

## 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

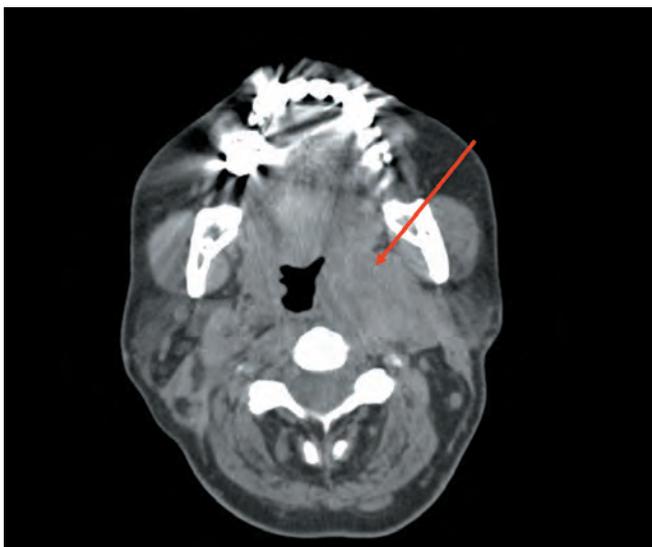


Рис. 1. Компьютерная томография мягких тканей шеи

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 С1, 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

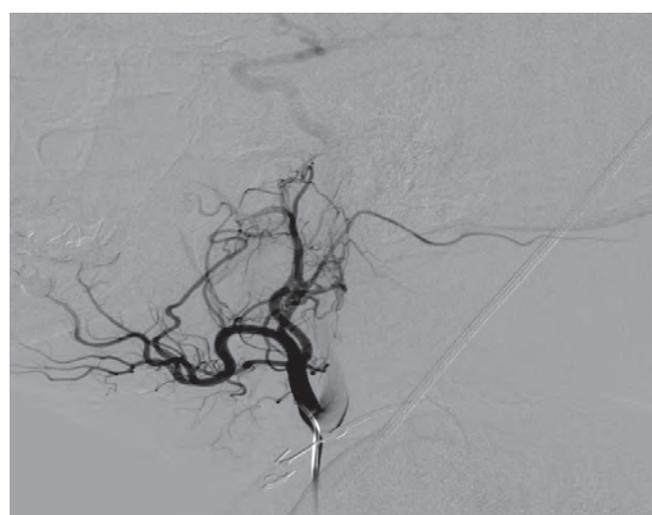
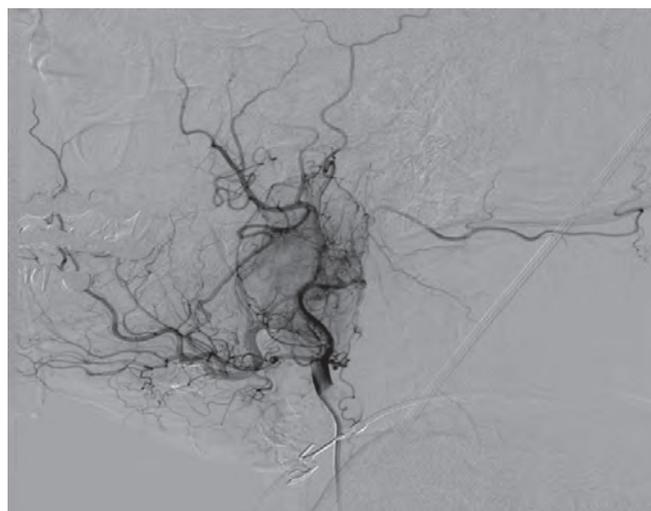


Рис. 2. Ангиография питающих сосудов опухоли

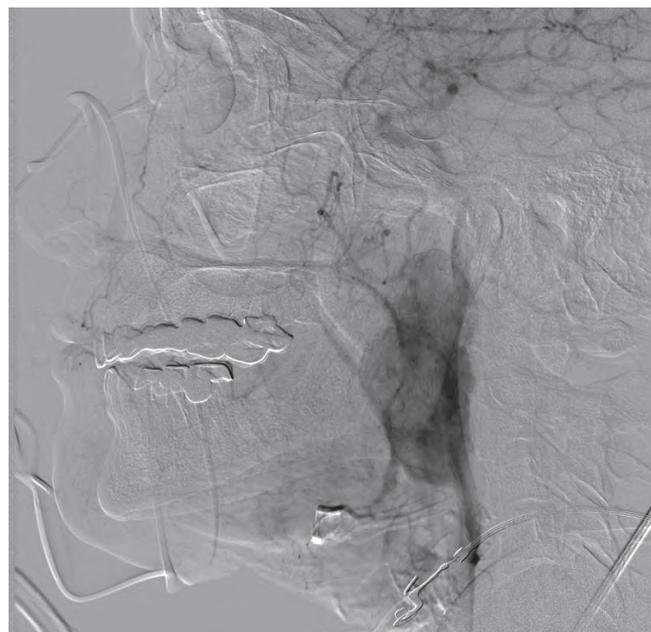


Рис. 3. Ангиография после остановки кровотока

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. Микротописание: 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.