

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СВІТЛОКЛІТИННОГО ВАРІАНТА ПАПІЛЯРНОЇ КАРЦИНОМИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

М.В. Скалецький¹, З.З. Масна², Г.Р. Лопушанська¹, М.Є. Габа²

¹ КНП ЛОР “Львівська обласна клінічна лікарня”

² ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»

Ключові слова: карцинома, щитоподібна залоза, ультразвукове дослідження, гістологічне дослідження, хірургічне лікування.

Буковинський медичний вісник.
2025. Т. 29, № 2 (114). С. 99-102.

DOI: 10.24061/2413-
0737.29.2.114.2025.16

E-mail: scaletskyi99@gmail.com



Резюме. Сучасні дані наукової медичної літератури свідчать, що метастази в щитоподібну залозу, незважаючи на її добре кровопостачання, трапляються досить рідко та становлять близько 1-3% злоякісних пухлин даного органа. Натомість, результати вивчення серій автопсій засвідчують наявність метастазів у щитоподібній залозі до 24% пацієнтів із поширеним злоякісним процесом.

Мета дослідження - вивчити клінічний випадок пацієнта з папілярною карциномою щитоподібної залози.

Розглянуто клінічний випадок: Пацієнт М., 75 років, звернувся з приводу багатовузлового зоба.

Результати дослідження. На момент звернення гормони ЩЗ відповідали стану еутирозу, скарги – наявність вузлів у щитоподібній залозі та відчуття дискомфорту. В анамнезі є операційні втручання: 25 років тому – лівобічна нефректомія, спленектомія з приводу новоутворення в нирці (виписки не надано); 10 років тому – простатектомія та орхектомія з приводу злоякісного новоутворення простати (виписки не надано). Лабораторні показники в межах норми.

На підставі анамнестичних даних, результатів об'єктивного обстеження та даних ультразвукового дослідження, пацієнту поставлено діагноз: багатовуловий еутиреоїдний зоб.

Тироїдектомію проведено в плановому порядку. Підозри щодо онкологічного захворювання ні до, ні в часі операційного втручання не виникало.

Гістологічний висновок: Світлоклітинний варіант папілярної карциноми щитоподібної залози.

Висновок онколога: проведено лікування здійснене за радикальною схемою та радіойодтерапія даному пацієнту не показана. Призначено замісну терапію – “еутирокс” - 100 мкг.

При повторних оглядах стан пацієнта задовільний, скарги відсутні.

Висновок

Хоча метастази в щитоподібну залозу трапляються рідко, їх слід розглядати в пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями в анамнезі, зокрема, з нирково-клітинним раком.

CLINICAL CASE OF THE CLEAR CELL VARIANT OF PAPILLARY THYROID CARCINOMA

M.V. Skaletskyi, Z.Z. Masna, H.R. Lopushanska, M.Ye. Haba

Key words: carcinoma, thyroid gland, ultrasound examination, histological examination, surgical treatment.

Bukovinian Medical Herald. 2025.
V. 29, № 2 (114). P. 99-102.

Resume. Contemporary medical literature indicates that metastases to the thyroid gland are relatively rare despite its rich vascular supply, accounting for approximately 1–3% of all malignant thyroid tumors. However, autopsy series studies demonstrate that metastases in the thyroid gland can be found in up to 24% of patients with advanced malignant disease.

Objective. To examine a clinical case of a patient with papillary thyroid carcinoma.

A clinical case was reviewed: Patient M., 75 years old, presented with a multinodular goiter.

Results and Discussion: At the time of presentation, thyroid hormone levels were consistent with a euthyroid state. The patient complained of the presence of

Оригінальні дослідження

thyroid nodules and a sensation of discomfort. His medical history included previous surgical interventions: 25 years ago – left nephrectomy and splenectomy due to a renal neoplasm (discharge summaries not available); 10 years ago – prostatectomy and orchiectomy due to a malignant prostate tumor (no documentation provided). Laboratory parameters were within normal limits.

Based on the medical history, physical examination, and ultrasound findings, a diagnosis of multinodular euthyroid goiter was established.

A planned thyroidectomy was performed. No suspicion of malignancy was raised either prior to or during the surgical procedure.

Histological Conclusion: Clear cell variant of papillary thyroid carcinoma.

Oncologist's Conclusion: The treatment was carried out according to a radical protocol, and radioiodine therapy is not indicated for this patient. Replacement therapy with Euthyrox 100 mcg was prescribed.

At follow-up visits, the patient's condition was satisfactory, with no complaints reported.

Conclusion: *Although metastases to the thyroid gland are rare, they should be considered in patients with a history of malignant tumors, particularly renal cell carcinoma.*

Вступ. Сучасні дані наукової медичної літератури свідчать, що метастази в щитоподібну залозу, незважаючи на її добре кровопостачання, трапляються досить рідко та становлять близько 1-3% злоякісних пухлин даного органа. Натомість, результати вивчення серій автопсій засвідчують наявність метастазів у щитоподібній залозі до 24% пацієнтів із поширеним злоякісним процесом. Упродовж останніх десятиліть спостерігається тенденція до частішого виявлення цих уражень, яку різні дослідники пов'язують із покращенням візуалізації сучасних методів променевого обстеження пацієнтів, збільшенням виживаності онкологічних хворих та загальним підвищенням клінічної обізнаності.

Можливо, невисокий відсоток ураженості метастазами, що свідчить про певну стійкість щитоподібної залози до метастазування, зумовлений високою концентрацією йоду, насиченою оксигенацією та імунним мікрооточенням. Проте серед поширених первинних злоякісних новоутворень, які, долаючи вказані бар'єри, дають метастази в щитоподібну залозу, різні дослідники називають нирково-клітинний рак (НКТ), метастази якого виявляють навіть через десятиліття після нефректомії [1-5]; рак молочної залози [6]; пухлини легенів і шлунково-кишкового тракту [3, 7]; меланоми та саркоми [8].

Часто безсимптомні метастази в щитоподібній залозі виявляють випадково під час планових обстежень пацієнтів [1]. За даними різних авторів, метастази можуть виникати через десять і більше років після резекції первинної пухлини [5, 9].

Крім візуалізаційних методів, ключовими в діагностичному процесі залишаються тонкоігольова аспіраційна цитологія (ТАБ) та імуногістохімія (ІГХ) [1, 6, 8-10].

До основних стратегій лікування новоутворень щитоподібної залози належать:

- Хірургічна резекція (середня виживаність 62 місяці) [9, 11, 12].

- Системна терапія [4, 6].

- Променева терапія та абляційні методи.

- Мультидисциплінарний підхід з індивідуальним плануванням лікування [13].

Прогноз захворювання чи ремісії залежить від типу первинної пухлини, тяжкості захворювання та вибору стратегії лікування [3, 6, 8, 11, 14].

Мета дослідження - вивчити клінічний випадок пацієнта з папілярною карциномою щитоподібної залози.

Розглянуто клінічний випадок: Пацієнт М., 75 років, звернувся з приводу багатовузлового зоба.

З анамнезу відомо, що вузли у ЩЗ виявлено 2 роки тому, при амбулаторному обстеженні (випадкова знахідка). Додаткових обстежень не проходив, лікування не було призначено.

Результати дослідження та їх обговорення. Зі слів пацієнта – має супутнє захворювання – артеріальну гіпертензію. Ліків на постійній основі не приймає. На момент звернення гормони ЩЗ відповідали стану еутирозу, скарги на наявність вузлів в щитоподібній залозі та відчуття дискомфорту. В анамнезі є операційні втручання: 25 років тому – лівобічна нефректомія, спленектомія з приводу новоутворення в нирці (виписки не надано); 10 років тому – простатектомія та орхектомія з приводу злоякісного новоутворення простати (виписки не надано).

Лабораторні показники в межах норми.

При ультразвуковому обстеженні встановлено, що щитоподібна залоза розміщена типово, побільшена до II ст. Права частка представлена конгломератом вузлів, з колоїдними включеннями по 5-8 мм, розмірами 35x22 мм. Ліва частка – ізоехогенний конгломерат на 2/3 об'єму, розміром 29x12 мм.

Патологічних лімфатичних вузлів не виявлено.

На підставі анамнестичних даних, результатів об'єктивного обстеження та даних ультразвукового дослідження, пацієнту поставлено діагноз: багатовузловий еутиреодний зоб.

Тироїдектомію проведено в плановому порядку. Підозри щодо онкологічного захворювання ні до, ні

під час операційного втручання не виникало.

Упродовж післяопераційного періоду ускладнень не було.

Видалену залозу скеровано для гістологічного дослідження та отримано висновок: Світлоклітинний варіант папілярної карциноми щитоподібної залози.

Зіставивши результати патогістологічного дослідження з даними анамнезу, встановлено діагноз: метастаз світлоклітинної пухлини нирки.

Рекомендовано провести імуногістохімічне дослідження, оскільки дана пухлина також нагадує метастаз світлоклітинної нефротеліальної карциноми.

Для подальшого обстеження та вибору тактики лікування пацієнта скеровано в регіональний онкологічний центр, де отримано висновок, що проведене лікування здійснене за радикальною схемою та радіойодтерапія даному пацієнту не показана. Призначено замісну терапію – “еутирокс” – 100 мкг.

Пацієнт проігнорував рекомендації щодо імуногістохімічного дослідження та КТ обстеження.

При повторних оглядах стан пацієнта задовільний, скарги відсутні.

За даними контрольного ультразвукового обстеження в місці ложа щитоподібної залози паренхіми в типових місцях не виявлено. Побільшені, патологічно змінені лімфовузли по передній поверхні ший не візуалізуються (рис. 1). Висновок УЗД: стан після тотальної тиреоїдектомії.

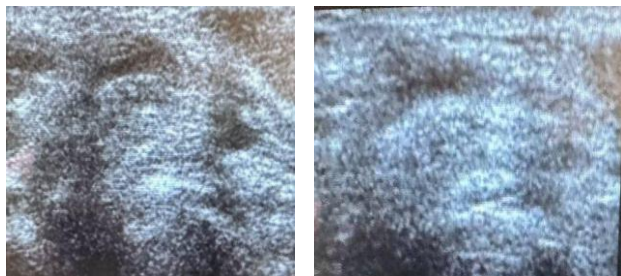


Рис. 1. УЗД нижньої ділянки ший передньої поверхні ший (проекція щитоподібної залози). Ложе щитоподібної залози без ознак паренхіми

Черговий плановий повторний огляд пацієнта заплановано через рік після перенесеного операційного втручання.

Даний клінічний випадок зіставний зі світовою тенденцією в різних аспектах:

1) Маніфестацією у щитоподібну залозу (клінічно

виявлено ураження щитоподібної залози з пальпаторним вузлом, щільним утворенням або зобом).

2) Відсутністю анамнестичних даних за опромінення ший.

3) Часом встановлення діагнозу (світова тенденція для онкологічних процесів нирки – в середньому 20 років).

Також варто зазначити, що згідно зі світовою статистикою рак нирок, легень, голови і ший та грудної залози є найпоширенішими джерелами нетиреоїдного раку, які метастазують у щитоподібну залозу.

На підставі цього, вищенаведений клінічний випадок також можна віднести радше до підтвердження попередніх наукових публікацій, що містить описи подібних випадків, зокрема, – пацієнтка з метастазами в щитоподібну залозу через 12 років після мастектомії, пацієнтка з метастазуванням у щитоподібну залозу через 17 років після нефректомії, пролікована оперативним шляхом зі сприятливим результатом [5, 6].

Описані клінічні випадки переконливо засвідчують діагностичну надійність імуногістохімічного методу дослідження; необхідність адаптації рішення щодо вибору лікувальної тактики до індивідуальних особливостей пацієнта і пухлини, а також необхідність детального і глибокого вивчення результатів проспективних багатоцентрових досліджень для уточнення хірургічних критеріїв, системних схем лікування і протоколів спостереження пацієнтів.

Висновок

Хоча метастази в щитоподібну залозу трапляються рідко, їх слід розглядати в пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями в анамнезі, зокрема, з нирково-клітинним раком. Висока клінічна обізнаність у поєднанні із сучасними діагностичними інструментами та мультидисциплінарною допомогою дозволяє поставити точний діагноз і призначити індивідуальну терапію. Хірургія пропонує лікувальний потенціал при ізольованих метастазах, у той час як системне лікування забезпечує контроль над хворобою в поширених випадках. Постійні дослідження та спільні зусилля необхідні для оптимізації результатів лікування пацієнтів онкологічного профілю.

Перспективи подальших досліджень. Подальше вивчення та удосконалення методів раннього виявлення метастазів у щитоподібну залозу дозволить оптимізувати діагностичні стратегії та критерії ухвалення рішень щодо вибору лікувальної тактики.

References

1. Ghossein CA, Khimraj A, Dogan S, Xu B. Metastasis to the thyroid gland: a single-institution 16-year experience. *Histopathology*. 2021 Mar;78(4):508-19. DOI: 10.1111/his.14246.
2. Hegerova L, Griebeler ML, Reynolds JP, Henry MR, Gharib H. Metastasis to the thyroid gland: report of a large series from the Mayo Clinic. *Am J Clin Oncol*. 2015 Aug;38(4):338-42. DOI: 10.1097/COC.0b013e31829d1d09.
3. Nixon IJ, Coca-Pelaz A, Kaleva AI, Triantafyllou A, Angelos P, Owen RP, et al. Metastasis to the Thyroid Gland: A Critical Review. *Ann Surg Oncol*. 2017;24(6):1533-39. DOI: 10.1245/s10434-016-5683-4.
4. Connolly CE. Renal cell metastasis to the thyroid gland: An emerging phenomenon. *Int J Surg Case Rep*. 2018;45:104-6. DOI: 10.1016/j.ijscr.2018.03.032.
5. Hryshchyshyn A, Bahrii A, Khimich S, Bohush H, Botsun P, Chuba V. Renal cell carcinoma metastasis to the thyroid gland: a case report. *J Med Case Rep*. 2024;18(1):606. DOI: 10.1186/s13256-024-04979-1.

Оригінальні дослідження

6. Wang Y, Zhou S, Yu B, Zhou P, Zhu J, Wei T, et al. Case Report and Review of Literature: Thyroid Metastases From Breast Carcinoma. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021;12:631894. DOI: 10.3389/fendo.2021.631894.
7. Russell JO, Yan K, Burkey B, Scharpf J. Nonthyroid Metastasis to the Thyroid Gland: Case Series and Review with Observations by Primary Pathology. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2016 Dec;155(6):961-68. DOI: 10.1177/0194599816655783.
8. Stergianos S, Juhlin CC, Zedenius J, Calissendorff J, Falhammar H. Metastasis to the thyroid gland: Characterization and survival of an institutional series spanning 28 years. *Eur J Surg Oncol*. 2021 Jun;47(6):1364-69. DOI: 10.1016/j.ejso.2021.02.018.
9. Velez Torres JM, Briski LM, Martinez Duarte E, Sadow PM, Kerr DA, Kryvenko ON. Metastatic Clear Cell Renal Cell Carcinoma Involving the Thyroid Gland: A Clinicopathologic Study of 17 Patients. *Int J Surg Pathol*. 2022 Oct;30(7):743-52. DOI: 10.1177/10668969221081729.
10. Queipo FJ, Panizo A, Yagüe A, Ruiz-Azua Y, Rodriguez I, Gutiérrez-Pecharroman A, et al. Metastatic clear cell renal cell carcinoma to the thyroid gland: A clinico-pathological and immunohistochemical study of 8 cases and review of the literature. *Rev Esp Patol*. 2019 Apr-Jun;52(2):81-6. DOI: 10.1016/j.patol.2018.08.004.
11. Beutner U, Leowardi C, Bork U, Lüthi C, Tarantino I, Pahernik S, et al. Survival after renal cell carcinoma metastasis to the thyroid: single center experience and systematic review of the literature. *Thyroid*. 2015 Mar;25(3):314-24. DOI: 10.1089/thy.2014.0498.
12. Shepherd M, Lohmann J, Nodit L, Vaghaiwalla T, Mancini M. Case Report: Metastatic renal cell carcinoma to the thyroid- A rare encounter. *Front Surg*. 2022;9:1000425. DOI: 10.3389/fsurg.2022.1000425.
13. Konturek A, Barczyński M. Management of metastases to the thyroid gland. *Ann Thyroid* 2020;5:19.

Відомості про авторів

Скалецький М.В. - лікар-інтерн хірургічного відділення №3, КНП ЛОР "Львівська обласна клінічна лікарня." <https://orcid.org/0009-0008-8092-214X>.

Масна З.З. - д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри оперативної хірургії з топографічною анатомією Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, м. Львів, Україна. <https://orcid.org/0000-0003-2057-7061>.

Лопушанська Г.Р. - лікар-хірург хірургічного відділення №3, КНП ЛОР "Львівська обласна клінічна лікарня." <https://orcid.org/0009-0000-6754-1125>.

Габа М.Є. - канд. мед. наук, доцент кафедри оперативної хірургії з топографічною анатомією Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, м. Львів, Україна. <https://orcid.org/0000-0001-5261-0669>.

Information about the authors

Skaletskyi M.V. - doctor-intern at the Surgical Department No. 3 'Lviv Regional Clinical Hospital. <https://orcid.org/0009-0008-8092-214X>.

Masna Z.Z. - Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Operative Surgery with Topographic Anatomy, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine. <https://orcid.org/0000-0003-2057-7061>.

Lopushanska H.R. - surgeon, Surgical Department No. 3, Lviv Regional Clinical Hospital. <https://orcid.org/0009-0000-6754-1125>.

Haba M.Ye. - Ph.D. in Medical Sciences, Associate Professor, Department of Operative Surgery with Topographic Anatomy, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0001-5261-0669>.

Надійшла до редакції 18.05.25 р.

Підписано до друку 27.06.2025 р.

© М.В. Скалецький, З.З. Масна, Г.Р. Лопушанська, М.Є. Габа, 2025