

С. М. Шалагай, М. С. Опанасенко, Б. М. Конік
ВЛАСНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ КАРЦИНОМИ ТИМУСА

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

Вперше описання новоутворення вилочкової залози опубліковано Lantensau і Kay в 1867 р. В подальшому стали з'являтися публікації, які були в основному секційними знахідками. У 1900 р Grandhomme і Scminke вперше запропонували називати всі пухлини вилочкової залози терміном «Тимом».

Поділ тимом на доброякісні та злоякісні певною мірою умовний, а гістологічна характеристика для цього нерідко є недостатньою.

Основною ознакою злоякісних тимом, крім метастазування, є наявність інвазії в органи і тканини грудної порожнини, тобто вихід за межі капсули пухлини.

Карцинома тимуса — відноситься до рідкісних (менше 5 % від пухлин тимуса) агресивних епітеліальних пухлин, особливістю яких є раннє регіонарне, а також гематогенне метастазування.

Клініка. Клінічні прояви тимом залежать від їх ендокринної активності, характеру росту і розмірів, ступеню компресії суміжних структур. Неінвазивні тимоми в основному протікають безсимптомно. Більшість авторів пов'язують злоякісний потенціал тимом з інвазивним ростом і здатністю метастазувати, що обумовлює особливості клінічного перебігу і прогноз. Від 10 до 40 % тимом можуть поєднуватись з міастеною. Можливий розвиток синдрому анемії, пухлинної інтоксикації, стиснення нервових стовбурів (діафрагмального нерву). При компресії пухлиною верхньої порожнистої вени, може спостерігатись синюшність обличчя, набряк рук, підвищення внутрішньочерепного тиску, головні болі, порушення серцебиття.

Діагностика. Обов'язковим етапом діагностики є морфологічна верифікація патологічного процесу і розмежування інкапсульованих і інвазивних пухлин. Основним методом променевої діагностики є мультиспіральна комп'ютерна томографія органів грудної клітки (МСКТ ОГК) і магнітно резонансна томографія (МРТ). Важливе значення відіграє цитоморфологічна діагностика, яка дає змогу дослідити матеріал отриманий шляхом трансторакальних пункцій. В арсеналі діагностичних методів з метою отримання матеріалу для морфологічного дослідження важливе місце займає відеотораскопія, але не втратили свого значення медіастиноскопія і парастернальна медіастинотомія. Імуногістохімічне дослідження біопсійного матеріалу дозволяє провести гістогенетичну діагностику пухлини, оскільки гістологічний метод не завжди дозволяє встановити походження пухлини і дозволяє встановити факт злоякісної трансформації пухлин.

Класифікація TNM. Для стадіювання використовують класифікацію А. Masaoka (1981).

I стадія (T1N0M0) — повністю інкапсульована пухлина без інвазії в медіастинальну клітковину.

II стадія (T2N0M0) — інфільтрація пухлини в межах жирової клітковини.

III стадія (T3N0M0) — інфільтрація медіастинальної плеври, перикарда, або прилеглих органів: а. відсутність інвазії великих судин, б. інвазія великих судин

IV стадія: а. пухлина з імплантацією в плевру і перикард (T4N0M0); б. пухлина з лімфогенними метастазами (T1-4N1-2M0); с. пухлина з гематогенним метастазами (T1-4N0-2M1).

Лікування. Основним методом лікування даної патології є хірургічний. Оптимальним доступом для видалення тимом є стернотомія, а адекватним об'ємом операції вважається видалення пухлини разом з усією тканиною вилочкової залози і жировою клітковиною з лімфовузлами переднього межистіння. За потреби виконуються комбіновані операції — тимомектомія з резекцією перикарда, легень, грудної стінки, пластикою магістральних судин, що дозволяє покращити показники резектабельності з 60,0 % до 75,0 % при типових хірургічних втручаннях до 85,0 %. Окрім хірургічного методу, в комплексному лікуванні застосовується післяопераційна променева терапія. Можливе застосування хіміотерапії, в тому числі, в якості передопераційної підготовки, а також при неоперабельному процесі. Хороші результати дає комбіноване лікування — неоад'ювантна хіміотерапія, після якої застосовується хірургічне лікування і післяопераційна променева терапія.

Власний приклад лікування пацієнта карциномою тимуса

Пацієнтка Б. 56 років, вважала себе хворою протягом 4 місяців до звернення в ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України». Захворювання почалось з появи болю в плечах та шиї. Хвора тривалий час обстежувалась у невропатолога, лікувалась у мануального терапевта без полегшення, виконала МСКТ ОГК при якому було виявлено новоутворення переднього межистіння, після чого було виконано МСКТ скринінг з болюсним підсиленням (рис. 1), на якому було виявлено новоутворення переднього межистіння, підозра на тимому, карциному тимуса.

Госпіталізована в хірургічне відділення хірургічного лікування туберкульозу та неспецифічних захворювань легень, ускладнених гнійно-септичними інфекціями зі скаргами на болі в шиї, слабкість, сухий кашель, що поступово наростає.

З анамнезу — хворіла на туберкульоз легень 4 роки тому.

Під час клінічних і функціональних, інструментальних досліджень, патологічних відхилень не було виявлено. При рентгенологічному дослідженні органів грудної

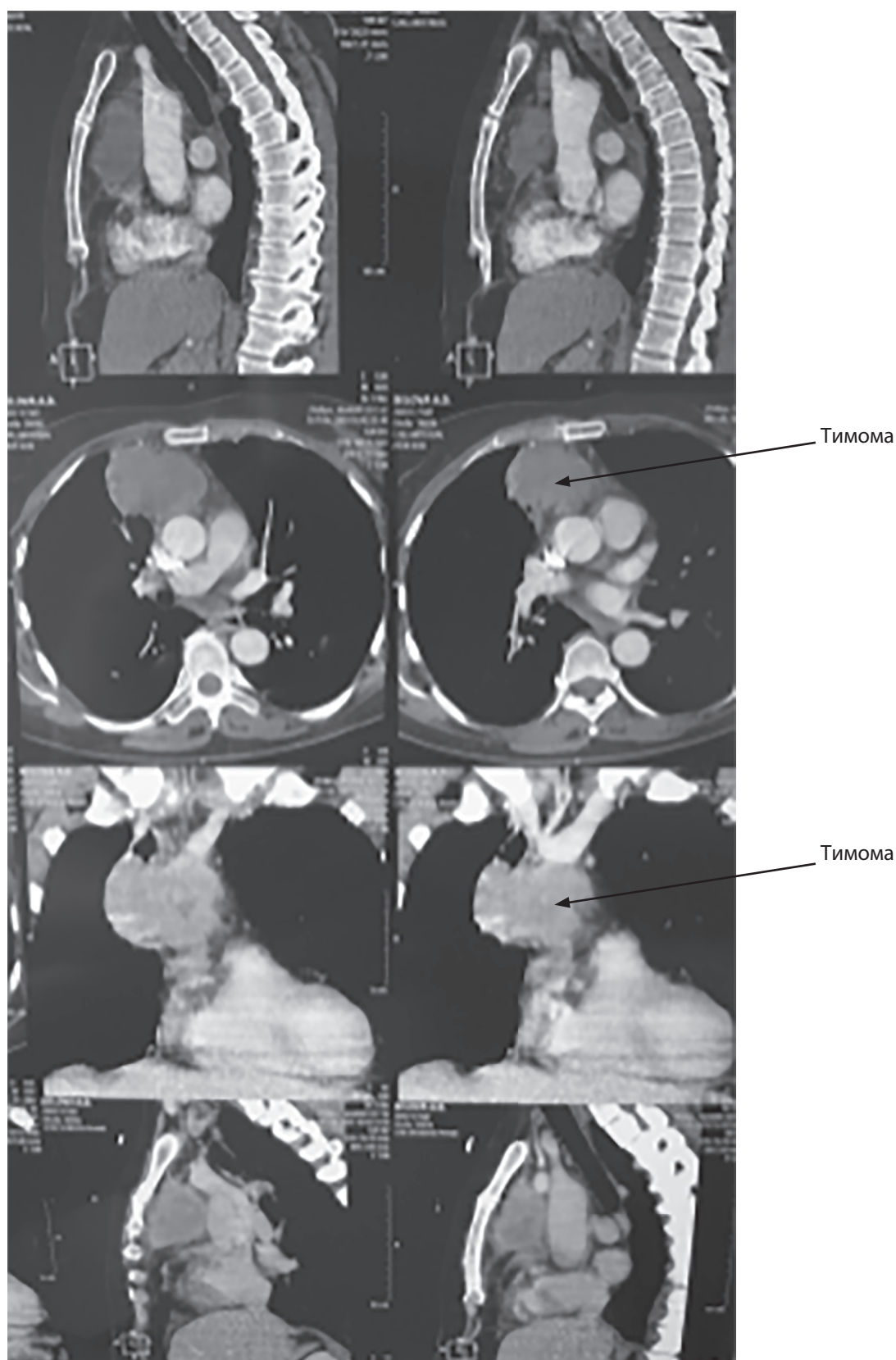


Рис. 1. МСКТ до операції

клітки виявлено, що в передньо-середньому межистінні локалізоване додаткове об'ємне утворення, чітко обмежене, гомогенне, 6×6×4 см. Трахея, головні бронхи прохідні. Внутрішньогрудні лімфатичні вузли 5 мм — 10 мм. Рідина в плевральних порожнинах не визначається. Серце, судини без особливостей.

Для морфологічної верифікації діагнозу було вирішено виконати операцію: відеоасистовану біопсію новоутворення межистіння, внутрішньогрудних лімфовузлів, плеври справа. Біопсійний матеріал було отримано шляхом використання ендоскопічних біопсійних щипців і трансторакальної голкової біопсії

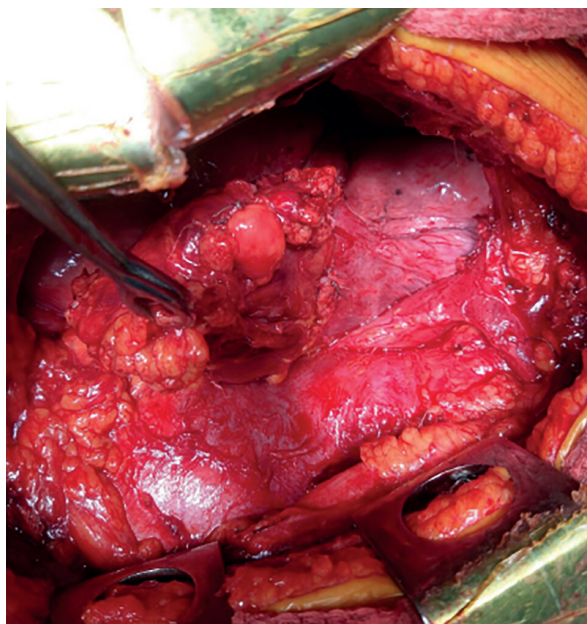


Рис. 2. Виділення новоутворення

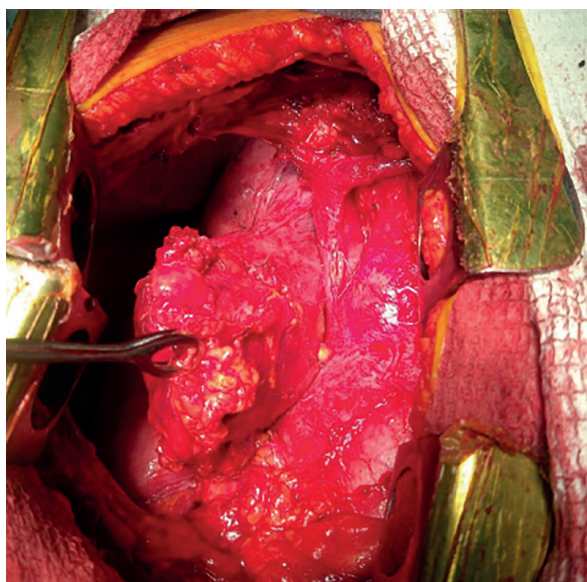


Рис. 3. Розсічення медіастінальної плеври

тонкозрізовою голкою під відеоконтролем. Цитологічне заключення з отриманого матеріалу — лімфома. Патогістологічне заключення — лімфопроліферативний процес, більше даних за тимому (типу АВ, В) vs лімфома, в тканині плеври і лімфовузлах патології не виявлено. Проведено імуногістохімічне дослід-

ження за результатами якого було підтверджено карциному тимуса.

Після підтвердження діагнозу виконано оперативне втручання — стернотомія, видалення утворення переднього межистіння з резекцією S3 правої легені (рис. 2). Утворення щільно прилягало до висхідної аорти, лівої плече-головної вени. В процес був втягнутий S3 правої легені, тому для доступу до нього було розсічено медіастінальну плевру (рис. 3), і резектовано дану ділянку легені (рис. 4).

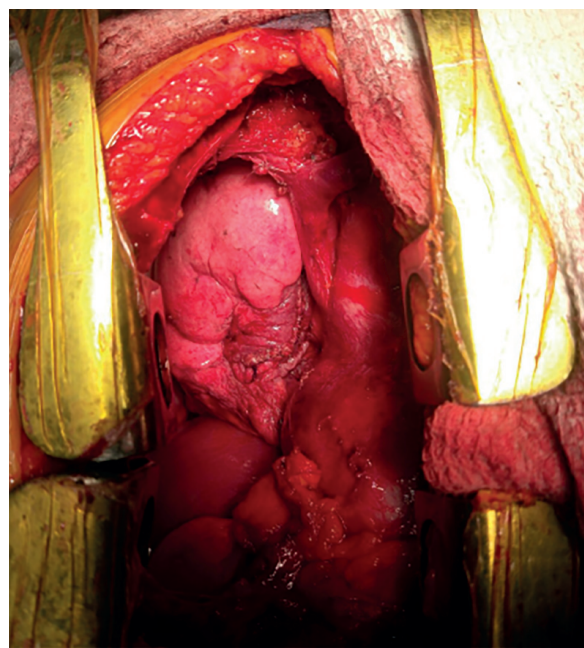


Рис. 4. Вигляд операційного поля після видалення утворення і резекції ділянки легені

Висновки

Карцинома тимуса є рідкісною патологією, складність виявлення якої обумовлена відсутністю специфічних симптомів і можливістю тривалого безсимптомного перебігу. Хірургічне лікування відіграє важливу роль в лікуванні новоутворень межистіння, особливо злоякісних.

Використання мініінвазивних методів діагностики (відеоторакоскопія, трансторакальна голкова біопсія) дозволяє отримати морфологічну верифікацію при підготовці до радикального лікування і вибрати найбільш безпечний і оптимальний вид лікування хворих з даною патологією.