

Клинический случай



<https://doi.org/10.24060/2076-3093-2021-11-1-46-50>

Клинический случай выполнения гемитиреоидэктомии слева у пациентки с сочетанным раком щитовидной железы, ранее прооперированной по поводу опухоли правой доли

Мужиков Станислав Петрович —
к.м.н., врач-хирург,
orcid.org/0000-0002-0760-9762

Еременко Марина Юрьевна —
врач-хирург,
orcid.org/0000-0002-9183-6393

*С.П. Мужиков, М.Ю. Еременко**

ООО «Шале Санте», Россия, Краснодар

* **Контакты:** Еременко Марина Юрьевна, e-mail: eremkamarinka@mail.ru

Аннотация

Введение. Сочетанный рак щитовидной железы встречается крайне редко. В настоящее время отсутствует единый подход к выбору метода лечения и объема операции при сочетанном раке.

Цель исследования. Демонстрация клинического случая выполнения гемитиреоидэктомии слева по поводу фолликулярного типа папиллярного рака у пациентки, ранее прооперированной по поводу фолликулярного рака правой доли с повреждением правого возвратного гортанного нерва.

Материалы и методы. В хирургический стационар клиники в декабре 2019 года в плановом порядке поступила пациентка Н. 48 лет с диагнозом: узловой зоб левой доли щитовидной железы. Suspicio с-г левой доли щитовидной железы. Состояние после гемитиреоидэктомии справа 2002 года с послеоперационным парезом правого возвратного гортанного нерва.

Результаты. Пациентке проведено дообследование, выполнена операция в плановом порядке. Патогистологическое заключение соответствовало фолликулярному типу папиллярного рака левой доли щитовидной железы.

Обсуждение. В литературных источниках относительно мало информации о сочетанных раках щитовидной железы. Подобные случаи требуют дальнейшего изучения. Особенностью данного клинического случая также являлся выбранный объем операции и наличие ятрогенного повреждения правого возвратного гортанного нерва в анамнезе.

Заключение. Продемонстрирован клинический случай оперативного лечения с использованием нестандартного объема операции у пациентки с сочетанным раком щитовидной железы, осложненным послеоперационным парезом правого возвратного гортанного нерва в анамнезе.

Ключевые слова: папиллярный рак щитовидной железы, послеоперационные осложнения, парез, повреждения возвратного гортанного нерва, тиреоидэктомия, лимфодиссекция

Для цитирования: Мужиков С.П., Еременко М.Ю. Клинический случай выполнения гемитиреоидэктомии слева у пациентки с сочетанным раком щитовидной железы, ранее прооперированной по поводу опухоли правой доли. Креативная хирургия и онкология. 2021;11(1):46–50. <https://doi.org/10.24060/2076-3093-2021-11-1-46-50>

Left Hemithyroidectomy in Combined Thyroid Cancer with Previous Right Lobe Tumour Surgery: a Clinical Case

Stanislav P. Muzhikov, Marina Iu. Eremenko*

“Shale Sante” LLC, Krasnodar, Russian Federation

* **Correspondence to:** Marina Iu. Eremenko, e-mail: eremkamarinka@mail.ru

Stanislav P. Muzhikov —
Cand. Sci. (Med.), surgeon,
orcid.org/0000-0002-0760-9762

Marina Iu. Eremenko —
surgeon,
orcid.org/0000-0002-9183-6393

Abstract

Background. Combined thyroid cancer is extremely rare. There is no unified approach currently to the choice of treatment and extent of surgery in combined cancer.

Aim. A clinical case description of left hemithyroidectomy for follicular papillary cancer in a patient previously operated for follicular right lobe cancer with right recurrent laryngeal nerve injury.

Materials and methods. Patient N., 48 yo, had a routine surgical admission in December 2019 with nodular goiter in left thyroid lobe. Suspicio c-r of left thyroid lobe. Condition after right hemithyroidectomy in 2002, postoperative paresis of right recurrent laryngeal nerve.

Results. The patient had a routine surgery upon further examination. Morbid histology corresponded to follicular papillary cancer of left thyroid lobe.

Discussion. Combined thyroid cancers are relatively poorly documented, stimulating further case studies. The chosen extent of surgery and iatrogenic injury of right recurrent laryngeal nerve in history are also distinctive of this clinical case.

Conclusion. A non-standard extent of surgery is described in a clinical case of combined thyroid cancer complicated by postoperative paresis of right recurrent laryngeal nerve in history.

Keywords: papillary thyroid cancer, postoperative complications, paresis, recurrent laryngeal nerve injury, thyroidectomy, lymphadenectomy

For citation: Muzhikov S.P., Eremenko M.Iu. Left Hemithyroidectomy in Combined Thyroid Cancer with Previous Right Lobe Tumour Surgery: a Clinical Case. *Creative Surgery and Oncology*. 2021;11(1):46–50. <https://doi.org/10.24060/2076-3093-2021-11-1-46-50>

Введение

Папиллярный рак щитовидной железы выявляется чаще всех остальных видов злокачественных опухолей данной локализации [1]. Заболевание характеризуется относительно благоприятным течением, медленным прогрессированием и невысоким риском образования отдаленных метастазов [2, 3].

Сейчас заболеваемость раком щитовидной железы составляет 2–3 % от всех злокачественных новообразований других локализаций [1, 4, 5]. Его дифференцированные формы имеют относительно благоприятное течение с пятилетней выживаемостью 60–80 %.

При подтверждении подозрений по результатам тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) папиллярного рака рекомендуется сразу выполнить хирургическое вмешательство в объеме, адекватном распространенности опухоли [4]. Объем хирургического вмешательства при дифференцированных формах рака остается обсуждаемым [5–7].

При отсутствии неблагоприятных факторов риска по результатам обследования (поражения лимфатических узлов, наличия благоприятных данных генотипирования) может рассматриваться оперативное лечение в объеме гемитиреоидэктомии, удаление центральной клетчатки на стороне опухоли на усмотрение хирурга с учетом данных дообследования [3, 8–10]. Ведутся споры об эффективности органосохраняющих операций, объеме лимфодиссекции.

В настоящее время отсутствует единый подход к выбору метода лечения и объема операции [11].

Цель исследования

Демонстрация клинического случая выполнения гемитиреоидэктомии у пациентки с сочетанным раком щитовидной железы с парезом правого возвратного гортанного нерва в анамнезе

Материалы и методы

В клинику «Шале Санте» в декабре 2019 года обратилась пациентка Н. 48 лет с жалобами на наличие новообразования в левой доле щитовидной железы. Выполнена тонкоигольная биопсия новообразования под ультразвуковым контролем — цитограмма подозрительна на фолликулярный тип папиллярного рака щитовидной железы. Проведено молекулярно-генетическое исследование. Заключение подтверждает вероятность развития папиллярного рака щитовидной железы. Т3, Т4, ТТГ, антитела к ТПО в пределах нормы.

Из анамнеза. В 2002 году в онкологическом диспансере пациентке выполнена гемитиреоидэктомия справа без лимфодиссекции. Предоставлены официальные документы. При гистологическом исследовании подтвержден фолликулярный рак правой доли щитовидной железы. Во время операции поврежден правый возвратный гортанный нерв. В послеоперационном периоде у пациентки клиника дисфонии, нарушение глотания и дыхания. Два года пациентка занималась с фо尼亚тром с целью восстановления голоса.

В октябре 2019 года при плановом ультразвуковом исследовании у пациентки диагностировали левосторонний

многоузловой зоб: в левой доле множественные узлы до 18 мм. Выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия узла левой доли под ультразвуковым контролем. Получена цитограмма, подозрительная на фолликулярный тип папиллярного рака щитовидной железы. Пациентка обратилась на прием. Дообследована, проведено оперативное лечение. Учитывая отсутствие данных о поражении лимфатических узлов, наличие ятрогенного повреждения правого возвратного гортанного нерва в анамнезе, принято решение выполнить гемитиреоидэктомию слева без лимфодиссекции.

Пациентка информирована, объем операции согласован. Выполнена гемитиреоидэктомия слева без лимфодиссекции. Отказ от лимфодиссекции обусловлен отсутствием данных о поражении лимфатических узлов, высоким риском инвалидизации пациентки. Технические сложности связаны с наличием спаечного процесса на фоне аутоиммунного тиреоидита, наличием повреждения правого возвратного гортанного нерва.

Иссечен старый послеоперационный рубец, послойно рассечены мышцы. При дальнейшей ревизии: в левой доле щитовидной железы плотные узлы до 18 мм.

Для снижения риска травматизации левого возвратного гортанного нерва операция проходила полностью без использования ультразвукового диссектора и электрокоагуляции. Диссекция осуществлялась тупым путем. Левый возвратный гортанный нерв визуализирован на всем протяжении. После удаления левой доли щитовидной железы гемостаз осуществлялся прошиванием кровотокающих капилляров атравматичной нитью 6,0.

Послеоперационная рана дренирована по Редону, ушита послойно. Кожа ушита интрадермальным швом.

Послеоперационный период протекал без развития осложнений. Фонаяция без отрицательной динамики; нарушения глотания, дыхания нет. Дренаж Редона удален на следующий день после операции. Послеоперационная рана без признаков воспаления, заживает первичным натяжением.

Патогистологическое заключение соответствовало картине фолликулярного типа папиллярного рака левой доли щитовидной железы. Таким образом, выставлен клинический диагноз: сочетанный с-г щитовидной железы: фолликулярный тип папиллярного рака левой доли щитовидной железы T1NoMo. Фолликулярный рак правой доли щитовидной железы T1N 0M0. Состояние после гемитиреоидэктомии справа в 2002 году.

Результаты и обсуждение

Представлен клинический случай хирургического лечения папиллярного рака левой доли щитовидной железы. Пациентке выполнена гемитиреоидэктомия слева без лимфодиссекции при отсутствии данных за поражение лимфатических узлов

Данный объем операции связан с высоким риском инвалидизации пациентки, так как она имеет ятрогенное повреждение возвратного гортанного нерва в анамнезе.

Оперативное вмешательство выполнялось без использования электрокоагуляции, ультразвукового скальпеля.

Правильная операционная тактика привела к тому, что послеоперационный период протекал без осложнений.

В литературных источниках, как российских, так и зарубежных, относительно мало информации о сочетанных раках щитовидной железы. Особенностью данного клинического случая является наличие послеоперационного повреждения правого возвратного гортанного нерва в анамнезе, нестандартного объема операции.

Ведутся споры о выборе операционной тактики в зависимости от морфологии рака [1, 5, 12]. Диагностике и лечению папиллярного рака щитовидной железы в последние годы были посвящены рекомендации различных тиреодидологических ассоциаций [13, 14]. Тактика, предлагаемая всеми этими ассоциациями, идентична: лечение папиллярного рака заключается в тиреоидэктомии, по показаниям центральной и/или боковой лимфодиссекции с последующим использованием радиойодтерапии и супрессивной терапии тиреоидными гормонами. Вместе с тем существует и альтернативная тактика японских специалистов, допускающих выполнение органосохраняющих операций [15]. Подобные клинические случаи требуют дальнейшего изучения.

Закключение

Представлен клинический случай сочетанного рака щитовидной железы с послеоперационным повреждением правого возвратного гортанного нерва в анамнезе. Сочетанные раки щитовидной железы являются редкой патологией, подобные случаи требуют дальнейшего изучения, выбор хирургической тактики при которых является дискуссионным.

Правильная операционная тактика (отказ от электрокоагуляции, ультразвукового диссектора), выбор объема операции привели к отсутствию осложнений в послеоперационном периоде.

Информированное согласие.

Информированное согласие пациента на публикацию своих данных получено.

Информация о конфликте интересов.

Конфликт интересов отсутствует.

Информация о спонсорстве.

Данная работа не финансировалась.

Список литературы

- 1 Бельцевич Д.Г., Ванушко В.Э., Румянцев П.О., Мельниченко Г.А., Кузнецов Н.С., Абросимов А.Ю. и др. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению высокодифференцированного рака щитовидной железы у взрослых, 2017 год. Эндокринная хирургия. 2017;11(1):6–27. DOI: 10.14341/serg201716-27
- 2 Younis E. Oncogenesis of thyroid cancer. Asian Pac J Cancer Prev. 2017;18(5):1191–9. DOI: 10.22034/APJCP.2017.18.5.1191
- 3 Gandolfi G., Ragazzi M., Frasoldati A., Piana S., Ciarrocchi A., Sancisi V. TERT promoter mutations are associated with distant metastases in papillary thyroid carcinoma. Eur J Endocrinol. 2015;172(4):403–13. DOI: 10.1530/EJE-14-0837
- 4 Liu T., Yuan X., Xu D. Cancer-specific telomerase reverse transcriptase (TERT) promoter mutations: biological and clinical implications. Genes. 2016;7(7):38. DOI: 10.3390/genes7070038
- 5 Liu R., Xing M. TERT promoter mutations in thyroid cancer. Endocr Relat Cancer. 2016;23(3):R143–55. DOI: 10.1530/ERC-15-0533
- 6 Jin A., Xu J., Wang Y. The role of TERT promoter mutations in postoperative and preoperative diagnosis and prognosis in thyroid cancer. Medicine (Baltimore). 2018;97(29):e11548. DOI: 10.1097/MD.00000000000011548
- 7 Karunamurthy A., Panebianco F., J Hsiao S., Vorhauer J., Nikiforova M.N., Chiosea S., et al. Prevalence and phenotypic correlations of EIF1AX mutations in thyroid nodules. Endocr Relat Cancer. 2016;23(4):295–301. DOI: 10.1530/ERC-16-0043
- 8 Abdullah M.I., Junit S.M., Ng K.L., Jayapalan J.J., Karikalan B., Hashim O.H. Papillary thyroid cancer: genetic alterations and molecular biomarker investigations. Int J Med Sci. 2019;16(3):450–60. DOI: 10.7150/ijms.29935
- 9 Cibas E.S., Ali S.Z. The 2017 Bethesda system for reporting thyroid cytopathology. Thyroid. 2017;27(11):1341–6. DOI: 10.1089/thy.2017.0500
- 10 Haugen B.R., Alexander E.K., Bible K.C., Doherty G.M., Mandel S.J., Nikiforov Y.E., et al. 2015 American thyroid association management Guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: The american thyroid association guidelines task force on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. Thyroid. 2016;26(1):1–133. DOI: 10.1089/thy.2015.0020
- 11 Wei X., Li Y., Zhang S., Gao M. Meta-analysis of thyroid imaging reporting and data system in the ultrasonographic diagnosis of 10,437 thyroid nodules. Head Neck. 2016;38(2):309–15. DOI: 10.1002/hed.23878
- 12 Rossi M., Buratto M., Tagliati F., Rossi R., Lupo S., Trasforini G., et al. Relevance of BRAF(V600E) mutation testing versus RAS point mutations and RET/PTC rearrangements evaluation in the diagnosis of thyroid cancer. Thyroid. 2015;25(2):221–8. DOI: 10.1089/thy.2014.0338
- 13 Ross D.S., Burch H.B., Cooper D.S., Greenlee M.C., Laurberg P., Maia A.L., et al. 2016 American Thyroid Association Guidelines for diagnosis and management of hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis. Thyroid. 2016;26(10):1343–421. DOI: 10.1089/thy.2016.0229
- 14 Perros P., Watkinson J., Williams G.R. British Thyroid Association guidelines for the management of thyroid cancer. Clin. Endocrinol. 2014;81:1–122. DOI: 10.1111/cen.12515
- 15 Ikeda Y., Takami H., Sasaki Y., Takayama J., Kan S., Niimi M. Minimally invasive video-assisted thyroidectomy and lymphadenectomy for micropapillary carcinoma of the thyroid. J Surg Oncol. 2002;80(4):218–21. DOI: 10.1002/jso.10128

References

- 1 Beltsevich D.G., Vanushko V.E., Rumiantsev P.O., Melnichenko G.A., Kuznetsov N.S., Abrosimov A.Yu., et al. 2017 Russian clinical practice guidelines for differentiated thyroid cancer diagnosis and treatment. Endocrine Surgery. 2017;11(1):6–27 (In Russ.). DOI: 10.14341/serg201716-27
- 2 Younis E. Oncogenesis of thyroid cancer. Asian Pac J Cancer Prev. 2017;18(5):1191–9. DOI: 10.22034/APJCP.2017.18.5.1191
- 3 Gandolfi G., Ragazzi M., Frasoldati A., Piana S., Ciarrocchi A., Sancisi V. TERT promoter mutations are associated with distant metastases in papillary thyroid carcinoma. Eur J Endocrinol. 2015;172(4):403–13. DOI: 10.1530/EJE-14-0837
- 4 Liu T., Yuan X., Xu D. Cancer-specific telomerase reverse transcriptase (TERT) promoter mutations: biological and clinical implications. Genes. 2016;7(7):38. DOI: 10.3390/genes7070038
- 5 Liu R., Xing M. TERT promoter mutations in thyroid cancer. Endocr Relat Cancer. 2016;23(3):R143–55. DOI: 10.1530/ERC-15-0533
- 6 Jin A., Xu J., Wang Y. The role of TERT promoter mutations in postoperative and preoperative diagnosis and prognosis in thyroid cancer. Medicine (Baltimore). 2018;97(29):e11548. DOI: 10.1097/MD.00000000000011548
- 7 Karunamurthy A., Panebianco F., J Hsiao S., Vorhauer J., Nikiforova M.N., Chiosea S., et al. Prevalence and phenotypic correlations of EIF1AX mutations in thyroid nodules. Endocr Relat Cancer. 2016;23(4):295–301. DOI: 10.1530/ERC-16-0043
- 8 Abdullah M.I., Junit S.M., Ng K.L., Jayapalan J.J., Karikalan B., Hashim O.H. Papillary thyroid cancer: genetic alterations and molecular biomarker investigations. Int J Med Sci. 2019;16(3):450–60. DOI: 10.7150/ijms.29935

- 9 Cibas E.S., Ali S.Z. The 2017 Bethesda system for reporting thyroid cytopathology. *Thyroid*. 2017;27(11):1341–6. DOI: 10.1089/thy.2017.0500
- 10 Haugen B.R., Alexander E.K., Bible K.C., Doherty G.M., Mandel S.J., Nikiforov Y.E., et al. 2015 American thyroid association management Guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: The american thyroid association guidelines task force on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 2016;26(1):1–133. DOI: 10.1089/thy.2015.0020
- 11 Wei X., Li Y., Zhang S., Gao M. Meta-analysis of thyroid imaging reporting and data system in the ultrasonographic diagnosis of 10,437 thyroid nodules. *Head Neck*. 2016;38(2):309–15. DOI: 10.1002/hed.23878
- 12 Rossi M., Buratto M., Tagliati F., Rossi R., Lupo S., Trasforini G., et al. Relevance of BRAF(V600E) mutation testing versus RAS point mutations and RET/PTC rearrangements evaluation in the diagnosis of thyroid cancer. *Thyroid*. 2015;25(2):221–8. DOI: 10.1089/thy.2014.0338
- 13 Ross D.S., Burch H.B., Cooper D.S., Greenlee M.C., Laurberg P., Maia A.L., et al. 2016 American Thyroid Association Guidelines for diagnosis and management of hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis. *Thyroid*. 2016;26(10):1343–421. DOI: 10.1089/thy.2016.0229
- 14 Perros P., Watkinson J., Williams G.R. British Thyroid Association guidelines for the management of thyroid cancer. *Clin. Endocrinol*. 2014;81:1–122. DOI: 10.1111/cen.12515
- 15 Ikeda Y., Takami H., Sasaki Y., Takayama J., Kan S., Niimi M. Minimally invasive video-assisted thyroidectomy and lymphadenectomy for micropapillary carcinoma of the thyroid. *J Surg Oncol*. 2002;80(4):218–21. DOI: 10.1002/jso.10128