

Първичен плоскоклетъчен карцином на щитовидната жлеза - клиничен случай и преглед на литературата

П. Димов¹, Д. Стефанов¹, Ц. Станимиров¹, Е. Белокошки¹,
Е. Насева²

¹ Клиника по Коремна Хирургия,
Военномедицинска академия, София

² Факултет по Обществено Здраве,
Медицински университет, София

Primary squamous cell carcinoma of the thyroid gland - case report and review of the literature.

P. Dimov¹, D. Stefanov¹, C. Stanimirov¹, E. Belokoski¹, E. Naseva²

¹ Clinic of Abdominal Surgery,
Military Medical Academy, Sofia

² Faculty of Public Health,
Medical University, Sofia

РЕЗЮМЕ

Въведение: Първичния плоскоклетъчен карцином на щитовидната жлеза (ППКЩЖ) е рядко злокачествено новообразоване, което се характеризира с много агресивно поведение и има лоша прогноза. Най-доброто лечение за този тумор е радикална операция и постоперативна химио- и лъчетерапия, въпреки становищата на някои автори, че този тумор е резистентен на консервативно лечение.

Често при поставяне на диагнозата пациентите са с голяма туморна маса в предната част на шията с твърда консистенция. Точната диагноза обикновено се поставя по време на операцията - на бърз хистологичен тест (гефрир).

Клиничен случай: Представяме клиничен случай на 71-годишен мъж, постъпващ в клиниката с отслабване на тегло и бързо нарастваща през последните два месеца туморна маса в областта на шията. МРТ на шията показва туморна формация на левия лоб на щитовидната жлеза, компресираща трахеята и околните структури. Извърши се лява лобектомия с истмектомия. Бързия хистологичен тест показа първичен плоскоклетъчен карцином на щитовидната жлеза. Тумора рецидивира след два месеца и бе извършена реоперация. Пациента завърши с летален изход след няколко месеца.

Изводи: Поради ниската честота и лошото биологично поведение, лечението на ППКЩЖ остава незадоволително. Все още има неясноти относно произхода му и прогностичните фактори. Резултатите от постоперативната химио- и лъчетерапия са противоречиви.

Ключови думи: плоскоклетъчен карцином, тироидектомия, заболяване на щитовидната жлеза.

ABSTRACT

Introduction: Primary squamous cell carcinoma of the thyroid gland (PSCTC) is a rare malignancy, but demonstrates a very aggressive behaviour and has a poor prognosis. Best treatment is radical surgery and postoperative chemo- and radiotherapy, although there are some reports that this tumour is resistant to conservative treatment.

Patients often present with a large tumour mass on the neck with a solid consistency. Diagnosis is usually set during the operation - on a frozen section.

Case report: We present a case of 71-year old man with weight loss and rapidly growing neck mass for the last two months. MRI showed a tumour of the left lobe of the thyroid gland, compressing the trachea and the adjacent structures. A left thyroidectomy with isthmectomy has been performed. Frozen section showed primary squamous cell carcinoma. Tumour recurrence 2 months later led to second operation with the same effect. The patient died in a couple of months.

Conclusion: Because of its rarity and poor biology, treatment of PSCTC remains unsatisfactory. There are still many challenges on its origin, behaviour and prognostic factors. The results of postoperative chemo- or radiotherapy are controversial.

Key Words: squamous cell cancer, thyroid disease, thyroidectomy.

ВЪВЕДЕНИЕ

През последните десетилетия лечението на тироидните карциноми постигна значителен успех, и това е благодарение на мултимодалните стратегии, обхващащи различни специалисти - хирурзи, ендокринолози, онколози и лъчетерапевти. В днешно време диференцирания тироиден карцином се свързва с над 90% десет годишна преживяемост след хирургично лечение. Някои неоплазми обаче, като ниско диференцирания, анапластичния, медуларния и плоскоклетъчния тироиден карцином проявяват по-агресивен характер и все още представляват реален проблем за тироидните специалисти. За щастие са доста редки.

Един от най-агресивните тироидни карциноми е първичния плоскоклетъчен карцином (ППКЩЖ). Заема 0.7-3.4% от тироидните карциноми и малко на брой случаи са представени в световната литература.

Преди един карцином да бъде определен като ППКЩЖ, пациента трябва да бъде изследван за други огнища на плоскоклетъчен карцином, които могат да метастазират в щитовидната жлеза.

ППКЩЖ се изявява като бързо разрастваща се солидна туморна маса с ранно развитие на лимфни и далечни метастази. Повечето пациенти загиват в рамките на 6 месеца след поставяне на диагнозата [1, 2].

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Представяме клиничен случай на 71-годишен мъж, бивш пушач, със среден обезитас (BMI=31), без предишна анамнеза за заболяване на щитовидната жлеза. Пациента е приет в клиниката с прогресиращо увеличаваща се туморна маса в областта на шията през последните два месеца и загуба на тегло при запазен апетит. От изследванията се установи деформиране на шията от туморна маса с твърда консистенция. Параклинични показатели в норма. МРТ дава данни за туморна формация, обхващаща целия ляв дял на щитовидната жлеза, плътно прилепнала за трахеята и околните структури. Пациента бе опериран. Интраоперативно се установи туморна формация на левия дял на щитовидната жлеза, плътно прилепнал към трахеята, достигащ постеролатерално до v.jugularis int. и лявата каротидна артерия без ясни белези за инфилтрация. Десният лоб и истмуса се намериха интактни.

Извърши се лява лобектомия с истмектомия. Левия рекурентен ларингеален нерв и левите парациитовидни жлези не се визуализираха. Туморната фор-

мация се отстри от трахеята и околните структури с помощта на LigaSure Precise. Формацията се отдели от магистралните съдове с помощта на дисектор. Видима инфилтрация не се установи.

Резултата от гефрира показва ППКЩЖ. Имайки предвид лошата прогноза на този тумор и невъзможността за визуализиране на рекурентния нерв и парациитовидните жлези, както и неубедителните данни за абластичност на операцията, преценихме тоталната тироидектомия в този случай за неподходяща.

Следоперативно се извърши цялостен скенер, на който не се установиха данни за други туморни формации или увеличени лимфни възли. Пациента бе изписан на третия постоперативен ден в добро общо състояние и запазена фонация.

Три месеца по-късно на фона на провеждана химиотерапия, пациента бе диагностициран с рецидив на заболяването със симптоми на трахеална компресия и затруднено дишане.

Тумора бе достигнал първоначалните си размери. Пациента се обсъди за реоперация. Извърши се тумор-редуцираща операция с цел облекчаване на симптомите. На 20-и следоперативен ден отново бе налице рецидив със същите размери. Не се препоръча нова хирургична интервенция. Пациента бе докладван на онкокомитет и бе насочен за симптоматично лечение. На петия месец от установяването на диагнозата пациента завърши с летален изход.

ОБСЪЖДАНЕ

ППКЩЖ е рядко срещана неоплазма с малко на брой случаи, докладвани в световната литература. Счита се за изключително агресивен, с лоша прогноза. Засяга най-вече пациенти след петата декада и обикновено се асоциира с предишно тироидно заболяване. В болшинството от случаите пациентите се диагностицират с бързо увеличаваща се туморна маса в областта на шията, последващо от симптоми на компресия и инфилтрация на съседни структури (диспнея, дрезгав глас) и поради това лечението е трудно. Може да са налице и увеличени лимфни възли.

Някои автори смятат този тумор за форма на анапластичния или нискодиференцирания карцином. Данните за неговия произход и поведение са все още недостатъчни и прогностичните фактори са неясни [3-5].

Наличието на сквамозни клетки в щитовидна-

та жлеза е установено доста отдавна [6-8]. LiVolsi и Merino [8] предполагат, че в повечето от случаите, те произлизат от метаплазия на фоликуларни епителни клетки. Счита се, че сквамозни гнезда са налични в почти 40% от ППКЩЖ.

Поради това, че рядко се среща, ролята на химиотерапията и лъчелечението не са добре изучени, въпреки това много проучвания сочат този вид тумор за химио- и лъчерезистентен.

И така, най-доброто лечение включва ранна диагностика и агресивна хирургия с цел постигане на радикална резекция, въпреки, че това често не е постижимо.

Пациентите имат много лоша прогноза и всички загиват в рамките на няколко месеца след операцията [6, 10].

В нашия клиничен случай считаме, че тоталната тироидектомия е неподходяща поради високия риск от двустранна лезия на рекурентния ларингеален нерв и паращитовидните жлези и поради това, че дори и радикалната тотална тироидектомия с лимфна дисекция не подобрява прогнозата и продължителността на живота според данните от литературата.

Запазените фонация и функции на паращитовидните жлези осигуряват на пациентите някакъв комфорт на живот, независимо от неговата продължителност.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ППКЩЖ е много рядък агресивен тумор, даващ средна продължителност на живот около 6 месеца. Често при диагностицирането му, тумора инфилтрира съседни тъкани. След изключване на метастатично заболяване, радикалната тироидектомия с последващо лъчелечение е метод на избор за лечение на това заболяване, въпреки твърдението на някои автори, че тумора е резистентен на консервативно лечение.

Конфликт на интереси: Авторите декларират, че не са налице конфликт на интереси относно публикуването на тази статия.

КНИГОПИС:

1. Hawk WA, Hazard JB. The many appearances of papillary carcinoma of the thyroid. *Cleve Clin Q* 1976; 43: 207–216. | PubMed | ISI | ChemPort |
2. Johnson T, Lloyd RV, Thompson NW, Bierwaltes WH, Sisson JC. Prognostic implications of the tall cell variant of papillary thyroid carcinoma. *Am J Surg Pathol* 1988; 12 (1): 22–27. | PubMed | ISI | ChemPort |
3. Ostrowski ML, Merino MJ. Tall cell variant of papillary thyroid carcinoma: a reassessment and immunohistochemical study with comparison to the usual type of papillary carcinoma of the thyroid. *Am J Surg Pathol* 1996; 20 (8): 964–974. | Article | PubMed | ISI | ChemPort |
4. Bronner MP, LiVolsi VA. Spindle cell squamous carcinoma of the thyroid: an unusual anaplastic tumor associated with tall cell papillary cancer. *Mod Pathol* 1991; 4: 637–643. | PubMed | ISI | ChemPort |
5. Zhuang Z, Berttheau P, Emmert-Buck MR, Liotta LA, Gnarr J, Linehan WM, et al. A new microdissection technique for archival DNA analysis of specific cell populations in lesions less than one millimeter. *Am J Pathol* 1995; 146: 620–625. | PubMed | ISI | ChemPort |
6. Prakash A, Kukreti SC, Sharma MP. Primary squamous cell carcinoma of the thyroid gland. *Int Surg* 1968; 50 (6): 538–541. | PubMed | ChemPort |
7. Goldberg HM, Harvey P. Squamous cell cysts of the thyroid. *Br J Surg* 1956; 43: 565–569. | PubMed | ISI | ChemPort |
8. LiVolsi VA, Merino MJ. Squamous cell in the human thyroid gland. *Am J Surg Pathol* 1978; 2: 133–140. | PubMed | ISI | ChemPort |
9. Gould VE, Gould NS, Benditt EP. Ultrastructural aspects of papillary and sclerosing carcinomas of the thyroid. *Cancer* 1972; 29: 1613–1625. | Article | PubMed | ISI | ChemPort |
10. Motoyama T, Watanabe H. Simultaneous squamous cell carcinoma and papillary adenocarcinoma of the thyroid gland. *Hum Pathol* 1983; 14: 1009–1010. | PubMed | ISI | ChemPort |

Адрес за кореспонденция

Д-р Петко Тодоров Димов
Клиника по Коремна Хирургия,
Военномедицинска академия, София
гр.София, бул. Георги Софийски 3
e-mail: dimovp@gmail.com
тел: 0885051515

Adress for correspondence

Dr. Petko Todorov Dimov
Clinic of Abdominal Surgery,
Military Medical Academy, Sofia
3str. Georgi Sofiyski, Sofia, Bulgaria
e-mail: dimovp@gmail.com
tel: 00359885051515