоба через 6–8 мес после первой операции, у 1 — по поводу аденомы оставшейся доли ЩЖ через 20 лет после первого вмешательства, у 1 — по поводу гиперплазии ЛУ через 2 года после перенесенной первой операции по поводу папиллярного рака.

Частота повторных операций, как показало исследование, зависела также от объема первой операции. После гемитЭ повторные операции потребовались 9 (22%) больным, после резекций доли ЩЖ — 3 (7,3%), после субтотальной ТЭ — 3 (7,3%), после ТЭ ЩЖ — 2 (4,8%) детям.

Все больные, оперированные повторно, живы. Продолжительность жизни от 3 до 35 лет.

Обсуждение

Частота повторных операций при РЩЖ у детей, по нашим наблюдениям, составила 39%, что сопоставимо с данными литературы [1–4, 7]. Мы, как и упомянутые авторы, считаем, что высокий процент повторных операций свидетельствует о неадекватном первом хирургическом вмешательстве.

Повторные операции по поводу регионарных рецидивов РЩЖ имели место в 19,5% случаев, в том числе в 12,2% случаев на сроках 2 мес — 3 года; в 7,3% — через 5–9 лет после первой операции. Регионарные рецидивы, возникшие на сроках до 3 лет после операции, рассматриваем, как и Е.А. Валдина [8], в качестве дефекта ранее проведенного оперативного вмешательства, как клиническую реализацию оставленных микрометастазов в ЛУ шеи.

Наименьшую частоту рецидивов наблюдали после ТЭ — 4,8% против 36,6% при органосохраняющих операциях. Наши результаты также согласуются с данными других авторов [1, 5, 9, 10]. Регионарные рецидивы регистрировали при опухолях pT2N1M0 — pT3–4N0M0. Все это позволяет заключить, что органосохраняющие операции при РЩЖ у детей могут выполняться лишь при опухолях pT1 с доказанным отсутствием регионарных (N0) и отдаленных (M0) метастазов. Так, в приведенном выше клиническом наблюдении пациентки Е., 8 лет, имело место нерадикальное выполнение последовательно 2 операций, что стало причиной местного и регионарного рецидивов.

Развитие регионарных рецидивов, которое мы наблюдали у детей, больных РЩЖ, заставляет предпринять шаги к тщательной до- и интраоперационной диагностике микрометастазов РЩЖ в ЛУ шеи при любом раз-

мере опухоли, чтобы операция по поводу РЩЖ у ребенка была единственной и радикальной.

Дети с первичной опухолью Т4N1, как показало исследование, состоят в группе высокого риска по регионарному и отдаленному метастазированию, что согласуется с данными литературы [1–3]. Им необходимо первично выполнять ТЭ и ФФИ клетчатки шеи. В послеоперационном периоде этим больным, а также больным после повторных операций по поводу регионарных рецидивов показана сцинтиграфия всего тела с I-131. Это позволит на ранних этапах выявить отдаленные метастазы дифференцированного РЩЖ, в том числе рентгено-негативные в легких; уменьшит вероятность рецидивов заболевания [4, 9, 11–13].

Не вызывает сомнения тот факт, что операции по поводу РЩЖ у детей должны выполняться в специализированных онкологических учреждениях и быть единственными и радикальными.

Выводы

1. Частота повторных операций при РЩЖ у детей составила 39%.

2. К группе риска по регионарному рецидивированию РЩЖ относятся дети с первичной опухолью Т3–4, поэтому им необходима тщательная до- и интраоперационная диагностика микрометастазов рака в ЛУ.

3. К группе риска по регионарному рецидивированию РЩЖ также относятся дети с метастатическим поражением ЛУ шеи N1, поэтому они нуждаются в радикальном ФФИ клетчатки шеи.

4. В группе риска по отдаленному метастазированию находятся дети с опухолью Т4N1, а также дети с регионарными рецидивами РЩЖ. В этих случаях после выполнения ТЭ и ФФИ клетчатки шеи показана сцинтиграфия всего тела с I-131 для диагностики отдаленных метастазов, в том числе и рентгено-негативных в легких.

ЛИТЕРАТУРА

1. Поляков В.Г., Шишков Р.В., Павловская А.И. Повторные оперативные вмешательства при раке щитовидной железы у детей. Мат. XI (XIII) Российского симпозиума с международным участием по хирургической эндокринологии. СПб., 2003. С. 119–121.
2. Осипов С.В. Клиническое течение и отдаленные результаты хирургического лечения рака щитовидной железы у детей и подростков. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Челябинск, 2005.
3. Гостимский А.В. Хирургическое лечение детей и подростков с патогенетически разным раком щитовидной железы. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2009.
4. Palmer B.A., Zarroug A.E., Poley R.N. et al. Papillary thyroid carcinoma in children: risk factors and complications of disease recurrence. J Pediatr Surg 2005 Aug; 40(8):1284–8.
5. Романчишен А.Ф., Демидчик Ю.Е., Гостимский А.В. и др. Первичные и повторные хирургические вмешательства при патогенетически разным раке щитовидной железы у детей и подростков. Рак щитовидной железы и эндемический зоб. Мат. межрегиональной конференции с международным участием. Екатеринбург, 2007. С. 114.
6. Родичев А.А. Анализ диагностики и хирургического лечения дифференцированного рака щитовидной железы у детей. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН 2009;20(2; прил. 1):18–9.
7. Niedziela M. Pathogenesis, diagnosis and management of thyroid nodules in children. Endocr Relat Cancer 2006;13:427–53.
8. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы (2-е изд.). СПб.: Питер, 2001. 416 с.
9. Демидчик Е.П., Демидчик Ю.Е. Результаты хирургического лечения рака щитовидной железы у детей. Междуна-
- родный журнал радиационной медицины 1999;3–4:44–6.
10. Барьяш В.В. Хирургическое лечение детей, больных раком щитовидной железы. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Минск, 2002.
11. Родичев А.А., Дроздовский Б.Я., Гарбузов П.И. и др. Необходимость проведения радиойодтерапии в оптимальные сроки после хирургического лечения дифференцированного рака щитовидной железы у детей и подростков. Онкохирургия 2008;1:109.
12. Родичев А.А. Радиойодтерапия дифференцированного рака щитовидной железы у детей и подростков. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Обнинск, 2003.
13. Jarzab B., Handkiewicz-Junak D. & Wloch J. Juvenile differentiated thyroid carcinoma and the role of radioiodine in its treatment: a qualitative review. Endocr Relat Cancer 2005;12:773–803.