

А.К. Голубцов, А.С. Аладин

Хирургическое лечение пациента с папиллярным раком, аденомой щитовидной железы и гигантской дермоидной кистой шеи

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский Областной Онкологический Диспансер», Московская область, г.о. Балашиха

В мировой статистике злокачественных новообразований опухоли головы и шеи занимают 6 место. Каждый год диагностируется более 500 тысяч новых случаев и более 300 тысяч пациентов умирает от опухолей головы и шеи [1, 2]. В России опухоли головы и шеи, не превалируя в структуре общей заболеваемости злокачественными новообразованиями, доминируют в структуре смертности. Последние два десятилетия отмечается рост пациентов с опухолями головы и шеи [3].

Опухоли головы и шеи биологически гетерогенная группа злокачественных новообразований. Большая часть опухолей формируется из слизистой оболочки, поэтому плоскоклеточный рак встречается в 90% случаев [2, 4]. Из-за этого создается впечатление, что опухоли головы и шеи не отличаются большим клиническим и морфологическим разнообразием. Формирование тканей и органов головы и шеи из разных зародышевых листков, их расположение в единой анатомической зоне создают условия для возможно синхронного развития новообразований с различными морфологическими характеристиками. Такие ситуации не часты и поэтому интересны.

В статье мы представляем клинический случай лечения пациента, у которого одновременно диагностировали папиллярную карциному, аденому щитовидной железы и гигантскую дермоидную кисту шеи.

Ключевые слова: новообразования головы и шеи; папиллярный рак щитовидной железы; фолликулярная аденома щитовидной железы; дермоидная киста шеи

Введение

Рак щитовидной железы (РЩЖ) составляет 3% от злокачественных новообразований (ЗНО) всех локализаций. Рост заболеваемости РЩЖ отмечается повсеместно, особенно в странах с развитой экономикой [5-7]. За последние 20 лет, по данным Всемирной организации здраво-

охранения, заболеваемость РЩЖ удвоилась [1]. В России за 10 лет рост «грубого» показателя заболеваемости составил 101%, «стандартизованного» — 77 6% [8].

Несмотря на многочисленные исследования еще нет полного представления о всех звеньях канцерогенеза РЩЖ. Много вопросов остается без ответа, как и те которые связаны с причинами прогрессирования РЩЖ [9-15]. Иногда карциномы щитовидной железы развиваются из эктопированной тиреоидной ткани. Еще более редкие ситуации связаны с развитием РЩЖ из эктопированной тиреоидной ткани в стенке кисты шеи (эпидермоидной или дермоидной) [16-19]. В литературе приводятся наблюдения как первичного РЩЖ в кисте шеи, так и метастазирование РЩЖ в эпидермоидные и дермоидные кисты области головы и шеи [18, 20].

Эпидермоидные кисты — это врожденные медленно растущие образования, имеющие внутреннюю тканевую выстилку. Если выстилка кисты состоит из простого сквамозного эпителия это эпидермоидная киста, если из придатков кожи — «истинная» дермоидная киста. Если стенка кисты состоит из трех зародышевых ростков имея в своем составе фрагменты мышечной, костной ткани, зубы, хрящи и т.д., то это тератоидная киста. В литературе авторы часто не учитывают такие различия и объединяют все кисты одним термином — дермоидная киста [21-27].

Эпидермоидные и дермоидные кисты могут сформироваться в любой части тела [23, 28]. Чаще в области слияния эмбриональных ростков: крестцовая область, яичники, голова и шея. Чаще такие кисты проявляются в детском и подростковом возрасте [25, 29-31].

В области головы и шеи эпидермоидные и дермоидные кисты встречаются редко, в 1,6%-7% случаев. Развиваются они в месте соединения первой и второй жаберных дуг [23, 28, 29, 32-36]. Локализуются в средней и нижней части шеи, вдоль ключично-сосцевидной мышцы, в области бифуркации сонных артерий, в области заднелатеральной части глотки ниже небных миндалин [37].



Рис. 1. Компьютерная томография пациента Б
 А — кистозно-солидная опухоль на уровне правого грудино-ключичного сочленения;
 В — кистозно-солидная опухоль на уровне перстневидного хряща, интимно прилежащая к правой доле щитовидной железы с ареолом из кальцитов

С индолетным и экспансивным характером роста кист связано длительное отсутствие клиники и формирование большого образования. Из-за особенностей роста кист могут формироваться синехии с оболочкой сонных артерий, внутренней яремной веной, подчелюстной слюнной железой, черепно-мозговыми нервами (подъязычный, добавочный), что сопровождается болевым синдромом, нарушением фонации, жевания, глотания [35-38]. Кисты шеи встречаются не только в педиатрической практике, но и на третьем и четвертом десятилетиях жизни, реже в более старшем и пожилом возрасте [27, 39, 40].

Злокачественная трансформация кист редкое событие, не более 5% случаев, чаще это случается в области головы и шеи, яичниках и поясничной области [28, 29, 36, 41].

Появление объемного образования в области головы и шеи у пациентов в педиатрической практике может быть связано с дебютом кисты, воспалительными или неопластическими изменениями в лимфатических узлах шеи. Если объемное образование появляется у пациента старше 40 лет, то первоочередной задачей становится исключение злокачественной опухоли (первичная опухоль или метастатическое поражение лимфатических узлов шеи) [23, 42].

В статье приводится клинический случай хирургического лечения пациента, у которого диагностирован папиллярный рак щитовидной железы, аденома щитовидной железы и гигантская дермоидная киста шеи.

Клиническое наблюдение

Пациент Б., 69 лет, обратился в ГБУЗ МО МООД в феврале 2020 г. с жалобами на наличие объемного образования правой половины шеи. При осмотре опухолевое образование правой половины шеи начинается от основания черепа, располагаясь в области правой подчелюстной области, правой передней-боковой поверхности шеи, опускается ниже правой ключицы на переднюю грудную стенку.

Анамнез заболевания более 6 лет, когда появилась опухоль в правой подчелюстной области, не сопровождающаяся клиническими проявлениями, постепенно увеличиваясь в размерах.

При компьютерной томографии от 15.01.2020 в правой половине шеи определяется многокамерное кистозно-солидное («псевдосолидность¹») образование максимальным размером до 26 см, изменяющее топографо-анатомическое расположение структур шеи. Одна из камер проникает в ретрофарингеальное пространство. В правой доле щитовидной железы визуализируется образование с нечеткими границами окаймленное кальцинатами², интимно прилегая к кистозно-солидному образованию правой половины шеи (рис. 1).

По данным ультразвукового исследования шеи от 23.12.2019 всю правую половину занимает кистозно-солидное опухолевое образование размером 25,4x10,2x17,9 см нарушающее анатомическое расположение структур шеи. В области правой доли щитовидной железы не четко визуализируются кальцинаты.

С целью верификации опухоли правой половины шеи выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия под ультразвуковым контролем. При цитологическом исследовании в пунктате обнаружены клетки и структуры, подозрительные на папиллярную карциному щитовидной железы, и клетки, указывающие на брахиогенный характер кисты. При комплексном исследовании отдаленных метастазов не найдено.

Операция в плановом порядке 05.03.2020, наркоз эндотрахеальный. Для контроля расположения пищевода установлен носо-пищеводный зонд. Хирургический доступ — дугообразная цервикотомия в проекции правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы, с удалением избытка кожи. После рассечения

кожи и подкожной мышцы, мобилизованы кожно-мышечные лоскуты. Выделен наружный полюс опухолевого образования, на котором распластанная и истонченная правая грудино-ключично-сосцевидная мышца. При ревизии установлено выраженное смещение внутренней яремной вены кпереди и латерально, стенка ее неразделимо спаяна со стенкой кисты, вена резецирована. Общая сонная артерия значительно смещена латерально и кзади без выраженных синехий. Поэтому технических трудностей при выделении общей сонной артерии не было. Медиальная стенка опухолевого образования в верхней трети интимно спаяна с правой боковой стенкой глотки (в области грушевидного синуса), выполнена резекция правой боковой стенки глотки с наложением непрерывного шва. В нижней трети медиальная стенка опухолевого образования интимно спаяна с правой долей щитовидной железы. При ревизии правая доля увеличена, в ее структуре — плотная опухоль до 3 см в диаметре, в левой доле щитовидной железы пальпируемая опухоль до 1 см в диаметре. Изменения паратрахеальных лимфатических узлов не выявлено. Учитывая результаты предоперационных исследований и интраоперационную картину выполнена тиреоидэктомия с сохранением возвратных нервов и удалена гигантская киста правой половины шеи. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан на 11 сутки.

При морфологическом исследовании установлен папиллярный рак правой доли щитовидной железы (опухолевый узел 3x3 см), прорастающий капсулу железы с ростом в прилежащую жировую клетчатку, с опухолевыми эмболами и ангиолимфатической инвазией. В левой доле щитовидной железы фолликулярная аденома 0,6x0,7 см. Кистозное многокамерное образование шеи — дермоидная киста с гнойным детритом (рис. 2).

Заключительный клинический диагноз — рак правой доли щитовидной железы pT3N0M0 II ст. Аденома левой доли щитовидной железы. Гигантская дермоидная киста правой половины шеи.

Учитывая распространенность РЩЖ и факторы риска пациенту рекомендована терапия радиоактивным йодом, гормональная заместительная терапия.

Заключение

Данный клинический пример иллюстрирует редкую ситуацию сочетания злокачественной и доброкачественной патологии щитовидной железы с гигантской дермоидной кистой шеи

¹ феномен связанный с плотным содержанием кисты из-за длительного времени ее существования [21, 43]

² кальцификация в образовании щитовидной железы косвенно свидетельствует о карциноме [43]

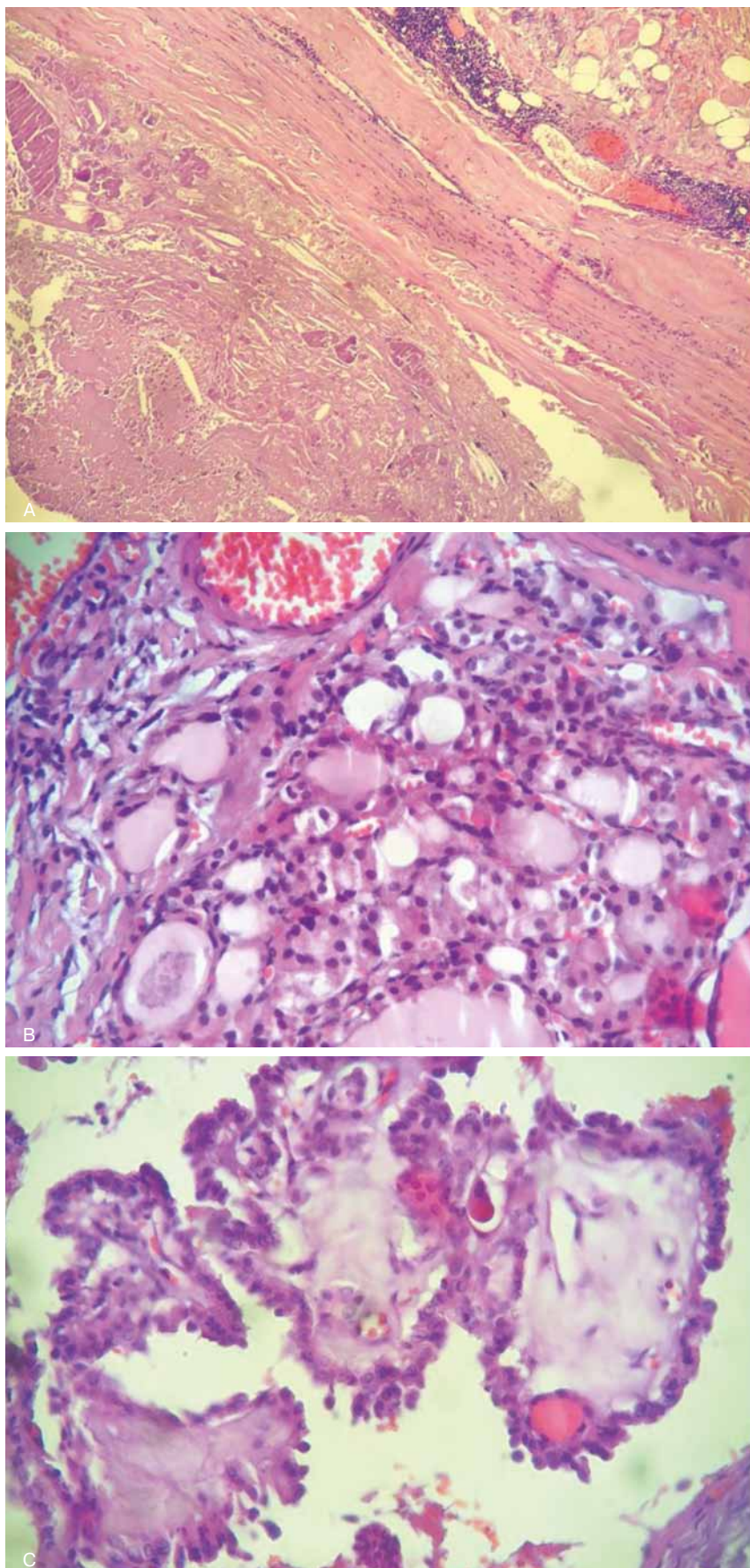


Рис. 2. Микрофотограммы операционного материала
А — стенка дермоидной кисты, окраска гематоксилином и эозином. Ув. x 100;
В — фолликулярная аденома левой доли щитовидной железы, окраска гематоксилином и эозином. Ув. x 400;
С — папиллярный рак правой доли щитовидной железы, окраска гематоксилином и эозином. Ув. x 400

у мужчины пожилого возраста. Активная хирургическая тактика лечения пациента в данной клинической ситуации является адекватной и обоснованной.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки

ЛИТЕРАТУРА

- Bray F. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2018;68(6):394-424.
- Jemal A. et al. Global cancer statistics. CA: a cancer journal for clinicians. 2011; 61(2): 69-90.
- Чиссов В. И., Решетов И. В. Состояние и перспективы оказания помощи больным опухолями головы и шеи в РФ. Сибирский онкологический журнал. 2009:S2.
- Boyle P. et al. World cancer report 2008. — IARC Press, International Agency for Research on Cancer, 2008.
- Li M., Dal Maso L., Vaccarella S. Global trends in thyroid cancer incidence and the impact of overdiagnosis. The Lancet Diabetes & Endocrinology. 2020; 8(6):468-470.
- Roman B. R., Morris L. G., Davies L. The thyroid cancer epidemic, 2017 perspective. Current opinion in endocrinology, diabetes, and obesity. 2017;24(5):332.
- Vaccarella S. et al. Worldwide thyroid-cancer epidemic? The increasing impact of overdiagnosis. N engl j med. 2016;375(7):614-617.
- Петрова Г.В., Старинский В.В., Грецова О.П. Злокачественные новообразования щитовидной железы в России в 1994—2014 гг. Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2017;6(2):33-36.
- Голубцов А.К., Решетов И.В., Мохова Ю.А. Актуальные вопросы диагностики и прогностические факторы рака щитовидной железы. Head and Neck/Голова и шея. Российское издание. Журнал Общероссийской общественной организации "Федерация специалистов по лечению заболеваний головы и шеи". 2013; 2:57-65.
- Ahn H.S. et al. Korea's thyroid-cancer "epidemic"-screening and overdiagnosis. N Engl J Med. 2014; 371(19):1765-1767.
- Carling T., Udelsman R. Thyroid cancer. Annual review of medicine. 2014;65:125-137.
- Holm L.E. et al. Malignant thyroid tumors after iodine-131 therapy: a retrospective cohort study. New England Journal of Medicine. 1980;303(4):188-191.
- Kondo T., Ezzat S., Asa S.L. Pathogenetic mechanisms in thyroid follicular-cell neoplasia. Nature Reviews Cancer. 2006;6(4):292-306.
- Nikiforov Y., Gnepp D. R., Fagin J. A. Thyroid lesions in children and adolescents after the Chernobyl disaster: implications for the study of radiation tumorigenesis. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 1996;81(1):9-14.
- Takano T. Natural history of thyroid cancer. Endocrine journal. 2017;EJ17-0026.
- Chi H. S. et al. Branchial cleft cyst as the initial impression of a metastatic thyroid papillary carcinoma: two case reports. The Kaohsiung Journal of Medical Sciences. 2007;23(12):634-638.
- Cooc A. et al. Papillary thyroid carcinoma metastasis to a branchial cleft cyst: a case report and review of imaging. Clinical Imaging. 2020;64:1-6.
- Gr H. et al. Papillary thyroid carcinoma spreading into branchial cleft cyst. Turkish archives of otorhinolaryngology. 2019;57(2):95.
- Papadakis C. E. et al. Thyroid papillary carcinoma in a branchial cleft cyst—a case report. Journal of Cancer Therapy. 2017;8(03):278.
- Tazegul G. et al. Cystic lateral neck mass: Thyroid carcinoma metastasis to branchial cleft cyst. Journal of Cancer Research and Therapeutics. 2018;14(6):1437.
- Тимофеев А. А. и др. Особенности диагностики, клинического течения и лечения боковых кист шеи. Современная стоматология. 2016(3):82-89.
- De Ponte F. S. et al. Sublingual epidermoid cyst. Journal of Craniofacial Surgery. 2002;13(2):308-310.
- Dutta M. et al. Epidermoid cysts in head and neck: our experiences, with review of literature. Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery. 2013;65(1):14-21
- Handa U., Kumar S., Mohan H. Aspiration cytology of epidermoid cyst of terminal phalanx. Diagnostic cytopathology. 2002;26(4):266-267.
- Mahalakshmi S. et al. Rare Locations of Epidermoid cyst: case reports and review. Ethiopian journal of health sciences. 2016;26(6):595.
- Meyer I. Dermoid cysts (dermoids) of the floor of the mouth //Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. 1955;8(11):1149-1164.
- Sahoo N. K. et al. Dermoid cysts of maxillofacial region. Medical journal armed forces india. 2015;71:S389-S394.
- Sahoo R. K. et al. Two concurrent large epidermoid cysts in sublingual and submental region resembling plunging ranula: report of a rare case. Annals of maxillofacial surgery. 2017;7(1):155.
- Park J. S., Ko D. K. A histopathologic study of epidermoid cysts in Korea: comparison between ruptured and unruptured epidermal cyst. International Journal of Clinical and Experimental Pathology. 2013;6(2):242.
- Prior A. et al. Dermoid and epidermoid cysts of scalp: case series of 234 consecutive patients. World neurosurgery. 2018;120: 119-124.
- Telmesani L. M., Aldriweesh B. A. Atypical presentation of an intradiploic epidermoid cyst. Saudi Medical Journal. 2019;40(6):624-627.
- Brea-Álvarez B., Roldán-Fidalgo A. Quistes en el triángulo cervical posterior en adultos. Acta Otorrinolaringológica Española. 2015;66(2):106-110.
- Brunet-Garcia A. et al. Cystic mass of the floor of the mouth. Journal of clinical and experimental dentistry. 2018;10(3):e287.
- Nakajima K. et al. Subcutaneous dermoid cysts on the eyebrow and neck. Pediatric Dermatology. 2019;36(6):999-1001.
- de Pontes Santos H. B. et al. Dermoid and epidermoid cysts of the oral cavity: a 48-year retrospective study with focus on clinical and morphological features and review of main topics. Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal. 2020;25(3):e364.

36. Tandon P. N., Gupta D. S. Epidermoid cyst in the floor of mouth with sub mental component. *Journal of maxillofacial and oral surgery*. 2014;13(1):59-62.
37. Gaszyńska E., Gaszyński T., Arkuszewski P. Diagnosis and Treatment of Cervical Branchial Cleft Cysts Based on the Material from the Department of Cranio-Maxillofacial Surgery, Medical University in Łódź and Literature Review. *Polish Journal of Surgery*. 2012;84(11):547-550.
38. Chimenos-Küstner E. et al. Hereditary familial polyposis and Gardner's syndrome: contribution of the odontostomatology examination in its diagnosis and a case description. *Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal*. 2005;10(5):402-409.
39. Aydın S. et al. A giant plunging sublingual dermoid cyst excised by intraoral approach. *Journal of maxillofacial and oral surgery*. 2016;15(2):277-280.
40. Turkyilmaz Z., Soñ nmez K., Karabulut R. et al. Management of thyroglossal duct cysts in children. *Pediatr Int*. 2004;46:77-80.
41. Matolych U. D. et al. Diagnostic problems accompanying branhyogenic cancer—a clinical case. *Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland: 1960)*. 2020;73(3):614-618.
42. Larsen C.G. et al. Udredning af knude på halsen hos voksne. *Ugeskrift for Laeger*. 2015;177(39).
43. Mittal M. K. et al. Cystic masses of neck: a pictorial review. *The Indian journal of radiology & imaging*. 2012;22(4):334.

Поступила в редакцию 13.10.2020 г.

A.K. Golubtsov, A.S. Aladin

Surgical treatment of a patient with papillary cancer, follicular adenoma of the thyroid gland and a giant dermoid cyst of the neck

State budgetary institution of health care of the Moscow region «Moscow Regional Oncological Dispensary», Moscow region, g. Balashikha

In the world statistics of malignant tumors, head and neck cancer ranks sixth. More than 500 thousand new cases are diagnosed every year and more than 300 thousand patients die from head and neck cancer [1, 2]. In Russia, head and neck cancer is not a favorite in the overall cancer incidence, but head and neck cancer dominates in the mortality structure. The past two decades have seen an increase in patients with head and neck cancer [3].

Head and neck tumors are a group of malignant neoplasms with different morphological characteristics with a common localization. Most of the tumors are formed from the mucous membrane, so squamous cell carcinoma occurs in 90% of cases [2, 4]. Because of this, it seems that head and neck tumors are not distinguished by great clinical and morphological diversity. But the formation of tissues and organs of the head and neck from different germ layers in embryogenesis, their location in a compact anatomical zone create conditions for the possible synchronous development of tumor formations with different morphological characteristics. Such situations are rare and therefore interesting.

In the article, we present a clinical case of a patient who was simultaneously diagnosed with papillary carcinoma and follicular adenoma of the thyroid gland with a giant dermoid cyst of the neck.

Key words: head and neck cancer; papillary thyroid cancer; follicular adenoma of the thyroid gland; dermoid cyst