

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ГІСТОЛОГІЧНИХ ВАРІАНТІВ ПАПІЛЯРНОГО РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин, Київ

ВСТУП

За результатами попередніх досліджень визначено низку чинників, які мають прогностичне значення для папілярного раку щитоподібної залози (ПРЩЗ). До таких чинників належать вік і стать пацієнта, розмір пухлини, багатофокусність росту, екстраорганна інвазія, метастазування [1–6]. За результатами окремих досліджень вважається, що одним із чинників, які впливають на результати лікування пацієнтів із ПРЩЗ, є його гістологічний варіант [6–12]. Наприклад, для висококлітинного та колоноклітинного варіантів ПРЩЗ характерний агресивніший перебіг порівняно з класичним варіантом ПРЩЗ [9–11]. Метою даної роботи було встановлення асоціацій між різними гістологічними варіантами ПРЩЗ і групами ризику відповідно до системи ризику AMES (вік, метастази, екстраорганна інвазія, розмір пухлини) [13].

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Ретроспективно проведено дослідження 114 гістологічних препаратів та історій хвороб пацієнтів, прооперованих із приводу ПРЩЗ у хірургічному відділенні Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України протягом 2003–2006 рр. За результатами патогістологічного дослідження виділено гістологічні варіанти ПРЩЗ і розподілено їх на дві групи ризику згідно з критеріями класифікації AMES (табл. 1). Статистичний аналіз клініко-морфологічних даних виконано з використанням описового та параметричного методів. Статистично значущим вважали значення $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Серед 114 випадків були 101 жінка (88,6%) і 13 (12,4%) чоловіків. Вік пацієнтів варіював від 19 до 72 років (середній вік — 45,5 року). Класичний варіант ПРЩЗ виявлено у 58 випадках (50,9%), висококлітинний варіант — у 20 (17,5%), фолікулярний варіант — у 15 (13,2%), мікрокарциному — у 14 (12,3%), інкапсульований варіант — у 4 випадках (3,5%) і солідний варіант — у 3 випадках (2,6%). Відповідно до критеріїв AMES до групи низького ризику увійшли 86 пацієнтів (75,4%), до групи високого ризику — 28 (24,6%). Співвідношення груп ризику та різних гістологічних варіантів ПРЩЗ наведено на рис. 1. Найбільшу частку у групі високого ризику склали солідний і висококлітинний варіанти ПРЩЗ — 72% і 29,5% відповідно (рис. 1, 2). Класичний варіант ПРЩЗ,

Таблиця 1

Визначення груп ризику відповідно до класифікації AMES [13]

Група низького ризику:

- А. Пацієнти без віддалених метастазів (чоловіки <41 року, жінки <51 року)
В. 1) пухлина без ознак екстраорганної інвазії
2) пухлина <5 см
3) без віддалених метастазів

Група високого ризику:

- Усі пацієнти з віддаленими метастазами
1) пухлина з ознаками екстраорганної інвазії
2) пухлина ≥ 5 см

фолікулярний варіант і мікрокарцинома склали у групі високого ризику 12%, 3,3% і 0,8% відповідно (рис. 2).

ПРЩЗ складає 80% випадків усіх раків ЩЗ. 5-річна виживаність хворих на ПРЩЗ складає 90% [6–12]. Згідно з результатами попередніх досліджень, гістологічний варіант ПРЩЗ не впливає на біологічну поведінку пухлини [6–12].

Наразі існує декілька класифікаційних систем, розроблених із метою прогнозування РЩЗ [5, 13, 17–23]. Для розподілу пацієнтів по групах ризику використовують

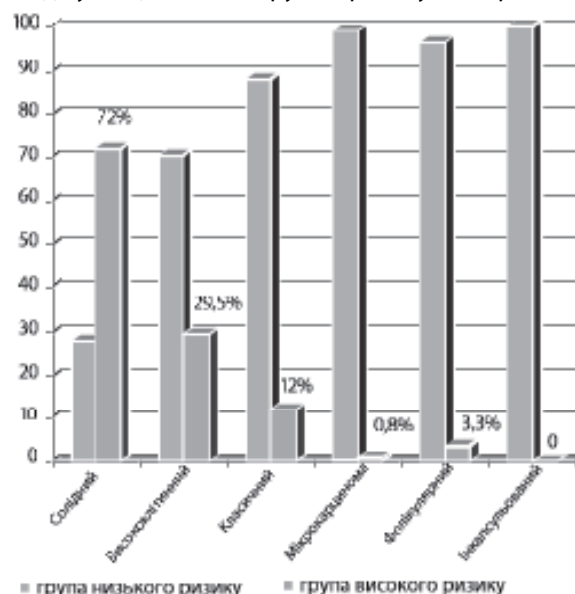


Рис. 1. Співвідношення гістологічних варіантів папілярного раку щитоподібної залози та груп ризику за системою AMES.

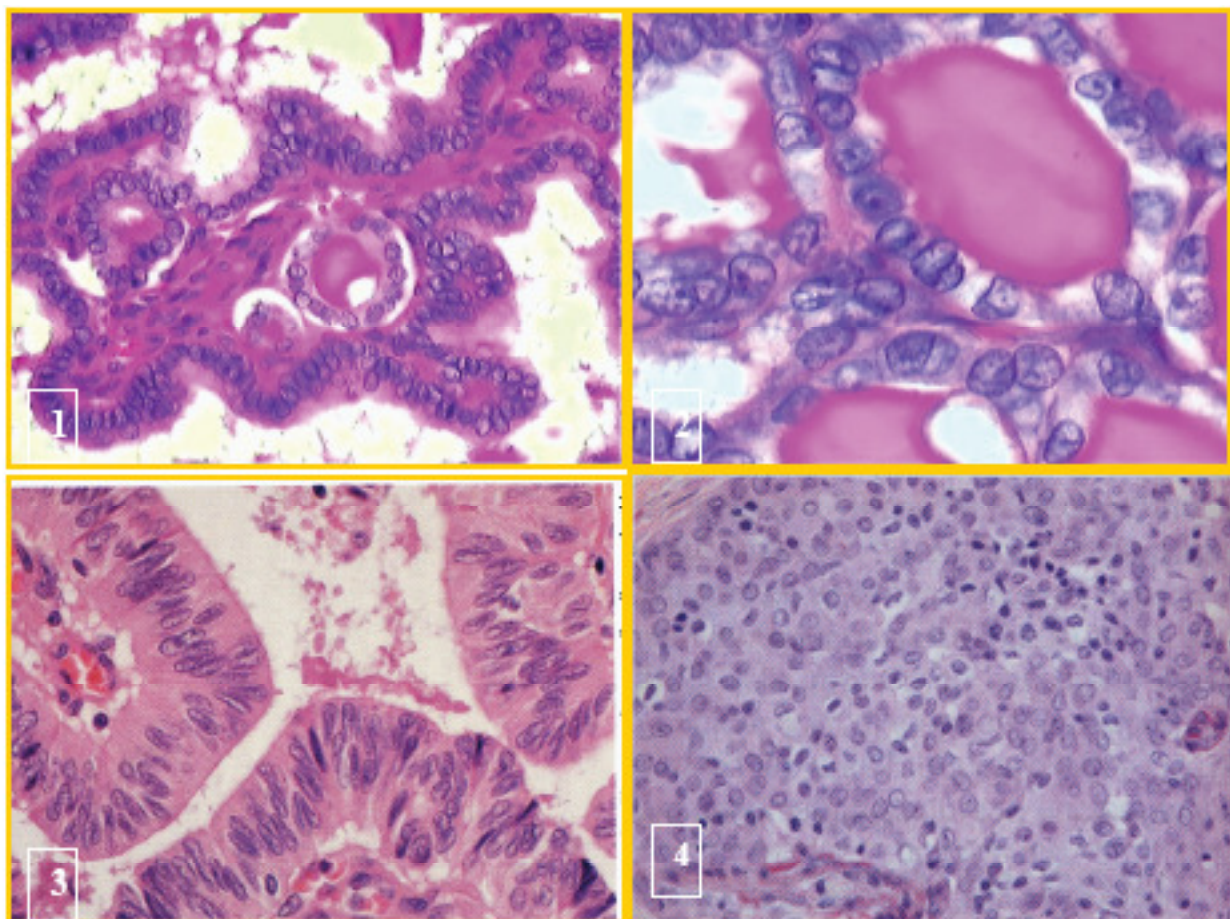


Рис. 2. Гістологічні варіанти папілярного раку щитоподібної залози. 1 — класичний варіант, гематоксилін-еозин, х 200; 2 — фолікулярний варіант, гематоксилін-еозин, х 400; 3 — висококлітинний варіант, гематоксилін-еозин, х 400; 4 — солідний варіант, гематоксилін-еозин, х 200.

різні прогностичні чинники (вік, стать, розмір пухлини, ознаки екстраорганної інвазії, повнота первинної резекції пухлини, наявність віддалених метастазів) [5, 13, 17–25]. Проте жодна з цих систем не враховує гістологічний варіант пухлини як прогностичний критерій. Метою нашого дослідження було визначення співвідношення між гістологічними варіантами ПРЩЗ і прогностичними групами ризику згідно з критеріями класифікації AMES. Отримані дані показали, що існує асоціація між різними гістологічними варіантами ПРЩЗ і групами ризику. Для солідного та висококлітинного варіантів ПРЩЗ, що склали найбільшу частку у групі високого ризику, характерний агресивніший перебіг [10, 12]. Для фолікулярного, інкапсульованого варіантів і мікрокарциноми характерний більш сприятливий прогноз, тому більшість із них складають групу низького ризику.

ВИСНОВКИ

1. Існує асоціація між гістологічними варіантами ПРЩЗ і прогнозом хвороби, а саме: 75,4% випадків ПРЩЗ було віднесено до групи низького ризику.

2. Результати наших досліджень співпадають із даними літератури про велике значення оцінки гістологічних варіантів ПРЩЗ для прогнозування захворювання.

3. Урахування гістологічного типу дозволяє визначати оптимальну тактику лікування, індивідуальне прогнозування, поопераційний моніторинг.

ЛІТЕРАТУРА

1. Carcangiu M.L., DeLellis R.A. Thyroid gland. In: Damjanov I., Linder J., editors. *Andersons pathology*. 10th ed. St. Louis: Mosby, 1996. — P. 1955–1973.
2. McConahey W.M., Hay I.D., Woolner L.B., van Heerden J.A., Taylor W.F. Papillary thyroid cancer treated at the Mayo clinic, 1946 through 1970: initial manifestations, pathologic findings, therapy, and outcome // *Mayo Clin. Proc.* — 1986. — Vol.61. — P. 978–996.
3. Russel M.A., Gilbert E.F., Jaeschke W.F. Prognostic features of thyroid cancer: a long-term follow-up of 68 cases // *Cancer.* — 1975. — Vol.36. — P. 553–559.
4. Torres J., Volpato R.D., Power E.G., Lopez E.C., Dominguez M.E., Maira J.L., et al. Thyroid cancers. Survival in 148 cases followed for 10 yeas or more // *Cancer.* — 1985. — Vol.56. — P. 2298–2304.
5. Shah J.P., Loree T.R., Dharker D., Strong E.W., Begg C., Vlamis V. Prognostic factors in differentiated carcinoma of the thyroid gland // *Am. J. Surg.* — 1992. — Vol.164. — P. 658–661.
6. LiVolsi V.A. Papillary neoplasms of the thyroid. Pathologic and prognostic features // *Am. J. Clin. Pathol.* — 1992. — Vol.97. — P. 426–434.

7. *Evan H.L.* Encapsulated papillary neoplasms of the thyroid. A study of 14 cases followed for a minimum of 10 years // *Am. J. Surg. Pathol.* — 1987. — Vol.11. — P.592–597.
8. *Schroder S., Bocker W., Dralle H., Dortmann K.B., Stern C.* The encapsulated papillary carcinoma of the thyroid. A morphologic subtype of the papillary thyroid carcinoma // *Cancer.* — 1984. — Vol.54. — P.90–93.
9. *Sobrinho-Simoes M., Sambade C., Nesland J.M., Johannesen J.V.* Tall cell papillary carcinoma // *Am. J. Surg. Pathol.* — 1989. — Vol.13. — P. 79–80.
10. *Johnson T.L., Lloyd R.V., Thompson N.W., Beierwaltes H., Sisson J.C.* Prognostic implications of the tall cell variant of papillary thyroid carcinoma // *Am. J. Surg. Pathol.* — 1988. — Vol.12. — P. 22–27.
11. *Gaertner E.M., Davidson M., Wenig B.M.* The columnar cell variant of thyroid papillary carcinoma. Case report and discussion of an unusually aggressive thyroid papillary carcinoma // *Am. J. Surg. Pathol.* — 1995. — Vol.19. — P. 940–947.
12. *Nikiforov Y.E., Erickson L.A., Nikiforova M.N., Caudill C.M., Lloyd R.V.* Solid variant of papillary thyroid carcinoma: incidence, clinical-pathologic characteristics, molecular analysis, and biologic behavior // *Am. J. Surg. Pathol.* — 2001. — Vol.25. — P. 1478–1484.
13. *Cady B., Rossi R.* An expanded view of risk-group definition in differentiated thyroid carcinoma // *Surgery.* — 1988. — Vol.104. — P. 947–953.
14. *Barnes L.* Surgical pathology of the head and neck. 2nd ed. New York: Marcel-Dekker, 2001. — P. 184–189.
15. *Brierley J.D., Panzarella T., Tsang R.W., Gospodarowicz M.K., O' Sullivan B.* A comparison of different staging systems predictability of patient outcome: thyroid carcinoma as an example // *Cancer.* — 1997. — Vol.79. — P. 2414–2423.
16. *Mazzaferri E.L., Jhiang S.M.* Long-term impact of initial surgical and medical therapy on papillary and follicular thyroid cancer // *Am. J. Med.* — 1994. — Vol.97. — P. 418–428.
17. *DeGroot L.J., Kaplan E.L., Straus F.H., Shukla M.S.* Does the method of management of papillary thyroid carcinoma make a difference in outcome? // *World J. Surg.* — 1994. — Vol.18. — P. 123–130.
18. *Akslen L.A.* Prognostic importance of histologic grading in papillary thyroid carcinoma // *Cancer.* — 1993. — Vol.72. — P. 2680–2685.
19. *Hay I.D.* Papillary thyroid carcinoma // *Endocrinol. Metab. Clin. North. Am.* — 1990. — Vol.19. — P. 545–576.
20. *Byar D.P., Green S.B., Dor P., Williams D., Colon J., van Gilse H.A., et al.* A prognostic index for thyroid carcinoma. A study of the E.O.R.T.C. Thyroid Cancer Cooperative Group // *Eur. J. Cancer.* — 1979. — Vol.15. — P. 1033–1041.
21. *Noguchi S., Murkami N., Kawamoto H.* Classification of papillary cancer of the thyroid based on prognosis // *World J. Surg.* — 1994. — Vol.18. — P. 552–558.
22. *Hay I.D., Bergstralh E.J., Goellner J.R., Ebersold J.R., Grant C.S.* Predicting outcome in papillary thyroid carcinoma. Development of a reliable prognostic scoring system in a cohort of 1779 patients surgically treated at one institution during 1940 through 1989 // *Surgery.* — 1993. — Vol.114. — P. 1050–1058.
23. *Shaha A.R., Loree T.R., Shah J.P.* Intermediate-risk group for differentiated carcinoma of thyroid // *Surgery.* — 1994. — Vol.116. — P. 1036–1041.

РЕЗЮМЕ

Прогностическое значение гистологических вариантов папиллярного рака щитовидной железы
М.С. Кротеви

Целью данной работы было определение соотношения между гистологическими вариантами папиллярного рака щитовидной железы (ПРЩЖ) и группами риска согласно критериям классификации AMES (возраст пациента, метастазы, экстраорганная инвазия, размер опухоли). Исследование основано на ретроспективном изучении 114 случаев ПРЩЖ. Все случаи ПР были разделены на гистологические варианты и отнесены в группы риска согласно классификации AMES. Среди разных гистологических вариантов ПРЩЖ солидный вариант составил наибольший процент (72%) в группе опухолей высокого риска, высококлеточный — 29,5%. Классический и фолликулярный варианты ПРЩЖ составили 12% и 3,3% случаев группы высокого риска соответственно. Инкапсулированный вариант и микрокарцинома классифицированы как опухоли группы низкого риска. Определение гистологического типа ПРЩЖ позволяет применить оптимальную тактику лечения больных, индивидуальное прогнозирование, послеоперационный мониторинг болезни.

Ключевые слова: папиллярный рак щитовидной железы, гистологические варианты, AMES.

SUMMARY

Prognostic value of histological subtypes of papillary thyroid carcinoma
M. Krotevich

The aim of this work was to determine the correlation between the histological variants of papillary thyroid carcinoma (PTC) and risk groups according to criteria AMES risk classification (age, metastasis, extrathyroid invasion, tumor size). 114 cases of PTC were divided into histological variants and risk groups with respect to the classification system AMES. Among the different histological variants of PTC, solid variant had the highest percentage (72%) tumors in high-risk group according to the classification criteria AMES, tall cell variant was up to 29.5% of the high-risk patients. Classical and follicular variants of PTC was 12% and 3.3% of high risk respectively. Encapsulated variants and microcarcinoma classified as low-risk group. Determination of histological type of PTC enables to determine optimal treatment tactics, individual prognosis of the disease, postoperative monitoring of patients.

Key words: papillary thyroid carcinoma, histological variants, AMES.