

## ПЕРВИЧНЫЕ И МЕТАСТАТИЧЕСКИЕ ОПУХОЛИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ФОЛЛИКУЛЯРНОГО СТРОЕНИЯ

Республиканский центр опухолей щитовидной железы

*Приводятся три собственных наблюдения метастазов в щитовидную железу рака молочной железы и почки. Макроскопическая картина была неспецифична – в случаях рака молочной железы микрометастазы преимущественно определялись в просвете сосудов и клетки опухоли, имели явные отличия от тиреоидного эпителия. В наблюдении метастаза рака почки вследствие объема оперативного вмешательства, ограниченного энуклеацией узла, характерных отличий опухолевой и окружающей тиреоидной ткани не определялось – дифференциальная диагностика проводилась между инкапсулированным фолликулярным вариантом папиллярного рака из светлых клеток, метастазом рака почки, фолликулярным светлоклеточным раком и нейроэндокринными опухолями. Клинические данные и применение иммуногистохимических окрасок оказали действенную помощь в верификации процесса.*

Клиническая и морфологическая дифференциальная диагностика органоспецифических и метастатических узловых образований щитовидной железы представляет известные трудности вследствие того, что рак из фолликулярного тиреоидного эпителия может расти в виде частично инкапсулированных моно- и мультицентрических образований и часто с субкапсулярной локализацией, что также свойственно и метастазам.

Считается, что чаще в щитовидную железу метастазируют опухоли почки и молочной железы, а также меланома [1].

В собственных наблюдениях образований щитовидной железы, удаленных у трех больных с клиническим диагнозом узловых зоб, женщин 53, 58 и 67 лет, был верифицирован метастаз.

Две пациентки ранее оперированы по поводу рака молочной железы (6 и 16 лет до настоящего обращения) и у одной в анамнезе рак почки (7 лет после лечения).

Макроскопическая картина при метастазах рака молочной железы была неспецифична и определялась узловой патологией (аденоматозный зоб), уже имевшейся в щитовидной железе.

При метастазе рака почки была выполнена энуклеация узла 4 x 2 см, что также не позволяет высказаться о каких-либо особенностях роста вторичной опухоли.

Гистологическая дифференциальная диагностика первичной и метастатической опухоли была сопряжена с немалыми трудностями и требовала проведения дополнительного иммуногистохимического исследования с антителами к тиреоглобулину. Комплексы аденокарциномы в наблюдениях рака молочной железы обнаруживались в просвете мелких сосудов и в строме (рис.1,2), что напоминало отсева папиллярного рака щитовидной железы, но отсутствие характерных цитологических изменений и результат применения дополнительных окрасок позволил добиться верификации процесса.

Давно устаревший метод оперативного вмешательства на щитовидной железе (энуклеация узла)

значительно усложнил верификацию метастаза рака почки.

В отсутствие иммуногистохимических маркеров было сделано заключение о светлоклеточном варианте папиллярного рака.

При пересмотре готовых микропрепаратов выраженная васкуляризация опухоли (рис.3) вызвала сомнение в этом диагнозе.

В верификации процесса решающую роль сыграла отрицательная реакция к тиреоглобулину в клетках опухоли.

Интересно отметить, что в своей практике мы наблюдали папиллярный рак почки с коллоидоподобными эозинофильными массами в просвете железисто-фолликулярных комплексов и изменениями клеток, очень напоминающими характерные цитологические признаки папиллярного рака щитовидной железы.

И в этом случае применение иммуногистохимических маркеров сделало возможной дифференциальную диагностику метастаза и первичной опухоли (рис.4).

Применение антител к тиреоглобулину, хромогранину и кальцитонину давно стало стандартом в тиреопатологии.

Однако, однозначность в интерпретации результатов иммуногистохимического исследования только кажущаяся.

Когда патологоанатом сталкивается со сложностями дифференциальной диагностики оксифильных и светлоклеточных (особенно фолликулярных) опухолей щитовидной железы многими исследователями отмечена пониженная экспрессия этих маркеров.

Может также наблюдаться включение неизменных фолликулов в зону роста метастатической опухоли либо коллоид абсорбируется ее клетками [2].

При очаговой положительной реакции к тиреоглобулину, выраженная фиброзная капсула опухоли с участками дистрофического обызвествления, еще не гарантирует, что в данном случае пато-

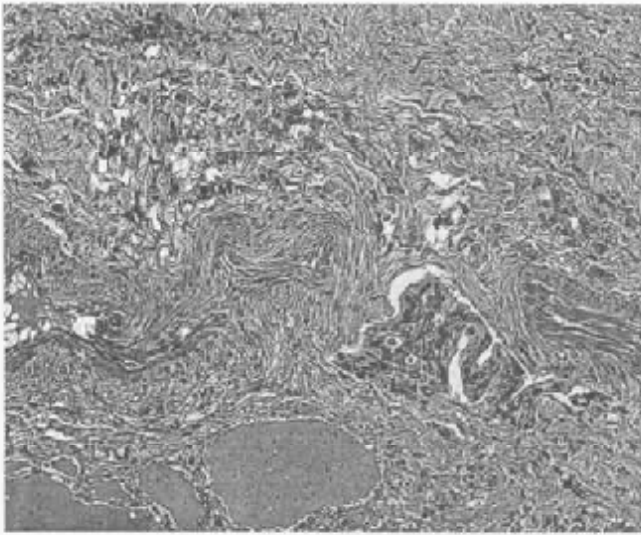


Рис.1. Метастазы рака молочной железы в щитовидную железу. Опухолевые комплексы в просвете сосудов. Окраска гематоксилин и эозин. Ув. х200

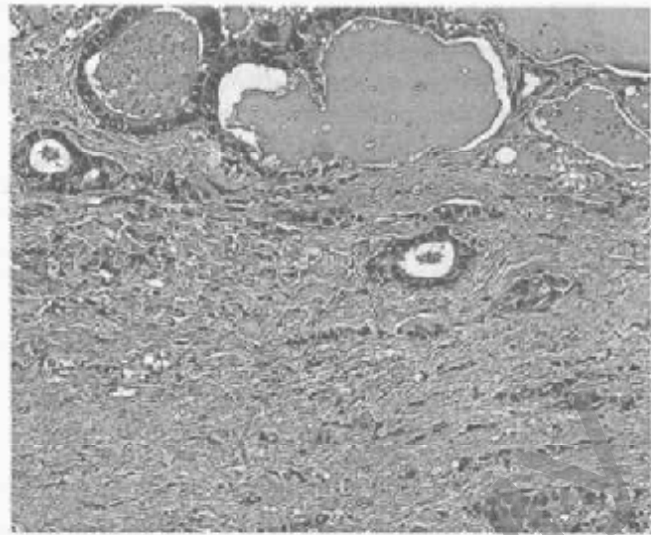


Рис.2. Деталь предыдущего микропрепарата. Захват коллоида фолликулярными опухолевыми комплексами. Окраска гематоксилин и эозин. Ув. х200

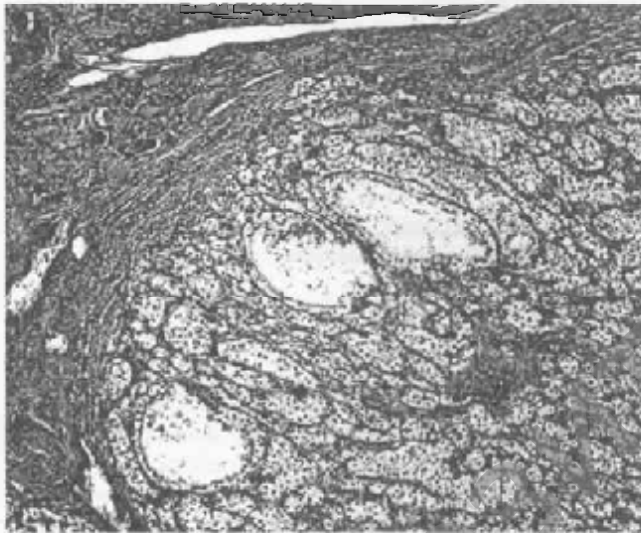


Рис.3. Метастазы рака почки в щитовидную железу. Выраженная васкуляризация опухоли светлоклеточного строения. Окраска гематоксилин и эозин. Ув. х100

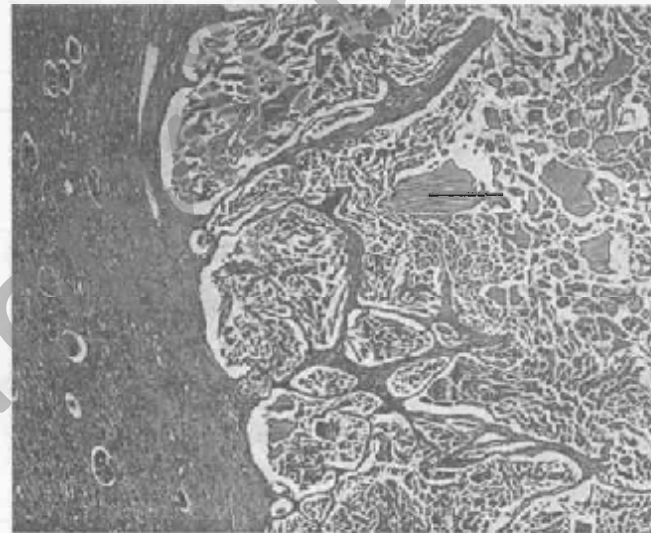


Рис.4. Папиллярный рак почки. Коллоидоподобное вещество негативно реагирует с тиреоглобулином. Ув. х50

логоанатом не столкнулся с метастазами светлоклеточного рака из невыясненного источника в фолликулярную аденому или аденоматозный зоб [2].

Таким образом, дифференциальный диагноз первичной и метастатической опухоли фолликулярного строения в щитовидной железе должен проводиться с учетом клинических данных и возмож-

но большего арсенала морфологических методик окраски.

#### Литература

1. Oertel J.E., LiVolsi V.A. Pathology of thyroid diseases: in Werner and Ingbar's "The Thyroid", ed. by Braverman L.E., Utiger R.D. – 6<sup>ed</sup> – Philadelphia, JB Lippincott-1991. – P. 633.
2. Rosal J., Carcangiu M.L., Delellis R.A. Tumors of the thyroid gland. Atlas of tumor pathology, third series, fascicle 5. AFIP. – 1992. – P. 289-296.