

ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Г.А. Катанян, С.И. Кижватов, Е.В. Рябченко

Краснодарское муниципальное лечебно-диагностическое объединение, отделение эндокринной хирургии

Г.А. Катанян — врач-хирург второй категории отделения эндокринной хирургии Краснодарского муниципального лечебно-диагностического объединения; С.И. Кижватов — канд. мед. наук., врач-хирург высшей категории, заведующий отделением эндокринной хирургии; Е.В. Рябченко — канд. мед. наук, врач-хирург высшей категории отделения эндокринной хирургии Краснодарского муниципального лечебно-диагностического объединения.

Проанализирован опыт выполнения центральной лимфаденэктомии (ЦЛА) при первичном раке щитовидной железы (РЩЖ) у 224 больных. Все пациенты разделены на группы по результатам дооперационной и интраоперационной диагностики РЩЖ и объему оперативного пособия. С учетом высокой частоты метастазирования в лимфоузлы VI уровня ЦЛА следует выполнять всем больным с первичным РЩЖ независимо от распространенности первичной опухоли.

Ключевые слова: рак щитовидной железы, регионарное метастазирование, центральная шейная лимфаденэктомия.

Central lymphadenectomy for thyroid cancer

G.A. Katanyan, S.I. Kijvatov, E.V. Ryabchenko

Krasnodar Municipal Medicinal Diagnostic Association, Department of Endocrine Surgery,
Krasnodar, Russia

The experience of the central performance of lymphadenectomy (TSLA) with primary thyroid cancer in 224 patients. All patients were divided into groups based on preoperative and intraoperative diagnosis of thyroid cancer and the volume of operational benefits. Taking into account the frequency of metastasis to lymph nodes VI level TSLA should be performed in all patients with primary thyroid cancer regardless of the incidence of the primary tumor.

Key words: thyroid cancer, regional metastasis, the central neck lymph node dissection.

Онкологическая патология ЩЖ занимает одно из важных мест в структуре заболеваемости в Краснодарском крае [4]. Только за последние 15 лет заболеваемость (выявляемость?) РЩЖ выросла на 42% и составила 17,8 на 100 000 населения (при среднероссийском показателе 5,9), а смертность увеличилась на 54,6%, составив 1,8 на 100 000 населения [2]. Это подтверждает необходимость адекватного выбора объема хирургического лечения этой патологии.

Начиная с 6-й редакции классификации TNM (UICC, 2002) группа предгортанных, претрахеальных и паратрахеальных лимфатических узлов при РЩЖ выделена в отдельный непарный VI (центральный) уровень [7, 8]. Лимфоузлы этой группы расцениваются как коллектор 1-го этапа метастазирования РЩЖ (N1a).

Появилось немало работ, посвященных закономерностям метастазирования в регионарные лимфоузлы центральной зоны клетчатки шеи и методикам

выполнения центральной лимфаденэктомии (ЦЛА) [3, 5, 6, 9, 11]. В опубликованных в последние годы рекомендациях по лечению РЩЖ европейских и американских ассоциаций специалистов (ЕТА, ВТА, АТА, ААСЕ, NCCN) предлагается выполнять тиреоидэктомию с одновременной центральной лимфодиссекцией при опухолях более 1–2 см [9, 11, 12]. В российских клинических рекомендациях Согласительной комиссии (2007) предложено превентивное удаление лимфоузлов этой группы при первичном вмешательстве на ЩЖ по поводу рака [1]. Тем не менее вопросы операционной тактики в литературе обсуждаются недостаточно, а выполнение ЦЛА носит лишь рекомендательный характер.

Учитывая важность проблемы, мы анализируем собственный опыт оперативного лечения больных первичным раком ЩЖ, которым выполнялась ЦЛА.

Цель исследования — определить частоту метастазирования в центральную группу лимфоузлов шеи

при РЩЖ и определить необходимость удаления клетчатки этой зоны.

Материал и методы

В период с 2009 по 2011 г. в отделении эндокринной хирургии МБУЗ ГБ № 2 Краснодара оперативные вмешательства на ЩЖ с ЦЛА при первичном РЩЖ выполнены 224 пациентам (194 женщины и 30 мужчин). 81,6% пациентов находились в активном трудоспособном возрасте (см. рисунок).

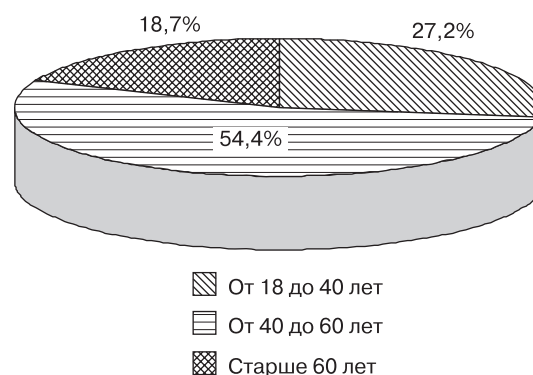
Всем пациентам с очаговыми поражениями ЩЖ выполнялась тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия под ультразвуковым контролем.

Операцией выбора при верифицированном РЩЖ была тотальная экстрафасциальная тиреоидэктомия. При доброкачественных или сомнительных (фолликулярная и гюртлечеточная неоплазия) цитологических данных у пациентов с монолобарным поражением выполнялась экстрафасциальная гемитиреоидэктомия (с удалением перешейка ЩЖ) со срочным интраоперационным гистологическим исследованием. Во всех случаях хирургические вмешательства на ЩЖ и лимфатическом аппарате шеи проводились с интраоперационной визуализацией возвратных гортанных нервов и паращитовидных желез.

По особенностям диагностики РЩЖ и объему оперативного вмешательства пациенты разделены на 4 группы. 1-я группа — 192 (85,7%) пациента с цитологически верифицированным РЩЖ, у которых на основании дооперационного ультразвукового исследования (УЗИ) лимфоузлов II–VI зон шеи было исключено метастазирование в регионарные лимфоузлы. Им была выполнена экстрафасциальная тиреоидэктомия с профилактической ЦЛА.

2-я группа — 15 (6,6%) пациентов с благополучным цитологическим результатом, у которых запланированный объем вмешательства — гемитиреоидэктомия был расширен до тиреоидэктомии с профилактической ЦЛА после срочного гистологического исследования, верифицировавшего РЩЖ интраоперационно.

3-я группа — 5 (2,3%) пациентов с благополучными результатами предоперационного цитологического и интраоперационного срочного гистологического



Распределение пациентов по возрасту.

го исследований. Им выполнена экстрафасциальная гемитиреоидэктомия с удалением перешейка ЩЖ. У этих пациентов РЩЖ диагностирован после получения окончательного результата гистологического исследования. В этих случаях тотальная тиреоидэктомия с профилактической ЦЛА выполнялась вторым этапом хирургического лечения.

4-я группа — 12 (5,3%) пациентов с регионарным метастазированием в лимфоузлы II–V уровня (стадия pT1–4aN1b), верифицированным до операции цитологически. Им выполнена экстрафасциальная тиреоидэктомия в сочетании с лечебными ЦЛА (VI уровень) и фасциально-футлярной лимфаденэктомией (II–V уровень).

Результаты и их обсуждение

Оценку результатов проводили по данным окончательного гистологического исследования. Учитывали гистологическую структуру, размер опухоли (стадия РЩЖ по TNM 7-й редакции) и наличие регионарных метастазов. Гистологическая характеристика РЩЖ представлена в табл. 1.

В исследованных группах преобладали пациенты с высокодифференцированной папиллярной карциномой. В 2 раза более низкая, чем общестатистическая, частота фолликулярного РЩЖ была обусловлена трудностями дооперационной цитологической и интраоперационной срочной гистологической диагностики этой патологии.

Таблица 1. Гистологическая структура РЩЖ в исследованных группах

Морфологический тип РЩЖ	Группа пациентов				Количество пациентов	
	1-я	2-я	3-я	4-я	абс.	%
Папиллярный	154	12	5	9	180	80,4
Фолликулярный	36	3	—	2	41	18,3
Медулярный	2	—	—	—	2	0,9
Низкодифференцированный	—	—	—	1	1	0,4
Итого	192	15	5	12	224	100

Таблица 2. Стадия опухоли (Т) в исследованных группах

Размеры и распространенность опухоли в ЩЖ (Тn)	Группа пациентов				Количество пациентов	
	1-я	2-я	3-я	4-я	абс.	%
T1a	38	—	—	—	38	17,0
T1b	65	1	1	—	67	29,9
T2	71	9	2	3	85	37,9
T3	18	5	2	8	33	14,8
T4a	—	—	—	1	1	0,4
Итого	192	15	5	12	224	100

Таблица 3. Частота выявления регионарных метастазов VI зоны шеи после тиреоидэктомии с ЦЛА у пациентов 1-й группы

Размеры и распространенность опухоли в ЩЖ (Tn)	Количество пациентов						Частота регионарных метастазов, %
	всего		без регионарных метастазов		с регионарными метастазами		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
T1a	38	19,8	27	14,0	11	5,7	28,9
T1b	65	33,8	48	25,0	17	11,5	26,2
T2	71	37,0	49	25,5	22	8,9	31,0
T3	18	9,4	12	6,3	6	3,1	33,3
T4a	—	—	—	0	—	0	—
Итого	192	100	136	70,8	56	29,2	29,2

Стадирование опухолевого процесса в ЩЖ по критерию Т (классификация TNM 7-й редакции, UICC, 2009) представлено в табл. 2.

В большей части наблюдений РЩЖ был представлен опухолями диаметром от 1 до 4 см (T1b–T2), не распространяющимися за пределы ЩЖ. У 37 (16,5%) больных было внутриорганный метастазирование в контралатеральную долю (mT1b–3), не выявленное до гистологического исследования. У 26 из них был папиллярный, у 11 – фолликулярный рак.

В 1-й группе пациентов по данным заключительного гистологического исследования папиллярный, фолликулярный и медулярный РЩЖ выявлен соответственно в 154 (80,2%), 36 (18,8%), 2 (1%) случаях. Эти наблюдения оказались наиболее информативными для оценки частоты регионарного метастазирования. Полученные после выполнения профилактической ЦЛА сведения о частоте регионарных метастазов в этой группе представлены в табл. 3.

При папиллярном РЩЖ регионарные метастазы обнаружены у 53 (34,4%) больных, при фолликулярном – у 3 (8,3%). В 2 случаях медулярного РЩЖ регионарного метастазирования не было.

У 15 пациентов 2-й группы, у которых решение о расширении объема оперативного вмешательства до тотальной тиреоидэктомии с профилактическим ЦЛА было принято после срочного интраоперационного гистологического исследования, имелся па-

пиллярный РЩЖ. Метастазы в лимфатические узлы VI зоны шеи выявлены у 3 (20%) из них.

У 5 пациентов 3-й группы, перенесших ранее гемитиреоидэктомию, тотальная тиреоидэктомия с профилактической ЦЛА выполнена вторым этапом хирургического лечения. У всех этих пациентов имелся папиллярный рак. Регионарных метастазов в этих случаях не обнаружено.

Из 12 пациентов 4-й группы с РЩЖ (pT2–4; N1b) с цитологически подтвержденным метастазированием в лимфоузлы II–V зон шеи у 10 обнаружены метастазы и во все группы лимфоузлов, включая VI зону шеи. В 3 из этих наблюдений метастазы VI зоны шеи были двусторонними.

Таким образом, частота метастазирования в регионарные лимфатические узлы шеи при высокодифференцированном РЩЖ высока и достигает 36,1% при папиллярной и 12,2% при фолликулярной карциноме и не зависит от размера опухоли. Частота внутриорганный метастазирования составляет соответственно 14,4 и 26,8%. Современные ультразвуковые и цитологические методы диагностики при РЩЖ не позволяют выявить внутриорганный и регионарный метастазирование в основной лимфатический коллектор – VI зону клетчатки шеи на дооперационном этапе. Это требует применения радикальной хирургической тактики с обязательным тотальным удалением ткани ЩЖ и центрального лимфатического коллектора шеи.

Выводы

1. Методом выбора хирургического лечения высокодифференцированного РЩЖ независимо от размеров и цитологической характеристики опухоли должна быть тотальная тиреоидэктомия.

2. Тотальная тиреоидэктомия при высокодифференцированном РЩЖ должна сочетаться с выполнением центральной (билатеральной) шейной лимфаденэктомии.

Список литературы

1. Диагностика и лечение дифференцированного рака щитовидной железы. Национальные клинические рекомендации, принятые на XI Российском онкологическом конгрессе и IV Всероссийском тиреоидологическом конгрессе. Эндокр. хир. 2008; 1: 3–5.
2. Дикарев А.С. Распространенность злокачественных новообразований щитовидной железы и совершенствование медицинской помощи больным: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. С.Пб., 2007.
3. Лушников Е.Ф., Втюрин Б.М., Цыб А.Ф. Микрокарцинома щитовидной железы. М.: Медицина, 2003.
4. Онкологическая служба Краснодарского края в фактах и цифрах за 10 лет (1995–2004 гг.) / Под ред. Ю.Е. Дудика, Л.Г. Тесленко. Краснодар: Совет. Кубань, 2005.
5. Романчишен А.Ф., Колосюк В.А., Багатурия Г.О. Рак щитовидной железы – проблемы эпидемиологии, этиопатогенеза и лечения. СПб: Издательство Welcome, 2003.
6. Румянцев П.О., Ильин А.А., Румянцева У.В., Саенко В.А. Рак щитовидной железы: Современные подходы к диагностике и лечению. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
7. Cancer Staging Manual: 6th edition / American Joint Committee of Cancer. Springer., 2002.
8. Comparison Guide: Cancer Staging Manual 5–6. 5th versus, 6th edition / American Joint Committee of Cancer // www.cancerstaging.org. Chicago: AJCC, 2002.
9. Lucioni Marco. Practical Guide to Neck Dissection. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag, 2007.
10. Summary of Changes: Understanding the Changes from the Sixth to the Seventh Edition of the AJCC Cancer staging Manual / American Joint Committee of Cancer // www.cancerstaging.org. Chicago: AJCC, 2009.
11. Pocket Guide to Neck Dissection Classification and Tnm Staging of Head and Neck Cancer / Tditors: Deshler D.G., Day T., American Academy of Otolaryngology. Head & Nec, 2008.
12. Thyroid Carcinoma. V.2.2007 // NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology // National Comprehensive Cancer Network // www.nccn.org. NCCN, 2007.