

Казачков Е.Л.¹, Пастернак И.А.¹, Пастернак А.Е.²

Папиллярный рак щитовидной железы из высоких клеток

1 — ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск; 2 — ГБУЗ «Челябинское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», г. Челябинск

Kazachkov E.L., Pasternak I.A., Pasternak A.E.

Tall cell variant of papillary thyroid carcinoma

Резюме

Представлен случай редкого варианта папиллярной карциномы щитовидной железы из высоких клеток у 16-летней пациентки. При предоперационном обследовании, в том числе ультразвуковом, цитологическом исследовании был диагностирован многоузловой коллоидный зоб. Папиллярная карцинома из высоких клеток верифицирована при патогистологическом изучении операционного материала. Особенности данного наблюдения является детский возраст, сочетание с узловым коллоидным зобом и редкость данного новообразования.

Ключевые слова: папиллярная карцинома щитовидной железы из высоких клеток, детский возраст

Summary

A case of a rare tall cell variant of papillary variant carcinoma in a 16-year-old patient is presented. In the preoperative examination, including ultrasound, cytology study the colloidal goiter with multi-node was diagnosed. Tall cell variant of papillary variant carcinoma was verified by pathohistological examination of the surgical material. The peculiarities of this observation are children's age, combination with nodular colloidal goiter and the rarity of this tumor

Keywords: tall cell variant of papillary thyroid carcinoma, childhood

Папиллярная карцинома – самая распространенная опухоль щитовидной железы, характеризующаяся многообразием гистологических вариантов. В гистологической классификации опухолей эндокринных органов (ВОЗ, 2017) представлено 15 типов этого новообразования [1]. Их частота значительно отличается, что связывают как с трудностями морфологической диагностики, так и с редкостью некоторых гистологических вариантов папиллярной карциномы [2-4]. Так, к редким формам относят карциному из высоких клеток, частота которой составляет 1,3-10% от всех наблюдений. Структурной особенностью этой опухоли является высота клеток опухоли, превышающая их ширину в 2-3 раза [1]. Новообразование имеет сосочковое строение, причём сосочки тесно прилегают друг к другу, напоминая трабекулы. Цитоплазма клеток оксифильная, ядра имеют вытянутую форму, с характерными для папиллярной карциномы внутриядерными включениями, бороздками и просветлениями. Принято считать, что для верификации данного варианта папиллярной карциномы высоко-клеточный компонент должен составлять не менее 30% объема опухоли [3].

Папиллярный рак из высоких клеток относят к агрессивным формам карциномы с манифестацией после

50 лет, с высокой частотой мутаций BRAFV600E, экстра-тиреоидного распространения и метастазирования [2-5]. В связи с редкостью этого варианта папиллярной карциномы у детей приводим одно из наших наблюдений.

Больная Р., 16 лет, учащаяся, поступила в плановом порядке в центр эндокринной хирургии г. Челябинска с жалобами на наличие узловых образований в левой доле щитовидной железы, которые были обнаружены полгода назад на медосмотре. Заключение ультразвукового исследования: киста 17х14х11 мм. Гипоэхогенный узел мягкотканного строения 4х3 мм в левой доле. Заключение цитологического исследования материала тонкоигольной пункционной биопсии: обширные скопления фолликулярного эпителия с признаками пролиферации. Трудно исключить аденому. Клинический диагноз: многоузловой эутиреоидный коллоидный зоб II стадия. Не исключается карцинома щитовидной железы. Показано хирургическое вмешательство.

Во время операции при ревизии щитовидной железы установлено, что правая доля имеет размеры 5х4 см, мягко-эластическая, гомогенная. Левая доля – 6х5 см с двумя узлами: в верхнем полюсе округлый мягкий узел 3 см, имеющий собственную капсулу, и чуть ниже плотный

узел диаметром 0,7 см однородного вида. Произведена гемитиреоидэктомия слева с перешейком.

При макроскопической оценке операционного материала обнаружено инкапсулированное кистозное образование, расположенное в левой доле щитовидной железы субкапсулярно, желеобразного вида округлой формы до 2,5 см в диаметре, мягкой консистенции, а также округлый интрамуральный узел чуть менее 0,5 см паренхиматозного строения без капсулы, представленный на разрезе плотной сероватой тканью.

При гистологическом исследовании: первый субкапсулярный узел окружён тонкой фиброзной капсулой, имеет макрофолликулярное строение, фолликулы с уплощенным эпителием и плотным эозинофильным коллоидом. Окружающая ткань дольчатая, нормофолликулярного строения, имеются очаговые инфильтраты из лимфоидных клеток.

В меньшем узле среди неизменённой ткани щитовидной железы выявлен неинкапсулированный участок сосочкового строения из крупных клеток высотой 10,3-14,1 мкм и шириной 3,3-6,3 мкм с обильной оксифильной цитоплазмой. Ядра вытянутые, некоторые гиперхромные, иногда с бороздками и просветленной нуклеоплазмой (рисунок 1,а — рисунки к статье на специальной цветной вставке журнала — **прим. ред.**). Митозы единичные. Признаков инвазии в сосуды окружающей ткани щитовидной железы не обнаружено. При иммуногистохимическом исследовании с антителами к Thyroid transcription factor-1, EGFR выявлена выраженная положительная экспрессия этого маркера в клетках опухоли и слабая реак-

ция в неизменной окружающей ткани органа (рисунок 1 б,в). Заключение: Папиллярная карцинома из высоких клеток, неинкапсулированный вариант, на фоне узлового макрофолликулярного коллоидного зоба левой доли щитовидной железы.

Согласно данным литературы, папиллярная карцинома из высоких клеток у детей в отличие от взрослых имеет лучший отдаленный прогноз, и гемитиреоидэктомия является адекватным объемом хирургического лечения [4]. Представленное наблюдение демонстрирует сочетание редкого варианта папиллярной карциномы с узловым зобом, по поводу которого произведено оперативное вмешательство. Это способствовало ранней диагностике и удалению злокачественной опухоли диаметром до 5 мм в T1a клинической стадии болезни. ■

Казачков Е.Л. – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии и судебной медицины ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; **Пастернак И.А.** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры патологической анатомии и судебной медицины ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; **Пастернак А.Е.** – кандидат медицинских наук, начальник ГБУЗ «Челябинское областное бюро судебно-медицинской экспертизы»; Автор, ответственный за переписку Казачков Е.Л. – тел. 8(351)232-01-45, e-mail: doctorkel@narod.ru

Литература:

1. WHO Classification of tumours of endocrine organs. Lloyd R.V., Osamura R.Y., Klöppel G., Rosai J. (eds.). Lyon: IARC, 2017.
2. Абросимов А.Ю. Новая международная гистологическая классификация опухолей щитовидной железы. Архив патологии. 2018; 80 (1):37-45.
3. Боголюбова А.В., Абросимов А.Ю., Селиванова Л.С., Белоусов П.В. Гистологическая и молекулярно-генетическая характеристика клинически агрессивных вариантов папиллярного рака щитовидной железы. Архив патологии. 2019; 81 (1):46-51.
4. Collini P., Massimino M., Mattavelli F., Barisella M., Podda M., Rosai J. Tall cell variant of papillary thyroid carcinoma in children: report of three cases with long-term follow-up from a single institution. PubMed [Электронный ресурс]. Int. J. Surg. Pathol. 2014. 22 (6):499-504.
5. Wang X., Cheng W., Liu C, Li J. Tall cell variant of papillary thyroid carcinoma: current evidence on clinicopathologic features and molecular biology. Oncotarget. 2016; 26 (7):40792–40799.

Казачков Е.Л., Пастернак И.А., Пастернак А.Е.

Иммуноморфологическая характеристика интратиреоидных инфильтратов при папиллярной карциноме и узловом коллоидном зобе у детей

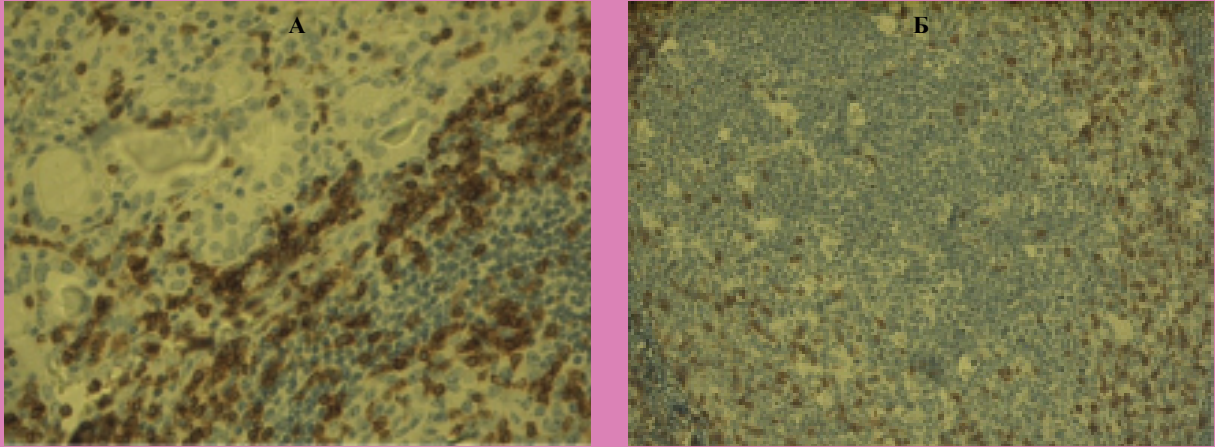


Рисунок 3. Экспрессия CD3+ в инфильтратах узлового коллоидного зоба (А) и CD8+ лимфоцитов папиллярного рака щитовидной железы (Б) Иммуногистохимический метод, А – х 400, Б – х 200.

Казачков Е.Л., Пастернак И.А., Пастернак А.Е.

Папиллярный рак щитовидной железы из высоких клеток

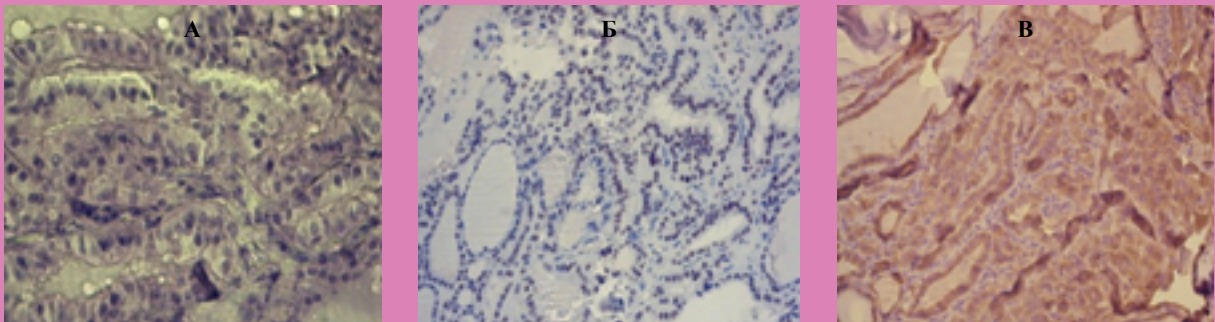


Рисунок 1. Морфологическая характеристика папиллярной карциномы из высоких клеток

а) окраска гематоксилином и эозином; б) экспрессия TTF-1; в) экспрессия EGFR-384.

Иммуногистохимический метод; а -×400, б-в-×200.

Колядина И.В., Завалишина Л.Э., Андреева Ю.Ю., Савёлов Н.А., Тузова Е.А.

Прогностическая значимость генетического статуса TOP2A в HER2-положительном раке молочной железы при неоадьювантной химиотерапии

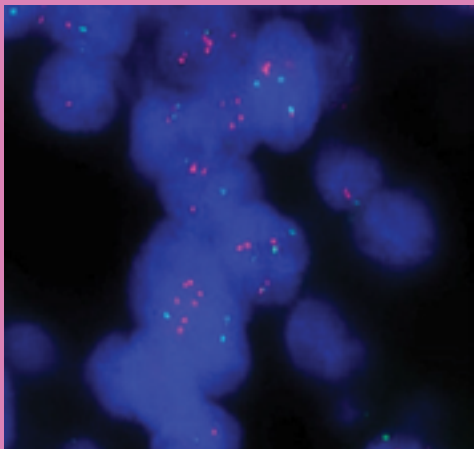


Рисунок 1. Амплификация TOP2A в клетках рака молочной железы.

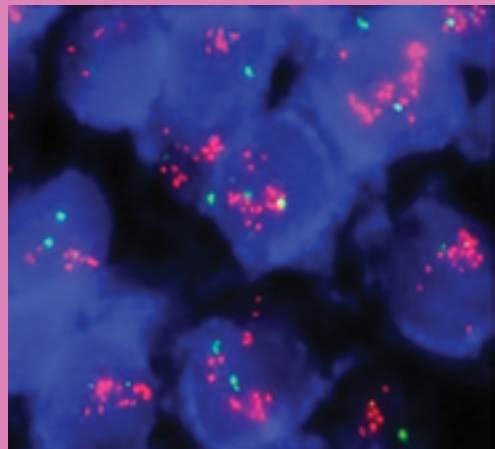


Рисунок 2. Кластерная амплификация HER2 в клетках рака молочной железы.