
СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

УДК: 616.44–006.55+616.44–006.6]–073.48

СЛУЧАЙ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ

**Н.Ю. Быстрова¹, И.Г. Фролова¹, Е.Л. Чойнзонов^{1,2}, С.А. Величко¹,
М.В. Авдеенко¹, С.В. Быстров²**

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск¹

*ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Томск²
634028, г. Томск, ул. Савиных, 12/1, e-mail: Bystrova@vtomske.ru¹*

Представлен редкий клинический случай, а также сложности диагностики множественной эндокринной неоплазии: аденомы паращитовидной железы на фоне рака щитовидной железы. За последние годы произошла переоценка значимости различных диагностических процедур, предложенных для дооперационной топической диагностики аденом паращитовидных желез. Наиболее информативным методом является двухизотопная сцинтиграфия паращитовидных желез с технетрилом.

Ключевые слова: синдром множественной эндокринной неоплазии, аденома паращитовидной железы, рак щитовидной железы, методы лучевой диагностики.

A CASE OF MULTIPLE ENDOCRINE NEOPLASIA

N.Yu. Bystrova¹, I.G. Frolova¹, E.L. Choinzonov^{1,2}, S.A. Velichko¹, M.V. Avdeenko¹, S.V. Bystrov²
*Cancer Research Institute, SB RAMS, Tomsk¹
Siberian State Medical University, Tomsk²*

12/1 Savinykh Street, 634028-Tomsk, e-mail: Bystrova@vtomske.ru¹

A rare clinical case of multiple endocrine neoplasia (parathyroid adenoma with the evidence of thyroid cancer) has been presented. Recently, reevaluation of diagnostic significance in preoperative topical detection of parathyroid gland adenoma has been occurred. Dual isotopic scintigraphy with technitrite is the most informative method in parathyroid adenoma detection.

Key words : syndrome of multiple endocrine neoplasia, parathyroid adenoma, thyroid cancer, imaging techniques.

Сочетанное поражение щитовидной и паращитовидной желез встречается достаточно редко, не чаще чем у 3 % больных первичным гиперпаратиреозом. Синдромы множественной эндокринной неоплазии (МЭН) относятся к наследственной патологии, проявляющейся одновременным образованием опухолей (аденом, рака) и/или гиперпластических изменений в двух и более органах. В большинстве случаев они наследуются по аутосомно-доминантному типу с высокой пенетрантностью измененного мутациями протоонкогена *c-ret* на 10-й хромосоме. Различают два основных синдрома: МЭН I типа и МЭН II типа. В состав синдрома МЭН I типа входят гормонально активные опухоли паращитовидных желез, островкового аппарата поджелудочной железы и аденогипофиза. Синдром множественной эндокринной неоплазии II типа включает в себя: сочетание

рака щитовидной железы, гиперпаратиреоза и феохромоцитомы [3, 4].

Разные эндокринные нарушения могут проявляться одновременно, но чаще развиваются последовательно, с интервалом в несколько лет. С наибольшим постоянством (до 97 % случаев) в составе синдрома выявляется медуллярный рак щитовидной железы. Поражение паращитовидных желез отмечается у 20–60 % больных (аденома, гиперплазия, рак).

Основу диагностики первичного гиперпаратиреоза составляют лабораторные исследования и прежде всего определение в сыворотке крови уровней кальция и паратиреоидного гормона. Выявление главных метаболических нарушений этого заболевания – гиперкальциемии и гиперпаратиринемии – в подавляющем большинстве случаев является прямым доказательством первичного гиперпаратиреоза. За последние годы

произошла переоценка значимости различных диагностических процедур, предложенных для дооперационной топической диагностики аденом околощитовидных желез. Наиболее информативным методом является двухизотопная сцинтиграфия паращитовидной железы с технетрилом. Несомненным достоинством метода являются высокие чувствительность и специфичность, которые, по данным литературы, для одиночных аденом паращитовидных желез достигают 91 % и 99 % соответственно [3, 4]. Этот метод позволяет выявить опухоли паращитовидных желез, расположенные не только в типичных местах, но и на шее или глубоко в средостении. Следует помнить, что, несмотря на высокую специфичность метода, возможно получение ложных результатов исследования из-за накопления радиофармпрепарата в узловых образованиях щитовидной железы, лимфатических узлах. Ультразвуковое исследование – наиболее доступный и безопасный метод топической диагностики. Чувствительность метода составляет 71–85 % и во многом зависит от расположения аденомы, а также от качества аппаратуры и опыта исследователя [2, 5].

Компьютерная и магнитно-резонансная томографии имеют очевидное преимущество перед УЗИ при медиастинальной локализации аденом паращитовидных желез, их расположении позади трахеи и пищевода и размерах узла не менее 1 см. Вместе с тем чувствительность и специфичность этих методов ниже, чем сцинтиграфия паращитовидной железы [1, 2].

В данном сообщении нам бы хотелось отразить трудности диагностики аденомы паращитовидной железы на фоне рака щитовидной железы.

Пациентка К., 47 лет, обратилась в НИИ онкологии СО РАМН 18.12.08 с жалобами на боли в костях таза, позвоночнике, ребрах.

Из анамнеза: Считает себя больной с 2002 г., когда появились боли в позвоночнике. Обследовалась по месту жительства (г. Кемерово). Проведено рентгенологическое исследование, СКТ, МРТ – выявлена деструкция тел позвонков, костей черепа. Неоднократно выполнялось оперативное лечение в объеме спондилодеза С1–III, L1–III, резекции костей черепа. По данным гистологического исследования – дан-

ные за остеобластокластому. Однако появление новых манифестирующих очагов повторялось (подвздошная, плечевая кости, ребра). С подозрением на множественное метастатическое поражение костей скелета больная направлена в НИИ онкологии СО РАМН.

При консультации представленных рентгенограмм, компьютерных томограмм, на фоне диффузного остеопороза определялись множественные разнокалиберные участки деструкции преимущественно литического характера, неправильной формы, без четких контуров в позвонках, ребрах, костях таза. В позвонках также имелись участки деструкции по смешанному типу (рис. 1). Состояние после трепанации в височно-теменной области слева, между телами поясничных позвонков металлическая конструкция цилиндрической формы, находящаяся в центральных отделах. Заключение: необходимо дифференцировать множественное метастатическое поражение костей скелета и паратиреоидную остеодистрофию.

При ультразвуковом исследовании (21.01.09): щитовидная железа расположена низко. Контуры ее четкие, несколько неровные. Паренхима неоднородной крупнозернистой структуры, обычной эхогенности. В нижнем полюсе правой доли определялось гипозоженное объемное образование с крупно-бугристыми нечеткими контурами, 30x35 мм. Структура образования неоднородная, за счет наличия мелких гипер- и гипозоженных включений. Латеральное опре-

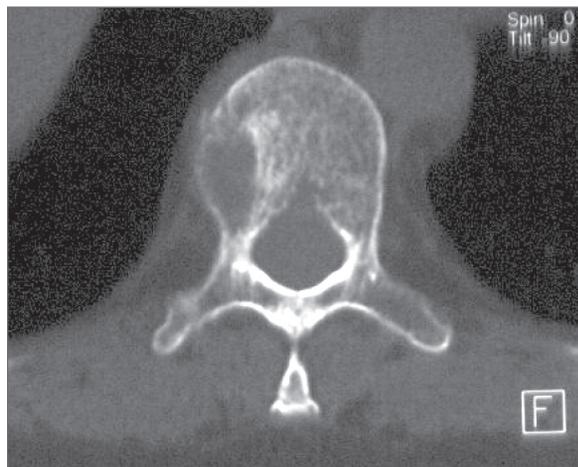


Рис. 1. СКТ грудного отдела позвоночника. Определяются участки деструкции преимущественно литического характера

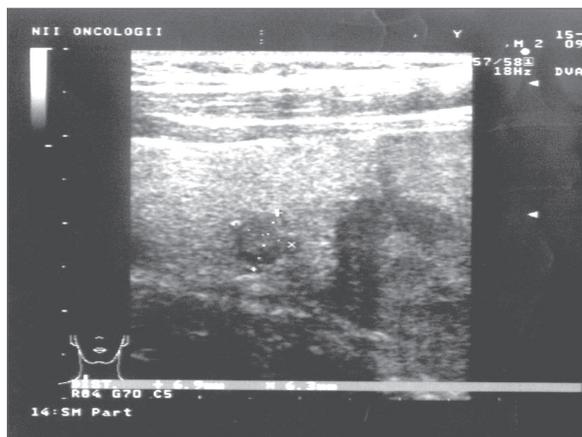


Рис. 2. Эхограмма щитовидной железы. В проекции нижнего полюса правой доли определяется неправильной формы объемное образование с неровными нечеткими контурами



Рис. 3. Двухизотопная сцинтиграфия щитовидной и паращитовидных желез. В проекции правой нижней железы определяется участок гиперфиксации РФП без четких контуров, невысокой интенсивности

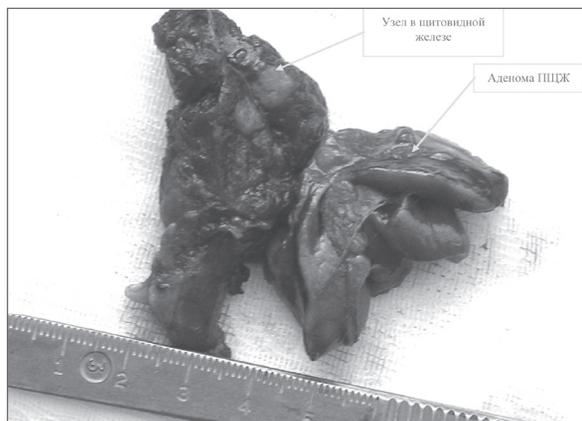


Рис. 4. Операционный макропрепарат. Аденома паращитовидной железы (ПЩЖ) и рак щитовидной железы

делялось гипозоженное образование 10 мм в диаметре, однородной структуры, без четких контуров. По задней поверхности правой доли щитовидной железы, между нижнем полюсом и трахеей имелся участок более низкой эхогенности до 10 мм, неоднородной структуры, за счет гиперэхогенных включений. Участок близко прилежит к основному узлу щитовидной железы. Однозначно высказаться по поводу этого узла сложно. Заключение: объемное образование правой доли щитовидной железы, подозрение на аденому паращитовидной железы (рис. 2). Под контролем ультразвукового исследования выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия узла правой доли щитовидной железы. Цитологическое исследование оказалось неинформативно: коллоид, редкие клетки тиреоидного эпителия.

При ультразвуковом исследовании почек (02.02.09) выявлены множественные конкременты обеих почек.

По данным лабораторных исследований (22.01.09) отмечалось значительное повышение уровня паратгормона до 325,02 нг/мл (норма – 10–65,0), кальция до 3,50 ммоль/л (норма – 2,15–2,57). Уровень кальцитонина в пределах нормы.

При двухизотопной сцинтиграфии щитовидной железы и паращитовидных желез с ^{99m}Tc -пертехнетатом, 75 МБк и с ^{99m}Tc -Технетрилом, 370 МБк (16.12.08) в планарном режиме щитовидная железа расположена обычно, не увеличена. Контуров четкие, ровные. Накопление индикатора диффузно-неоднородное, достоверных данных за наличие узловых образований нет. Накопление РФП в слюнных железах в пределах нормы. Патологической фиксации препарата в регионарных лимфоузлах нет. При исследовании паращитовидных желез (субтракция изображений с ^{99m}Tc -МИБИ и ^{99m}Tc -пертехнетатом) в проекции правой нижней железы определяется участок гиперфиксации индикатора без четких контуров, невысокой интенсивности (рис. 3). Заключение: сцинтиграфических данных за наличие аденомы паращитовидных желез нет, нельзя исключить гипертрофию паращитовидной железы справа.

Пациентке выполнена операция в объеме гемитиреоидэктомии справа с резекцией перешейка, удалена аденома паращитовидной железы (10.02.09). При ревизии выявлено, что

увеличенная до 3,5 см паращитовидная железа располагалась кзади и латерально по отношению к правой доле щитовидной железы и была спаяна с последней. Опухоль мобилизована вместе с долей щитовидной железы. Произведена перевязка сосудистых пучков. Препарат удален с резекцией перешейка. Макропрепарат: резецированная доля щитовидной железы с перешейком – на разрезе в нижнем полюсе одиночный узел до 10 мм в диаметре без четкой капсулы. Паращитовидная железа 35 мм, тесно спаянная с долей щитовидной железы, на разрезе однородная, железистого строения, желтоватого цвета (рис. 4).

При плановом гистологическом исследовании: папиллярный рак щитовидной железы с инвазией в капсулу опухолевого узла на фоне макро- и микрофолликулярного зоба. Светлоклеточная аденома паращитовидной железы.

Послеоперационный период протекал без осложнений, пациентка выписана в удовлетворительном состоянии, под наблюдение онколога по месту жительства. Проведенное этиотропное лечение привело к нормализации структуры костного скелета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ваганова Г.Р., Михайлов И.М. Применение магнитно-резонансной томографии в диагностике заболеваний щитовидной железы // Медицинская визуализация. 2006. № 3. С. 15–19.
2. Денисова Л.Б., Воронцова С.В., Яурова Н.В. Возможности новых лучевых технологий (УЗИ, КТ, МРТ) в диагностике эндокринной патологии // Вестник рентгенологии и радиологии. 2006. № 1. С. 29–43.
3. Зарубина Н.А. Заболевания околощитовидных желез // Клиническое руководство по эндокринологии / Под ред. Н.Т. Стариковой. СПб.: Питер, 2002. С. 182–207.
4. Рожинская Л.Я. Заболевания околощитовидных желез // Болезни органов эндокринной системы: Руководство для врачей / Под ред. И.И. Дедова. М.: Медицина, 2000. С. 397–432.
5. Щетинин В.В., Ионова Е.А., Попович О.М. Роль комплексного ультразвукового исследования при хирургическом лечении узловой патологии щитовидной железы // Медицинская визуализация. 2006. № 3. С. 21–30.

Поступила 20.04.10