

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ЭКСТРАНОДАЛЬНОЙ ЛИМФОМЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

3.А. Афанасьева, Р.И. Минуллина, Ф.М. Мазитова, Р.Н. Сафин

Казанская государственная медицинская академия

Клинический онкологический диспансер МЗ Республики Татарстан, г. Казань

Первичная экстранодальная лимфома щитовидной железы – достаточно редкое заболевание. В работе представлено 16 наблюдений данной опухоли, которая чаще встречалась у пожилых пациенток. У пяти пациентов была 1АЕ стадия, у 1 – 1БЕ стадия, у 5 – 2АЕ стадия и у 5 – 2БЕ стадия. При своевременной диагностике и адекватном лечении заболевание имеет хороший прогноз.

Ключевые слова: экстранодальная лимфома щитовидной железы.

EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF PRIMARY EXTRANODAL THYROID GLAND LYMPHOMA

Z.A. Afanasyeva, R.I. Minullina, F.M. Mazitova, R.N. Safin

Clinical Oncology Hospital, Kazan,

Kazan State Medical Academy

Primary extranodal thyroid gland lymphoma is a rare disease. We studied 16 cases of primary extranodal thyroid gland lymphoma more frequently observed in old women. Stage 1AE was diagnosed in 5 patients, stage 1BE in 1 patient, stage 2AE in 5 patients and stage 2BE in 5 patients. Prompt diagnosis and appropriate treatment for primary extranodal thyroid gland lymphoma result in a favorable prognosis.

Key words: extranodal thyroid gland lymphoma.

Неходжкинские лимфомы (НХЛ) представляют собой группу гистологически и биологически неоднородных злокачественных новообразований лимфоидной системы с неясной этиологией. На долю НХЛ приходится 5 % впервые выявленных опухолей у мужчин и 4 % – у женщин [4]. Первичный опухолевый очаг может локализоваться в лимфатических узлах (нодальное поражение) или в других органах и тканях (экстранодальное поражение). Экстранодальные варианты составляют 24–48 % среди вновь выявляемых НХЛ. Поражение щитовидной железы при первичной экстранодальной НХЛ встречается в 1,3–6 % случаев [2]. В целом лимфомы щитовидной железы составляют от 2 до 5 % в общей структуре злокачественных новообразований данного органа [1, 3].

Мы располагаем результатами 16 наблюдений первичной экстранодальной лимфомы щитовидной железы. Все больные получали лечение в Клиническом онкологическом диспансере МЗ РТ, из них женщин было 14 (возраст 54–81 год), мужчин – 2 (возраст – 41 и 69 лет). Основными жалобами при поступлении были наличие опухолевого образования на передней поверхности шеи, быстрый его рост, осиплость

голоса, слабость, одышка. Всем больным проводили комплексную диагностику, которая включала УЗИ органов шеи, УЗИ органов брюшной полости, рентгенографию легких, тиреосцинтиграфию, ТАПБ, цитологическое и иммunoцитохимическое исследования, инцизионную биопсию с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием, исследование ТТГ, Т3 и Т4, тиреоглобулина, антител к тиреоглобулину и тиреопероксидазе.

Гистологическое и иммуногистохимическое исследование щитовидной железы выполнено у 10 больных. При современном пересмотре результатов гистологических исследований и иммуногистохимии согласно классификации ВОЗ (2001) диффузная В-клеточная крупноклеточная лимфома диагностирована у 7 больных, лимфома Беркитта – у 1 больной, фолликулярная лимфома – у 1 больной, MALT-лимфома – у 1 больной. У 6 пациентов ввиду их отказа от биопсии и/или исходно тяжелого состояния диагноз верифицирован цитологически и/или иммуноцитохимически.

У 5 больных была 1АЕ стадия, у 1 – 1БЕ стадия, у 5 – 2АЕ стадия, у 5 – 2БЕ стадия. Семерым больным проведено 6 циклов полихимиотера-

пии (ПХТ) по схеме CHOP и дистанционная лучевая терапия; 5 больным – ПХТ по схеме CHOP, 6 циклов; 1 – 3 цикла по схеме CHOP, затем 3 цикла по схеме RCHOP; в одном случае выполнена тотальная тиреоидэктомия с последующей ПХТ по схеме CHOP (6 циклов) и дистанционная лучевая терапия; в двух – тиреоидэктомия и ПХТ по схеме CHOP. Тиреоидэктомия была выполнена у 2 больных при трудностях дифференциальной диагностики (в одном случае – между недифференцированным раком и лимфомой, в другом – между недифференцированным раком, лимфомой и аутоиммунным тиреоидитом). Послеоперационный гипотиреоз компенсирован L-тиroxином, гипопаратиреоз – препаратами кальция и витамина D₃.

Отдаленные результаты: из 16 пролеченных больных с НХЛ щитовидной железы живы 15 пациентов, в т.ч. 1 пациентка находится под динамическим наблюдением более 8 лет, 3 – более 6 лет, 1 – 3 года, 6 – 2 года, 2 – 1 год, 1 – 7 мес, 1 – 5 мес. Одна пациентка умерла через 4 года после лечения.

Приводим клинические наблюдения успешной диагностики и лечения первичной экстрадоральной лимфомы щитовидной железы.

Больная X., 81 год, поступила в КОД МЗ РТ 02.11.05 с жалобами на слабость, одышку, осиплость голоса, появление опухолевидного образования на шее. При объективном обследовании: общее состояние больной средней тяжести, ECOG 2. Легкий стридор. Щитовидная железа увеличена в объеме (зоб II, ВОЗ), плотная, охватывает трахею, уходит за грудину.

При УЗИ и рентгенологическом исследовании выявлено поражение перешейка и правой доли щитовидной железы образованием размером 105x49x59мм, с неоднородной структурой. Данное образование смещает сосуды шеи латерально и кзади, распространяется в верхнее средостение, сужает на 1/2 просвет трахеи. Других очагов поражения не выявлено. В биохимическом анализе крови отмечалось увеличение лактатдегидрогеназы до 409,0 Мед/л. Выполнена пункционная биопсия щитовидной железы. Цитологическое заключение: крупноклеточная лимфосаркома.

Клинический диагноз: крупноклеточная лимфома щитовидной железы I АЕ стадии.

Учитывая тяжесть состояния пациентки, ее возраст, от проведения гистологического исследования решено было воздержаться. Было проведено 6 циклов полихимиотерапии по схеме CHOP-21. После трех циклов химиотерапии отмечалась полная регрессия опухоли, нормализация биохимических показателей крови. Больная перенесла химиотерапию удовлетворительно. Из побочных действий отмечались слабость I степени, алопеция IV степени, гипотиреоз, который компенсирован 100 мкг L-тиroxина. В результате у больной была достигнута полная ремиссия, длительностью на момент контрольного осмотра 17 месяцев.

Больная K., 66 лет поступила в КОД МЗ РТ 01.02.06 с жалобами на дисфагию, наличие опухолевого образования на шее. При обследовании щитовидная железа резко увеличена в объеме (зоб II, ВОЗ). При ЭГДС устье пищевода эндоскопом непроходимо. При фиброларингоскопии: парез ½ гортани. При рентгеноскопии органов грудной клетки трахея в шейном отделе смещена вправо. Общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови – без патологических изменений. Выполнена биопсия щитовидной железы. Гистологическое заключение: в щитовидной железе диффузный инфильтрат из лимфоидных клеток среднего размера с крупными ядрами. Часть клеток опухоли в состоянии апоптоза. На отдельных участках фагоцитирующие гистиоциты создают картину «звездного неба». Видны многочисленные митозы в опухолевых клетках. Опухоль экспрессировала: СД 20, СД 10; Ki-67 в 100 % ядер опухолевых клеток. СД 30 – негатив. СД 3 – позитив только в реактивных Т-клетках. ЭМА, СД 15, ЦКР-РАН – негативная реакция.

Клинический диагноз: лимфома Беркитта I ЕА стадия.

Больная получила 3 цикла ПХТ по схеме CHOP и 3 цикла ПХТ по схеме RCHOP, проведена дистанционная лучевая терапия на щитовидную железу и лимфоузлы шеи в СОД 38 Гр. Была достигнута полная ремиссия длительностью на момент контрольного осмотра 16 мес. У больной развился гипотиреоз, который компенсирован приемом L-тиroxина.

Таким образом, первичная экстрадоральная лимфома щитовидной железы чаще наблюдает-

ся у женщин пожилого возраста. Несмотря на определенные трудности диагностики НХЛ с изолированным поражением щитовидной железы при своевременно установленном диагнозе и соответствующем лечении имеет благоприятный исход.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьева З.А. О трудностях диагностики неходжкинских лимфом щитовидной железы // Сибирский онкологический журнал. 2005. № 2 (14). С. 66–68.

2. Поддубная И.В., Балакирева Ю.Н. Клинико-морфологические особенности и факторы прогноза при первичных экстраподальных неходжкинских лимфомах // Материалы VIII Российского онкологического конгресса. М., 2004. С. 79–81.

3. Поддубная И.В., Демина Е.А. Диагностика и определение распространенности (стадирование) неходжкинских лимфом // Практическая онкология. 2004. Т. 5, № 3. С. 176–184.

4. Хансон К.П., Имянитов Е.Н. Эпидемиология и биология неходжкинских лимфом // Практическая онкология. 2004. Т. 5, № 3. С. 163–168.

Поступила 6.12.07