

МЕТАСТАЗ СВЕТЛОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПОЧКИ В ЩИТОВИДНУЮ ЖЕЛЕЗУ И ГОРТАНЬ

С. Карпищенко, доктор медицинских наук, профессор,
М. Рябова, доктор медицинских наук, профессор,
О. Долгов,
О. Колесникова, кандидат медицинских наук,
Р. Грозов, кандидат медицинских наук,
М. Колесник
Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова
E-mail: oidolgov@yandex.ru

В структуре злокачественных новообразований гортани вторичные опухоли встречаются крайне редко. Приводится случай метастаза светлоклеточного рака почки в щитовидную железу и гортань, приведшего к развитию стеноза верхних дыхательных путей. Описаны сложности, с которыми столкнулись авторы в ходе верификации патологического процесса, обоснован выбор хирургического лечения.

Ключевые слова: вторичные опухоли гортани, светлоклеточный рак, метастаз, стеноз гортани.

По данным литературы, доля злокачественных опухолей гортани в структуре злокачественных новообразований головы и шеи — 30–40%, в структуре всех злокачественных опухолей — до 2,5%. Рак гортани преимущественно встречается у мужчин 35–65 лет и чаще всего (до 98% случаев) представлен плоскоклеточной формой [3, 7]. Вторичные опухоли гортани крайне редки — <1% всех злокачественных опухолей гортани. Среди вторичных опухолей встречаются метастазы меланом, злокачественных новообразований почки, аденокарцином и мезенхимальных опухолей [2, 6, 8]. В настоящее время эндоскопический эндоларингеальный подход наиболее распространен как метод биопсии и хирургического лечения новообразований гортани [5].

На долю светлоклеточного рака почки (СРП) приходится 70–80% всех почечно-клеточных раков; развивается он из эпителия проксимальных канальцев; благодаря наличию гликогена при окраске гематоксилином и эозином цитоплазма опухолевых клеток приобретает светлую окраску. СРП отличается большим количеством кровеносных и лимфатических сосудов, что объясняет преимущественное лимфогенное и гематогенное метастазирование [4]. Чаще всего при СРП вторично поражаются легкие (48% случаев), лимфатические узлы (45%), кости (30%), реже — печень (28%), контралатеральная почка и надпочечник (17%). Редко (в 2,9% случаев) встречаются имплантационные метастазы в послеоперационный рубец и еще реже — случаи метастатического поражения селезенки, щитовидной и молочных желез, желчного пузыря, кожи [1, 4].

Вашему вниманию предлагается клиническое наблюдение метастазирования СРП в щитовидную железу (ЩЖ) и гортань.

Пациент М., 66 лет, поступил в ЛОР-клинику Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета (ПСПбГМУ) им. И.П. Павлова в октябре 2013 г. с диагнозом: субкомпенсированный стеноз гортани, новообразование правой голосовой складки (?); состояние после нефрэктомии слева по поводу СРП (апрель 2007 г.); состояние после правосторонней струмэктомии (метастаз СРП; октябрь 2012 г.).

Из анамнеза: считает себя больным с 2007 г., когда при выполнении компьютерной томографии (КТ) органов брюшной полости была диагностирована опухоль левой почки 9×8×8 см. В апреле 2007 г. пациенту было проведено оперативное вмешательство: нефрадrenaлэктомия слева, спленэктомия, лимфодиссекция по ходу брюшной аорты. Гистологическое заключение: светлоклеточный рак G3 с очаговым прорастанием капсулы.

Послеоперационный период осложнился кишечной непроходимостью, острым панкреатитом, острым мезентериальным тромбозом, абсцессом забрюшинного пространства, пневмотораксом, тромбоэмболией мелких ветвей легочной артерии (ТЭЛА). Проводилось оперативное лечение: неоднократные релапаротомии, гемиколэктомия справа, резекция 2/3 тонкой кишки, дренирование плевральной полости, санация забрюшинного пространства, а также в связи с длительным пребыванием на искусственной вентиляции легких была выполнена трахеотомия по Бюрку. Больной получал антибактериальное лечение, общеукрепляющую терапию. Через 99 дней был выписан под наблюдение уролога, онколога.

В октябре 2012 г. у пациента был диагностирован метастаз СРП в правую долю ЩЖ и выполнена

ее резекция. Гистологическое заключение от 06.11.12: гистологическое строение опухоли и иммунофенотип опухолевых клеток соответствуют метастазу светлоклеточного почечно-клеточного рака в ЩЖ. Послеоперационный период осложнился параличом правой голосовой складки, пациент отметил изменение голоса. В последующие несколько месяцев наблюдались постепенное улучшение голосовой функции и ухудшение дыхания. Резкие затруднения дыхания возникли в августе 2013 г., после чего пациент обратился в ЛОР-клинику ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

При обследовании по данным фиброларингоскопии: просвет гортани сужен до 2–3 мм в поперечном размере за счет новообразования правой голосовой складки. Правая половина гортани неподвижна. Показаний к выполнению трахеотомии на момент осмотра нет. По данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) шеи от 03.10.13 определяется объемное образование гортани, выполняющее правую голосовую и вестибулярную складки и распространяющееся на подскладочный отдел. Размер новообразования – 2,9×4,3×2,5 см. Выявлен переход патологического процесса на смежные отделы гортани (рис. 1).

Результаты спирометрии: стеноз внегрудных отделов дыхательных путей. Для определения тактики дальнейшего ведения пациента, гистологической верификации патологического процесса, локализующегося в гортани, и увеличения проходимости дыхательных путей 23.10.13 в условиях наркоза и прямой микроларингоскопии полупроводниковым лазером при мощности 8 Вт правая голосовая складка удалена с захватом патологически измененных тканей. Во время оперативного вмешательства открылось выраженное артериальное кровотечение из зоны резекции, остановленное с помощью монополярного коагулятора (рис. 2). Факт выраженного кровотечения и наличие визуально измененной ткани в области резекции позволили предположить, что биопсия была проведена с захватом опухолевой ткани.

Результаты гистологического заключения патологоанатомических лабораторий 2 независимых медицинских учреждений свидетельствовали об отсутствии опухолевых структур в биопсийном материале. Заключение №1: многослойный плоский эпителий с участками атрофии, в подлежащих отделах – фиброз и ангиоматоз; в исследованном материале опухолевых структур не обнаружено. Заключение №2: кусочки стенки гортани, покрытые многослойным плоским эпителием без признаков атипии; опухолевые элементы не обнаружены.

Отсутствие морфологически подтвержденных опухолевых структур в биопсийном материале и наличие у пациента серьезных послеоперационных осложнений в анамнезе (ТЭЛА, мезентериальный тромбоз, пневмоторакс и др.) вынудили хирургов-оториноларингологов воздержаться от выполнения ларингэктомии – инвалидизирующего оперативного вмешательства. В связи с этим было принято решение о наблюдении пациента в условиях стационара.

В послеоперационном периоде пациент получал массивную антибактериальную и противоотечную терапию, несмотря на которую отмечались стойкое ухудшение голоса, признаки дисфагии, нарастающее

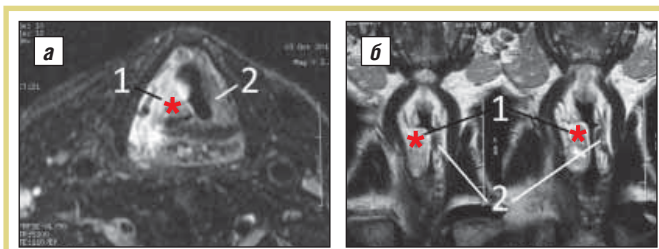


Рис. 1. МРТ шеи; 1 – правая голосовая складка; 2 – левая голосовая складка; * – объемное новообразование в толще тканей; а – горизонтальная, б – сагиттальная проекция

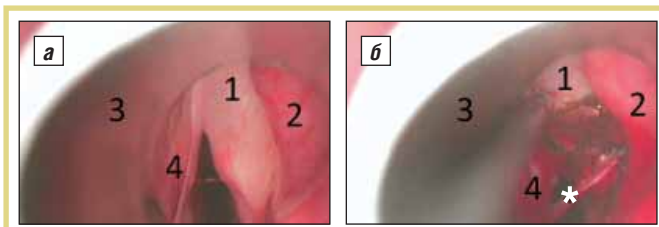


Рис. 2. Прямая опорная микроларингоскопия; 1 – правая голосовая складка; 2 – правая вестибулярная складка; 3 – ларингоскоп; 4 – левая голосовая складка; а – правая голосовая складка отечна, увеличена, частично перекрывает голосовую щель; б – этап биопсии правой голосовой складки; * – артериальное кровотечение из области резекции

ухудшение дыхания, в связи с чем через 2 нед после биопсии была наложена трахеостома.

Для оценки динамики патологического процесса в области гортани 26.11.13 была выполнена КТ шеи. Заключение: отмечаются продолженный рост новообразования с нечеткими неровными контурами, вызывающий сужение, деформацию и полную обтурацию просвета гортани на протяжении до 1,5 см, а также инвазия новообразования в хрящи гортани с признаками их деструкции и распространением на нижние отделы надгортанника справа. Размеры новообразования – 3,6×3,7 см аксиально и 6,5×7,5 см вертикально. Голосовые складки не дифференцируются. Нельзя исключить вовлечение в патологический процесс проксимального отдела трахеи справа (рис. 3).

С учетом очевидного прогрессирования новообразования принято решение о дообследовании пациента на предмет наличия абсолютных противопоказаний для оперативного лечения и выявления метастазов СРП других локализаций.

В комплекс дополнительных исследований входили: КТ органов грудной клетки и брюшной полости; фиброbronхоскопия с цитологическим исследованием содержимого на наличие атипичных клеток; исследование мокроты на БК; консультации терапевта, фтизиатра и торакального хирурга. Данных о метастатическом поражении других органов не выявлено. Абсолютных противопоказаний для оперативного лечения в объеме ларингэктомии не установлено.

Ввиду наличия верифицированного метастаза СРП в ЩЖ справа, прогрессирующего роста опухоли в области ЩЖ после струмэктомии справа (подтвержден данными фиброларингоскопии и результатами КТ), несмотря на отсутствие данных за опухолевый процесс при биопсии правой голосовой складки, для удаления новообразования, предупреждения инвазии опухоли в крупные сосуды шеи и снятия интоксикационного синдрома 09.12.13 выполнена расширенная ларингэктомия. Особенности операции: повышенная кровоточивость тканей, инфильтрированных опухолевым процессом. Послеоперационный период протекал без особенностей, пациент получал зондовое питание, проводились антибактериальная терапия, коррекция водно-солевого обмена, симптоматическая терапия, перевязки.

Гистологическое исследование подтвердило наличие метастаза СРП (рис. 4, 5).

При сравнении данных гистологического исследования с таковыми при исследовании первичной опухоли (почка) был подтвержден метастаз почечно-клеточного (светлоклеточного) рака в стенку гортани с инвазией в мышечную ткань.

Спустя 15 дней пациент был выписан под наблюдение ЛОР-онколога. Рекомендована консультация уролога-онколога на предмет целесообразности проведения химиотерапии. При контрольном осмотре через 3 мес после выписки пациент отмечал свободное прохождение пищевого комка по пищеводу, отсутствие воспаления в области послеоперационной раны, незначительное образование корочек в области трахеостомы (рис. 6).

Интерес представленного клинического примера заключается в выявлении у пациента редко встречающейся вторичной опухоли гортани, обусловленной метастазирова-

нием СРП. Вероятнее всего, наличие патологического процесса в гортани стало следствием местного продолженного роста опухоли после удаления метастаза правой доли ЩЖ. Как правило, выполнение объемной операции – ларингэктомии – должно быть обосновано наличием морфологически

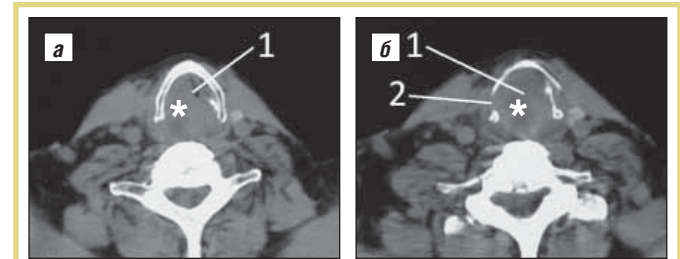


Рис. 3. КТ гортани; 1 – обтурация просвета гортани опухолью; 2 – деструкция хрящей гортани; * – опухолевая ткань; а – уровень голосовых складок; б – подскладочный уровень

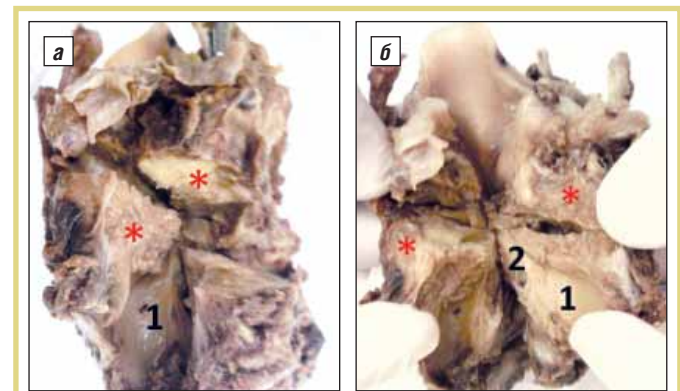


Рис. 4. Макропрепарат гортани (вид сзади, на разрезе); а – на разрезе определяются участки разрастания ткани эластической консистенции, желто-коричневого цвета, прорастающие все слои стенки гортани; *: 1 – слизистая оболочка; б – на разрезе определяются участки разрастания ткани эластической консистенции, желто-коричневого цвета, прорастающие все слои стенки гортани; *: 1 – слизистая оболочка; 2 – сходящийся к центру дефект от трахеотомической трубки

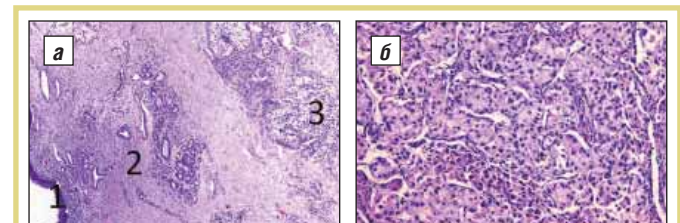


Рис. 5. Микроскопическое исследование гортани, окраска гематоксилином и эозином; а – ×40; слизистая оболочка выстлана многоядным мерцательным эпителием с признаками десквамации поверхностного слоя клеток (1); в подслизистом слое определяются диффузная умеренная лимфоцитарная инфильтрация и разрастание соединительной ткани (2); определяются поля разрастания ткани, состоящей из клеток со светлой цитоплазмой; тип роста – солидный (метастаз почечно-клеточного рака – светлоклеточный вариант) 3; б – ×200; ткань опухоли (метастаз почечно-клеточного рака – светлоклеточный вариант); многообразие форм клеток, гиперхроматоз полиморфных ядер



Рис. 6. Шея через 3 мес после ларингэктомии; визуализируется трахеостома, признаки воспаления отсутствуют; дыхание через трахеостому свободное

подтвержденного злокачественного процесса, распространяющегося за пределы гортани, при отсутствии отдаленных метастазов. В описанном случае глубокое залегание и обильное кровоснабжение опухоли, характерные для светлоклеточного рака, не позволили произвести биопсию на уровне опухолевых структур, что отразилось на результатах гистологического исследования. Принимая решение об оперативном лечении в отсутствие морфологических данных за опухолевый процесс по результатам гистологического исследования, мы исходили из результатов лучевой диагностики, данных фиброларингоскопии и наличия деструкции хрящей гортани, необратимо влияющей на ее функцию.

Литература

1. Головин Д.И. Ошибки и трудности гистологической диагностики опухолей / Л.: Медицина, 1982; 304 с.
2. Громов А.И., Капустин В.В., Борисанов А.В. и др. Гиперваскуляризация опухолевого узла как признак метастазов светлоклеточного рака почки // Рос. электрон. журн. лучевой диагностики. – 2011; 4 (4): 55–8.
3. Пинский С.Б., Дворниченко В.В., Репета О.Р. Метастатические опухоли щитовидной железы // Сиб. мед. журн. – 2009; 1: 12–8.
4. Плужников М.С., Рябова М.А., Карпищенко С.А. Возможности лазерной хирургии злокачественных опухолей гортани // Вестн. оториноларингол. – 2003; 3: 55–7.
5. Романчишен А.Ф., Жаринов Г.М. Курс онкологии / СПб: СПбГПМА, 1999; 252 с.
6. Manolidis S., Donald P. Malignant mucosal melanoma of the head and neck: Review of the literature and report of 14 patients // Cancer. – 1997; 80: 1373–86.
7. Markou K., Christoforidou A., Karasmanis I. et al. Laryngeal cancer: epidemiological data from Northern Greece and review of the literature // Hippokratia. – 2013; 17: 313–8.
8. Oliveira J., Said R., Cartaxo R. et al. Laryngeal metastasis of a prostate carcinoma: one rare entity // Braz. J. Otorhinolaryngol. – 2012; 78: 135.

CLEAR CELL RENAL CARCINOMA METASTASIZING TO THE THYROID AND LARYNX

Professor **S. Karpishchenko**, MD; Professor **M. Ryabova**, MD; **O. Dolgov**,
O. Kolesnikova, Candidate of Medical Sciences; **R. Grozov**, Candidate of Medical
 Sciences; **M. Kolesnik**
 Acad. I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University

Secondary tumors are extremely rare in the pattern of malignant laryngeal tumors. The paper describes a case of clear cell renal carcinoma metastasis to the thyroid and larynx, which leads to upper airway stenosis, and the challenges the authors have faced when verifying the pathological process and provides a rationale for the choice of surgical treatment.

Key words: secondary laryngeal tumors, clear cell carcinoma, metastasis, laryngeal stenosis.