

Комбинированные операции при распространенном раке щитовидной железы

В.Ж. Бржезовский, М.В. Ломая

ФГБНУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина»; 115478, Россия, Москва, Каширское шоссе, 24

Контакты: Виталий Жаннович Бржезовский vbr1980@yandex.ru

В работе проанализированы результаты лечения 99 больных дифференцированным раком щитовидной железы (РЩЖ) с распространением опухоли за пределы капсулы органа. В большинстве случаев распространения опухоли на кольца трахеи возможно проведение органосохраняющих операций (от «окончатых» резекций трахеи до ее циркулярной резекции с наложением межтрахеального анастомоза). Выполнение того или иного вида операции зависит от локализации и протяженности опухолевой инвазии трахеи, глотки и пищевода. Применение комбинированных операций при местно-распространенном РЩЖ позволяет добиться в большинстве случаев стойкой и длительной ремиссии заболевания.

Ключевые слова: рак щитовидной железы, комбинированные операции, резекция трахеи

Combined surgery of spread thyroid cancer

V.Zh. Brzhezovsky, M.V. Lomaya

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, 24, Kashirskoye Highway, Moscow, 115478, Russia

Results of treating of 99 patients with differentiated thyroid cancer spreading beyond the capsule of the organ were analysed. In most cases with spreading the tumor to the tracheal rings performing of organ-preserving operations (from “window-like” tracheal resections to circular tracheal resection with intertracheal anastomosis) is possible. Choosing of type of operation to be performed depends on localisation and spread of tumor invasion of trachea, pharynx and esophagus. Using of combined operations in patients with locally-spread thyroid cancer allows to achieve long and stable remission in most of the cases.

Key words: thyroid cancer, combined operations, tracheal resection

Введение

Рак щитовидной железы (РЩЖ), особенно его дифференцированные формы (папиллярный и фолликулярный), характеризуются медленным, торпидным течением. Результаты лечения этой опухоли достаточно благоприятные, особенно ее начальных стадий (Т1, 2). Десятилетняя выживаемость достигает 94 %, двадцатилетняя – 85,5 % [1]. Гораздо худшие результаты лечения получены при распространенности опухоли за пределы капсулы щитовидной железы. Этот признак является самым неблагоприятным в прогностическом плане. Двадцатилетняя выживаемость в этих случаях снижается до 65 % [1]. При распространенности опухолевого процесса на соседние ткани (трахея, гортань, пищевод, мягкие ткани шеи) требуется комбинированное хирургическое вмешательство, которое заключается в удалении или резекции вместе с щитовидной железой указанных органов.

Местно-распространенные РЩЖ с прорастанием гортани, трахеи и пищевода встречаются с частотой от 1 до 16 % среди больных с данной опухолью [2]. Тяжесть и объем поражения при местно-распространенном РЩЖ диктуют применение специфических хирургических подходов. Это комбинированные, расширен-

ные или паллиативные операции. Под комбинированными понимаются вмешательства, где кроме органа, несущего опухоль, резецируется или удаляется полностью соседний орган, в который распространяется опухолевая инвазия. Расширенной называют операцию, при которой удаляются шейные лимфатические узлы (ЛУ) 2–6-й группы с одной или двух сторон шеи. Паллиативная операция – хирургическое вмешательство, при котором после резекции щитовидной железы и/или регионарных ЛУ остается часть опухолевой ткани в стенках органов, ЛУ шеи, средостения и/или отдаленные метастазы рака [2, 3].

Принципы хирургического лечения местно-распространенного РЩЖ на современном этапе включают в себя: удаление всего объема опухоли, сохранение всех жизненно важных структур, стремление к наилучшим функциональным результатам [4].

Понимание адекватности объема оперативного вмешательства при местно-распространенном РЩЖ претерпело значительные изменения на протяжении последних десятилетий. Однако еще в 80-х годах прошлого столетия агрессивное хирургическое вмешательство полагалось некоторыми исследователями как тактика выбора. В 1986 г. было опубликовано наблюдение

18 пациентов старше 45 лет, у которых тотальную или субтотальную тиреоидэктомию и шейную лимфодиссекцию сочетали с удалением других пораженных органов, в 1 случае была проведена ларинготрахеозофагэктомия (с реконструкцией пищеварительного тракта свободным лоскутом с предплечья), в 9 случаях с резекцией трахеи (в 8 случаях — наложение анастомоза конец в конец), в 2 случаях — частичная резекция пищевода, в 6 случаях — резекция внешнего слоя трахеи или пищевода. Один пациент умер в послеоперационном периоде вследствие перфорации сонной артерии, другой скончался от основного заболевания через 4 года после операции. Смерть еще одного наступила от причин, не связанных с основным заболеванием. Все остальные пациенты были живы в период наблюдения 1–5 лет, хотя трем из них дополнительно понадобилось удаление метастазов из ЛУ. Авторы сделали вывод о том, что подобная агрессивная тактика оправдана для случаев местно-распространенного РЩЖ [5]. В это же время Н.С. Grillo et al. на основании наблюдения за 22 пациентами сделали вывод, что при инвазии РЩЖ в трахею наиболее удачной тактикой является резекция и последующая реконструкция дыхательных путей. Трем пациентам в данном исследовании потребовалась также эзофагэктомия с последующей пластикой толстой кишкой. Основным условием отбора больных для подобного вмешательства называлось отсутствие распространенных метастазов [6, 7].

В обзоре, представленном в 2009 г. М. Brauckhoff и Н. Dralle, была указана наблюдаемая ими частота местно-распространенного РЩЖ — 6 % наблюдений, а также 5- и 10-летняя выживаемость после комбинированных операций с полным удалением опухоли — 75 % и 40 % наблюдений соответственно. При этом подчеркивалось, что неполное удаление опухоли оказывает отрицательное влияние на прогноз. Так же как и в более ранних работах, признавалась возможность «соскабливания» опухоли в случае отсутствия трансмурального поражения трахеи или пищевода [8]. Однако в 2010–2011 гг., со ссылкой на ряд ретроспективных исследований, был сделан вывод о том, что «соскабливание» уступало резекции трахеи по показателям длительности безрецидивного периода и выживаемости пациентов [8–10].

Опыт отечественных специалистов также подтверждает тот факт, что, несмотря на длительность, сложность и травматичность расширенных и комбинированных операций, высокий показатель выживаемости (от нескольких месяцев до 10 лет — 83 % наблюдений) полностью оправдывает их применение [11].

Материал и методы

В отделении опухолей головы и шеи с 1995 по 2009 г. находилось на стационарном лечении 285 больных с различными стадиями РЩЖ. В 99 (31 %) случаях опу-

холь распространялась за пределы капсулы щитовидной железы. Кроме того, у 62 (63 %) больных прорастание капсулы сочеталось с метастазами в регионарные ЛУ. Метастазы в легкие до операции диагностированы у 6 (6 %) пациентов. Клинически распространение опухоли за пределы щитовидной железы проявлялось в ограничении подвижности опухоли по отношению к трахее, мягким тканям шеи. У 9 больных диагностирован паралич одной из голосовых складок. В алгоритм обследования обязательно были включены компьютерная томография (КТ) и эндоскопическая ларинго- и трахеоскопия, а также рентгенография пищевода с контрастом.

Результаты

Выход опухолевых клеток в подкожно-жировую клетчатку без инвазии передних мышц шеи был выявлен у 27 пациентов, с инвазией — у 58. При подозрении на инвазию указанных мышц выполнялась их резекция. В ряде случаев опухоль инфильтрировала мышечную стенку глотки и пищевода (9 пациентов). Во время операции этим больным произведена резекция мышечной стенки пищевода, 2 из них — резекция глотки и ларингэктомия. Представляют интерес больные, у которых имелось вращение опухоли щитовидной железы в трахею. Считаем, что так называемое «соскабливание» опухоли с трахеи не является радикальным вмешательством и может применяться только в заведомо паллиативных целях.

При небольшом участке поражения (12 больных) производилась «окончатая» резекция трахеи с закрытием дефекта одной из передних мышц шеи (рис. 1–3). При распространенном вращении рака в трахею 7 больным были произведены циркулярные резекции последней в объеме от 5 до 7 колец (рис. 4–7). Формирование межтрахеального анастомоза выполнено в 6 случаях, у 1 пациентки операция закончена формированием ларинготрахеостомы в связи с вовлечением в процесс перстневидного хряща гортани. Всем больным с целью



Рис. 1. Больной С. Рецидив РЩЖ врастает в трахею и перстневидный хрящ

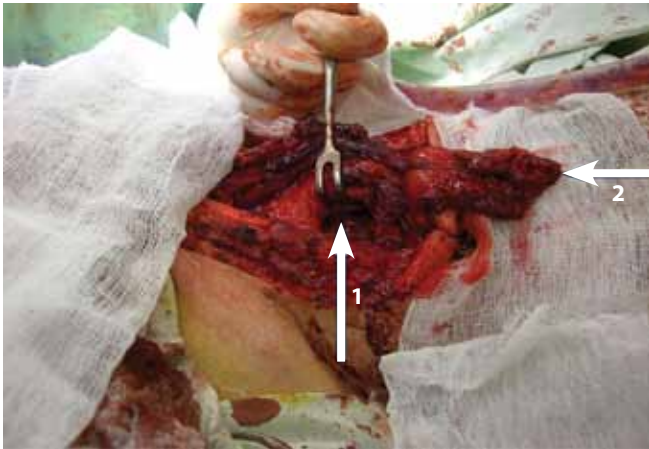


Рис. 2. Тот же больной. Дефект трахеи и гортани, образовавшийся после удаления рецидива РЩЖ (1). В дальнейшем дефект был замещен прямыми мышцами шеи (2)

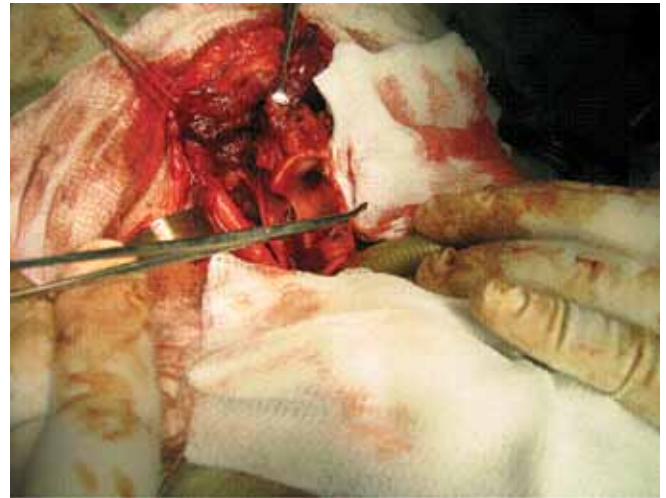


Рис. 5. Этап резекции трахеи

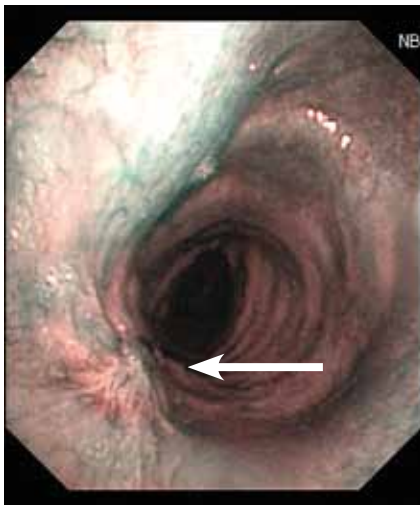


Рис. 3. Вид трахеи при эндоскопическом исследовании через год после ее резекции. Виден послеоперационный рубец

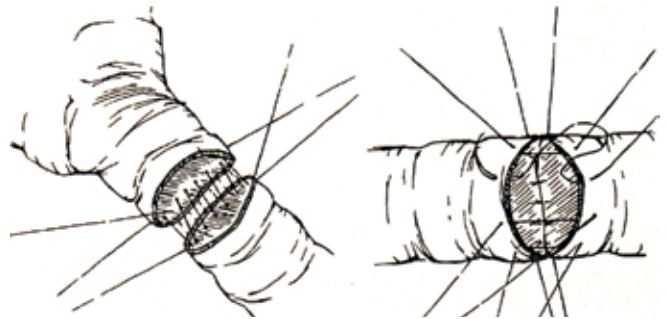


Рис. 6. Схема выполнения межтрахеального анастомоза

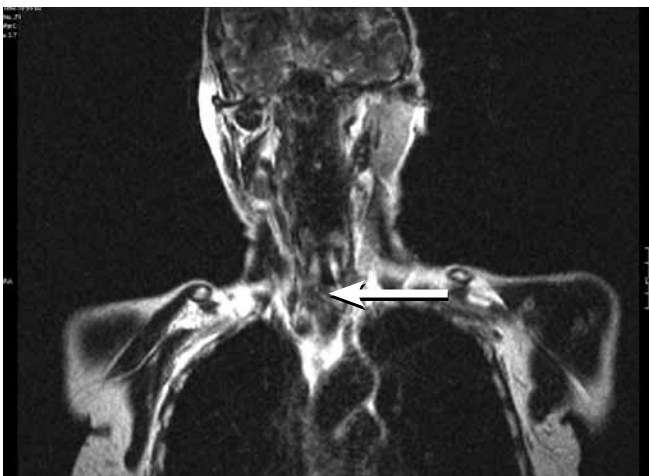


Рис. 4. Больная И. КТ опухоли щитовидной железы с вращением в трахею



Рис. 7. КТ больной И. через год после операции. Пройодимость трахеи в полном объеме

создания благоприятных условий для заживления ран произведены плановые трахеостомии с последующей деканюляцией. В 7 случаях в связи с распространенностью рака в хрящи гортани выполнены ларингэктомии. При анализе результатов лечения выявлено, что 4 пациента умерли в ближайший год наблюдения, остальные наблюдаются от 3 до 12 лет, большинство (86 %) — без признаков рецидива заболевания.

Выводы

При врастании опухолей щитовидной железы в соседние ткани показаны комбинированные операции. Прогноз заболевания при этом достаточно благоприятен. При распространении рака на прямые мышцы шеи можно ограничиться резекцией последних. В большинстве случаев распространения опухоли на кольца трахеи возможно проведение органосохраняющих операций

(от «окончатых» резекций трахеи до ее циркулярной резекции с наложением межтрахеального анастомоза). Выполнение того или иного вида операции зависит от локализации и протяженности опухолевой инвазии трахеи, глотки и пищевода. Применение комбинированных операций при местно-распространенном РЩЖ позволяет добиться в большинстве случаев стойкой и длительной ремиссии заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бржезовский В.Ж., Любаев В.Л., Субраманиан С. Факторы прогноза и хирургическое лечение дифференцированного рака щитовидной железы. Вестник РОНЦ им. Блохина РАМН 2009;20 (прил.):8–9. [Brzhezovskiy V.Z., Lyubayev V.L., Subramanian S. Factors of forecasting and surgical treatment of differentiated thyroid gland cancer. Herald of N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center with Russian Academy of Medical Sciences 2009;20 (appl.): 8–9 (In Russ.)].
2. Петерсон Б.Е. Хирургическое лечение злокачественных опухолей. М.: Медицина, 1976. С. 24. [Peterson B.E. Surgical treatment of malignant tumors. Moscow: Medizina, 1976. P. 24 (In Russ.)].
3. Романчишен А.Ф. Хирургия щитовидной и околощитовидной желез. СПб.: ИПК «Вести», 2009. С. 75–76. [Romanchishen A.F. Surgery of thyroid and parathyroid glands. St. Petersburg: IPC Vesti, 2009. Pp. 75–76 (In Russ.)].
4. Brauckhoff M., Dralle H. Extrathyroidal thyroid cancer: results of tracheal shaving and tracheal resection. Chirurg 2011;82(2): 134–40.
5. Fujimoto Y., Obara T., Ito Y. et al. Aggressive surgical approach for locally invasive papillary carcinoma of the thyroid in patients over forty-five years of age. Surgery 1986 Dec;100(6):1098–107.
6. Grillo H.C., Suen H.C., Mathisen D.J., Wain J.C. Resectional management of thyroid carcinoma invading the airway. Ann Thorac Surg 1992;54(1):3–9.
7. Grillo H.C., Zannini P. Resectional management of airway invasion by thyroid carcinoma. Ann Thorac Surg 1986;42(3): 87–98.
8. Brauckhoff M., Dralle H. Cervicovisceral resection in invasive thyroid tumors. Chirurg 2009;80(2):88–98.
9. Shah J., Patel S.G., Singh B. Head and neck surgery and oncology. Fourth edition. Elsevier, 2012. 838 p.
10. Honings J., Stephen A.E., Marres H.A., Gaissert H.A. The management of thyroid carcinoma invading the larynx or trachea. Laryngoscope 2010;120 (4):682–9.
11. Давыдов М.И., Матякин Е.Г., Попкова Л.П. и др. Комплексная лучевая диагностика и хирургическое лечение местно-распространенного рака щитовидной железы. Материалы межрегиональной конференции с международным участием «Рак щитовидной железы и эндемический зоб». Екатеринбург, 2007. С. 121–122. [Davydov M.I., Matyakin E.G., Popkova L.P. et al. Complex radiation diagnosis and surgical treatment of locally distributed thyroid cancer. Materials of Inter-Regional Conference with International Participation «Thyroid Gland Cancer and Hypothyroidism». Ekaterinburg, 2007. Pp. 121–122 (In Russ.)].