

Е.А. Степанова, М.В. Вишнякова, Д.М. Мустафаев, Д.В. Ахтямов, Д.В. Подрез

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕДКИХ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛОТКИ И ГОРТАНИ

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва.
E-mail: stepanova-moniki@mail.ru

Реферат

Диагностика злокачественных новообразований гортани и глотки и их дифференциальная диагностика с неопухолевыми поражениями представляет одну из актуальных и социально значимых проблем в современной онкологии. За последние 10 лет на базе МОНИКИ проведено обследование более 3 тыс. пациентов с подозрением на опухолевый процесс гортани и глотки, большинству из которых выполнялась компьютерная томография (КТ). В 0,5 % случаев были подтверждены редко встречающиеся неопухолевые заболевания. Во всех случаях после лучевого исследования проводилась углубленная инструментальная диагностика, подтверждающая неопухолевую природу выявленных изменений, что принципиально меняло тактику лечения.

Ключевые слова: компьютерная томография, эктопированная щитовидная железа, IgG4-связанное склерозирующее заболевание, ревматоидный артрит, амилоидоз, актиномикоз.

Введение

Диагностика новообразований гортани и глотки и их дифференциальная диагностика с неопухолевыми поражениями представляет одну из актуальных и социально значимых проблем в современной онкологии. Согласно данным статистики, рак гортани занимает лидирующее место среди всех онкологических заболеваний верхних дыхательных путей, составляя до 10 % случаев всех злокачественных новообразований в целом и до 30 % случаев онкопатологии ЛОР-органов. Из злокачественных новообразований гортани и глотки чаще всего (95 %) развивается плоскоклеточный рак. Злокачественные неэпителиальные опухоли встречаются достаточно редко – в 0,5–2,2 % случаев [1, 2]. Раннее выявление опухоли является первоочередной задачей и основывается на тщательном сборе анамнеза, правильной оценке симптомов (охриплость, неприятные ощущения в горле, кашель), которые могут оказаться признаками злокачественных заболеваний глотки и гортани. При этом некоторые воспалительные системные и несистемные заболевания глотки и гортани клинически могут имитировать течение опухолевого процесса.

Цель – оценка диагностических критериев мультисрезовой компьютерной томографии при поражении глотки и гортани, позволяющих проводить дифференциальную диагностику опухолей и редких патологических состояний неопухолевого генеза.

Материал и методы

За последние 10 лет (2009–2018) на базе МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского проведено обследование более 3 тыс. человек с подозрением на опухолевый процесс гортани, у 19 из них диагностированы редко встречающиеся неопухолевые заболевания глотки и гортани.

Исследования пациентов проведены на мультисрезовых компьютерных томографах Philips Brilliance iCT 16 и iCT 256 по стандартному протоколу с в/в болюсным введением низко- или изоосмолярного контрастного препарата (в концентрации йода 370, объемом не менее 80–100 мл, со скоростью около 4–4,5 мл/с).

Результаты и обсуждение

По результатам КТ-исследований, а также последующего инструментального и гистологического дообследований, из общего числа пациентов с подозрением на опухолевое поражение глотки и гортани выявлено 19 редких случаев неопухолевого генеза с отсутствием типичных компьютерно-томографических симптомов, характерных для опухолевого поражения: в 2 случаях выявлена эктопированная щитовидная железа лингвальной локализации, в 2 случаях – ревматоидный артрит, в 1 – IgG4-связанное склерозирующее заболевание гортани, в 13 случаях – амилоидоз, в 1 – актиномикоз гортани.

Эктопированная щитовидная железа

Среди тиреоидной дисгенезии (dysgenesis – неполное развитие, нарушение развития) наиболее частой формой (48–61 %) является тиреоидная эктопия – смещение органа в соседние структуры в результате порока развития, травмы [3]. Распространенность в популяции тиреоидной эктопии составляет 1 случай на 100–300 тыс. человек [4]. Лингвальная (язычная) щитовидная железа (ЩЖ) является наиболее частой формой тиреоидной эктопии – 90 % всех случаев, сублингвальная форма встречается гораздо реже: интраларинготрахеальная локализация ЩЖ встречается в 7 % случаев [5–8]. Выделяют супрахиоидные и инфрахиоидные варианты в зависимости от уровня локализации процесса по отношению к подъязычной кости. У 70–75 % пациентов с лингвальной эктопированной ЩЖ отмечается отсутствие тиреоидной ткани в обычном месте. Локализация эктопированной ЩЖ в области головы и шеи разнообразна и может включать в себя: трахею, боковую поверхность шеи, поднижнечелюстную область, небные миндалины, каротидную бифуркацию, радужную оболочку глаза, гипофиз [9–11]. Общие симптомы: кашель, дисфагия, дисфония, диспноэ, кровотечение [12].

Клиническое наблюдение

Пациентка К., 68 лет, поступила в отделение оториноларингологии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского с диагнозом новообразование корня языка. Со слов

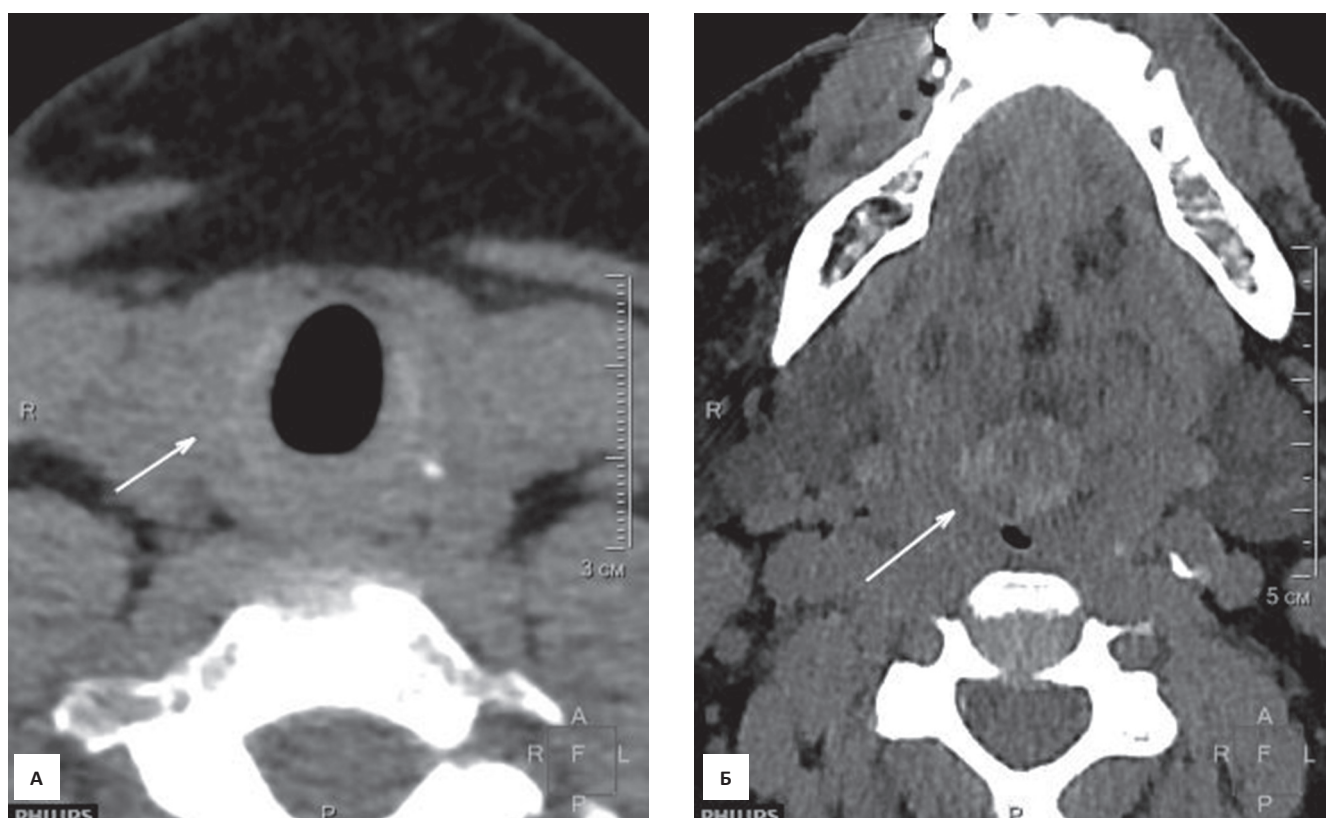


Рис. 1. Компьютерная томография шеи, бесконтрастное исследование, аксиальные изображения на разных уровнях сканирования: А – отсутствие визуализации щитовидной железы в типичном месте (стрелка). Б – неоднородной структуры дополнительное образование в корне языка, расположенное по средней линии (стрелка)

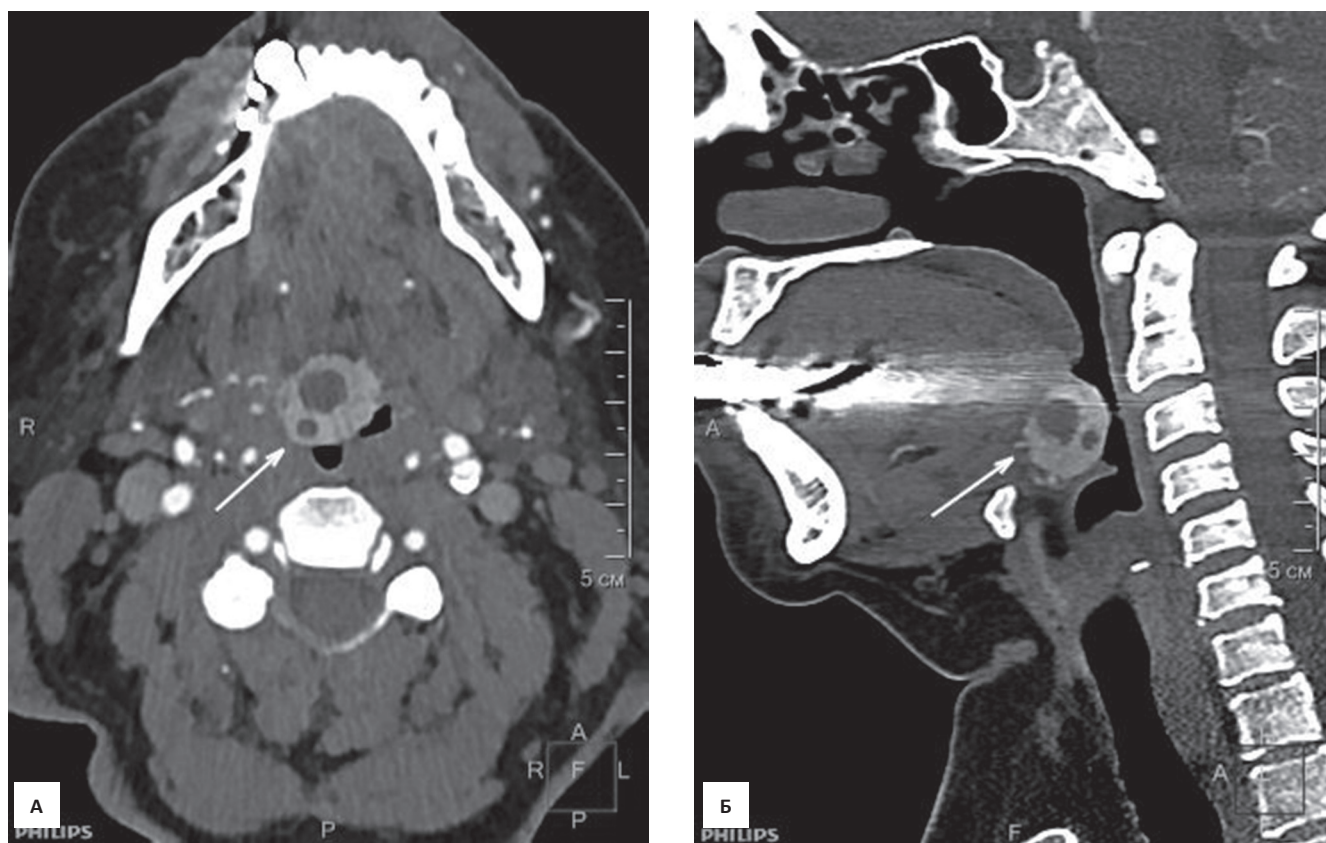


Рис. 2. Компьютерная томография шеи, постконтрастное исследование – артериальная фаза контрастного усиления, аксиальная (А) и сагиттальная (Б) проекции: неоднородной структуры дополнительное образование в корне языка, активно накапливающее контрастный препарат (стрелки)

пациентки, образование обнаружили год назад во время интубации в операционной (перед плановой холецистэктомией), до оперативного лечения жалоб не предъявляла. На момент осмотра пациентка предъявляла жалобы на наличие дискомфорта при глотании.

При фиброскопии – в области корня языка справа визуализируется кистообразное образование в толще тканей, покрытое неизменной слизистой, диаметром около 1 см. Слизистая оболочка гортаноглотки и гортани бледно-розовая, вестибулярные складки не изменены, голосовые складки серые, при фонации симметрично подвижны, голосовая щель широкая, голос звонкий, дыхание свободное в покое и при физической нагрузке.

При КТ-исследовании шеи от 19.04.17: в корне языка по срединной линии подслизисто визуализируется дополнительное объемное образование с четкими достаточно ровными контурами, размерами 16×21×20 мм (передне-задний, поперечный, вертикальный), негомогенной структуры за счет наличия гиподенсных очагов. При нативном исследовании образование повышенной плотности (рис. 1), при контрастном усилении активно накапливает контрастный препарат (рис. 2). Данное образование выбухает в область язычно-надгортанного углубления. Образование кровоснабжается ветвями обеих НСА. Дополнительные объемных образований в гортани не определяется. В типичном месте щитовидная железа не визуализируется (рис. 1). На шее с обеих сторон увеличенных лимфатических узлов не отмечается.

С учетом отсутствия в типичном месте тканей ЩЖ отмеченное дополнительное подслизистое образование корня языка, наиболее вероятно, является отображением эктопированной ЩЖ лингвальной локализации, с диффузными изменениями в ней.

УЗИ от 19.04.17: отсутствие визуализации ЩЖ в типичном месте. Образование в проекции дна полости рта, округлой формы, размером 20×19×18 мм с четкими достаточно ровными контурами, сниженной

эхогенности, неоднородное с жидкостными зонами в структуре.

Последующее проведение сцинтиграфии щитовидной железы от 03.05.17: в месте обычного расположения изображение ЩЖ не визуализируется. В загрудинной области тиреоидной ткани не обнаружено. В проекции корня языка визуализируется участок накопления препарата 2×2 см с диффузными изменениями – картина эктопированной ЩЖ с лингвальной локализацией.

Ревматоидный артрит

Представляет собой системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением мелких суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита неясной этиологии со сложным аутоиммунным патогенезом. Во взрослой популяции заболевание поражает 3 % населения [13]. При поражении гортани могут наблюдаться артриты хрящей гортани и ревматоидные узелки в самой гортани, которые, в свою очередь, могут вызывать обструкцию верхних дыхательных путей. В течение последних десятилетий прошлого века частота поражения гортани при ревматоидном артрите увеличилась с 31 до 75 %, что скорее всего связано с улучшением диагностики; при аутопсии этот показатель достигает 90 % [14–16].

Клиническое наблюдение

Пациентка Г., 40 лет, поступила в отделение оториноларингологии МОНКИ им. М.Ф. Владимирского с диагнозом новообразование гортаноглотки (киста?). Ревматоидный артрит. На момент осмотра пациентка предъявляла жалобы на ощущение инородного тела, дискомфорт в горле, затруднение дыхания при физической нагрузке, храп. Из анамнеза: считает себя больной в течение года, когда появились чувство инородного тела в горле, охриплость голоса. Лечилась консервативно. Охриплость прошла, чувство инород-

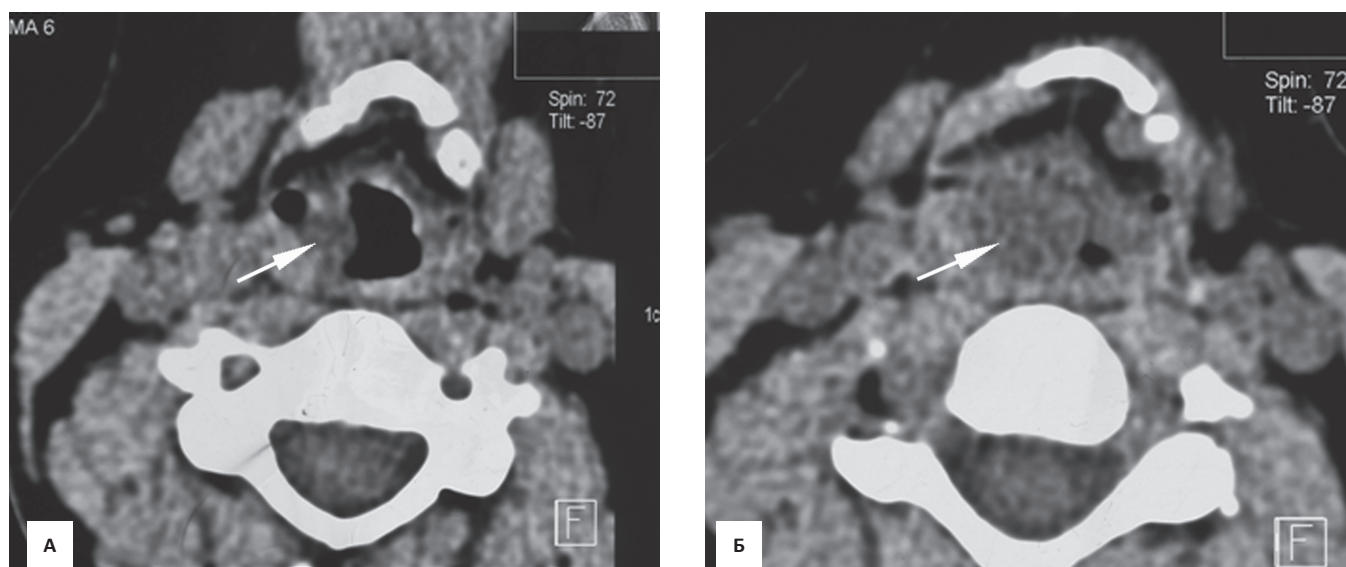


Рис. 3. Компьютерная томография гортани, бесконтрастное исследование, аксиальные изображения на разных уровнях гортани (А, Б): в правой черпалонадгортанной складке дополнительное гиподенсное образование, обтурирующее грушевидный синус (стрелки)

ного тела в горле сохранялось. При первичном КТ исследовании гортани с места жительства: в верхнем и среднем отделе гортани справа определяется дополнительное образование овальной формы, неоднородной плотности, размером 1,8×2×1 см, распространяющееся из-под надгортанника до нижнего края щитовидного хряща (рис. 3).

При фиброларингоскопии с пункцией образования гортаноглотки получен гной. Установлен диагноз «новообразование гортаноглотки (киста)», в течение последующих 3–4 мес к имеющимся жалобам присоединилась одышка при физической нагрузке. После консультации в клинко-диагностическом отделении МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского пациентка была госпитализирована в отделение оториноларингологии, где под наркозом выполнена ригидная гипофарингоскопия с удалением новообразования правого грушевидного синуса. Образование содержало примерно 2 мл гноя, без запаха. Данные гистологии: продуктивное воспаление с образованием гранулем типа ревматоидных узелков с некрозом коллагена и кистозной трансформацией. Выраженный ксантоматоз, воспалительная инфильтрация. Изменения ассоциированы с имеющимся у пациентки артритом.

При контрольной компьютерной томографии определялись воспалительные изменения левой голосовой складки, левого грушевидного синуса, признаки артрита сустава между телом и большим рогом подъязычной кости слева, левого перстнечерпаловидного сустава (рис. 4).

После коррекции лечения и достижения положительной динамики состояния пациентка выписана под наблюдение ревматолога и оториноларинголога по месту жительства.

Поражение гортани может быть единственным текущим признаком проявления ревматоидного артрита, сопровождаться деструктивными изменениями хрящей и имитировать множество заболеваний, как воспалительных, так и опухолевых. Правильно интерпретированные данные компьютерной томографии

должны сориентировать врача и нацелить на поиск системной патологии.

IgG4-связанное склерозирующее заболевание гортани

Это недавно описанная иммунозависимая системная патология с характерной диффузной или очаговой воспалительной инфильтрацией пораженных органов и тканей плазматическими клетками, экспрессирующими IgG4. В последующем отмечается развитие облитерирующего флебита и фибросклероза соответствующих органов. Заболевание протекает с разной степенью агрессивности с вовлечением одного органа или мультисистемными патологическими изменениями. Симптомы зависят от органа-мишени. Обширная инфильтрация IgG4 клетками плазмы и Т-лимфоцитами пораженного органа или органов нарушает форму и функции тканей, а также инициирует интенсивную воспалительную реакцию [17]. Эти процессы приводят к фиброзу, облитерирующему флебиту и образованию инфильтратов в пределах пораженного органа, которые часто ошибочно принимают за опухоли. В связи с этим постановка диагноза на ранних этапах и лечение глюкокортикоидами позволит избежать хирургического вмешательства.

Клиническое наблюдение

В МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского в течение 3 лет наблюдается пациент К., 80 лет, с диагнозом IgG4-склерозирующей болезни с изолированным поражением гортани. Из анамнеза известно, что жалобы на затруднение дыхания через естественные дыхательные пути, одышку и слабость появились в январе 2012 г. Спустя 3 мес он прошел комплексное обследование. При осмотре со стороны гортани определялось умеренное ограничение подвижности правой ее половины; слизистая оболочка была обычной окраски, гладкая; просвет сужен за счет утолщения правой вестибулярной и голосовой складок. Была заподозрена подслизистая опухоль гортани.



Рис. 4. Компьютерная томография гортани, постконтрастное исследование, аксиальные изображения: А – нечеткость и неровность контуров суставных поверхностей костей, образующих соединение между телом и большим рогом подъязычной кости слева (стрелка), мягкие ткани вокруг утолщены и уплотнены; Б – в левом грушевидном синусе визуализируется небольшое жидкостное образование (стрелка); В – структура левой голосовой складки уплотнена, складка увеличена в объеме с наличием мелкого жидкостного образования, в проекции левого перстнечерпаловидного сустава – также мелкое жидкостное образование (стрелки)

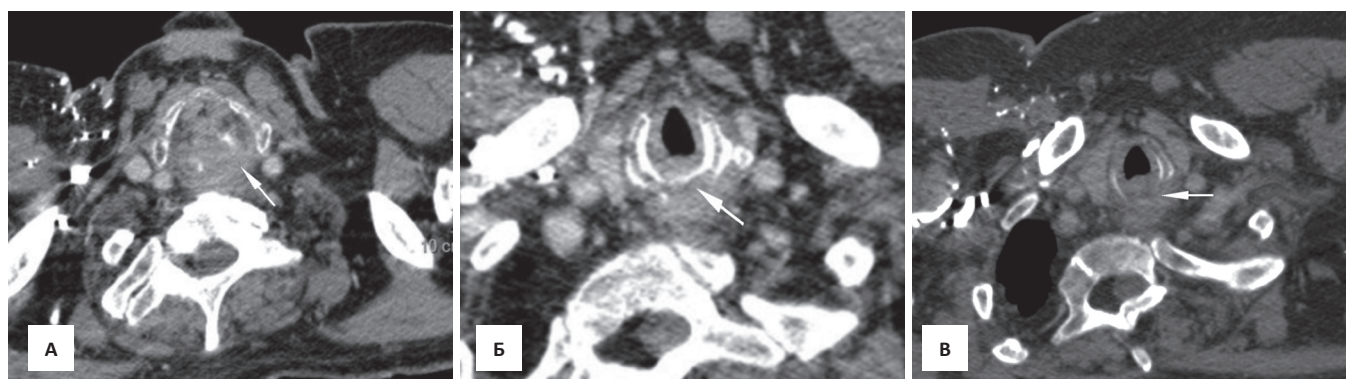


Рис. 5. Аксиальное изображение, венозная фаза мультифазного болюсного исследования: А – объемное образование задней стенки гортани (стрелка) с компрессией ретрофарингеального пространства, выраженной деструкцией черпаловидных хрящей (поражение правого хряща выражено больше); Б – деструкция пластинки перстневидного хряща (стрелка); В – распространение изменений на подскладочный отдел и шейную часть трахеи (стрелка)

При компьютерной томографии шеи до и после внутривенного болюсного введения контрастного препарата в количестве 100 мл выявлены изменения, расцененные как картина протяженной опухоли задней стенки гортани с деструкцией хрящей, распространением на трахею; не исключалась также вовлеченность в процесс верхнего отдела пищевода (рис. 5). При этом с уровня надскладочного отдела вдоль задней стенки гортани визуализировалась зона инфильтрации тканей без четких контуров, в виде картины дополнительного образования слабо неомогенной плотности, неправильной формы, с неровными и нечеткими очертаниями. Определялась протяженная деструкция пластинки перстневидного хряща, практически тотальная деструкция правого и менее выраженная деструкция левого черпаловидного хряща. Просвет гортани на уровне изменений резко сужен, голосовые и вестибулярные складки отечны, желудочки гортани не дифференцировались. После внутривенного контрастного усиления существенного накопления измененными тканями контрастного препарата не выявлено. Увеличенных и патологически измененных лимфатических узлов на шее не определялось.

Диагноз IgG4-склерозирующей болезни с изолированным поражением гортани был установлен в результате комплексного обследования с исключением системных поражений, определением уровня IgG4 в сыворотке крови и проведением иммуногистохимического исследования гистологических препаратов с окраской на плазмоциты, секретирующие IgG4. После установки диагноза пациенту проведен курс системной гормональной терапии. По результатам компьютерно-томографического исследования, выполненного через 9 мес, отмечена явная положительная динамика (рис. 6).

В настоящее время у пациента наступила стойкая клинко-рентгенологическая ремиссия заболевания.

Учитывая данный клинический случай, важно определить уровень IgG4 сыворотки и провести иммунофенотипирование биоптата при обнаружении объемного образования любой локализации без инфильтративного роста, не накапливающего активно контрастное вещество при КТ, но с исключением по данным гистологии лимфомы или неоплазии, а также при выявлении фиброза и лимфоплазмочитарной инфильтрации.

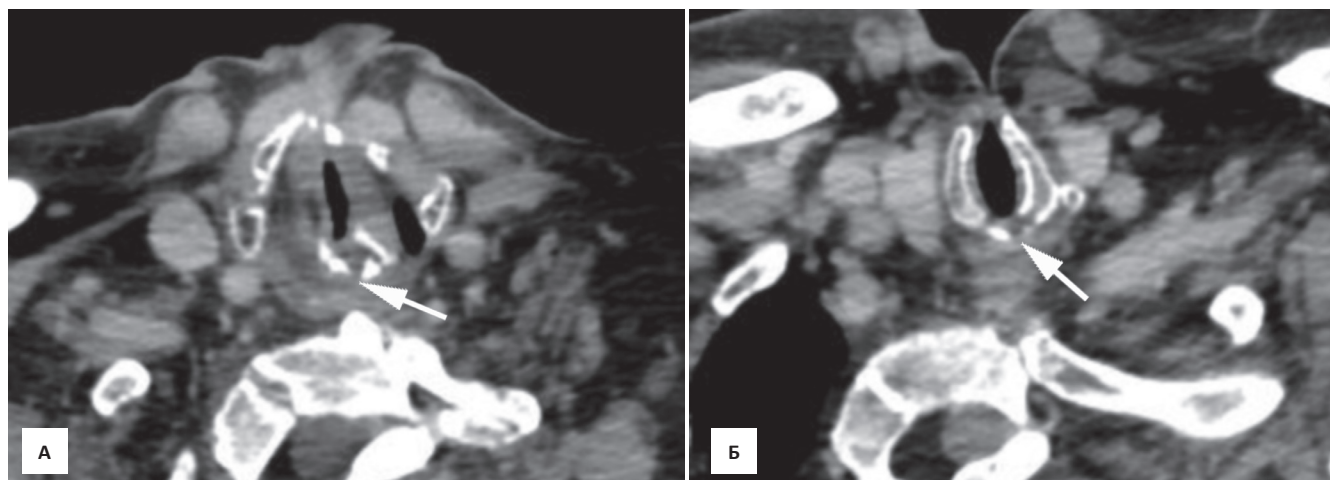


Рис. 6. Аксиальное изображение, венозная фаза мультифазного болюсного исследования, динамическое исследование через 9 мес: А – объемное образование задней стенки гортани значительно уменьшилось в размерах; определяются фрагменты правого и левого черпаловидного хряща (стрелка). Увеличилась структурность тканей гортани с более четкой дифференцировкой жировых и мышечных элементов. Б – структура перстневидного хряща уплотнилась, объем дефекта пластинки перстневидного хряща значительно уменьшился в размерах, края его четкие и ровные (стрелка)

Изолированный амилоидоз гортани

Представляет собой системную прогрессирующую дезорганизацию соединительной ткани с отложением аномального белка – амилоида [18, 19]. Респираторный тракт поражается у 50 % больных первичным генерализованным амилоидозом. Амилоид может откладываться в голосовых складках (иногда первый симптом болезни – охриплость), в околоносовых пазухах носа, в глотке, гортани, трахее, бронхах, межальвеолярных перегородках, в сосудах легких различного калибра. Первичный амилоидоз дыхательных путей – редко встречаемая патология. Диффузное отложение амилоида чаще наблюдается в области вестибулярной складки (55 %), желудочка гортани (36 %), подсвязочного пространства (36 %), голосовой связки (27 %), черпаловидно-подгортанной складки (23 %) и передней комиссуры (14 %) [20–23].

Клиническое наблюдение

Пациентка О., 61 года, обратилась с жалобами на охриплость, затруднение дыхания при физической нагрузке и дискомфорт в горле при глотании. В течение 3 мес перед госпитализацией отмечала усиление одышки, охриплости, затруднения дыхания при физической нагрузке. Больная наблюдалась у оториноларинголога по месту жительства, ей проводилась общая и местная противовоспалительная терапия. В связи с неясностью клинической картины и отсутствием эффекта от проводимой консервативной терапии была направлена в МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. В анамнезе вредные привычки отрицает, предшествующих и сопутствующих заболеваний нет. При фиброларинготрахеоскопии: вход в гортань свободен, обе половины гортани подвижны при фонации. На уровне подголосового отдела гортани и 1-го кольца трахеи обнаружено новообразование бугристой формы желтоватого цвета с сужением просвета гортани I степени. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Другие ЛОР-органы – без видимой патологии. Взят биоптат из новообразования. Результат гистологического исследования биоптата: обширные поля отложений амилоида. После получения гистологического заключения пациентка была полностью обследована и системный амилоидоз был исключен.

На основании полученных данных клинического, гистологического и инструментального методов исследования был поставлен диагноз «первичный локальный амилоидоз подскладкового отдела гортани с распространением на верхнюю треть трахеи». Проведено хирургическое вмешательство: эндоларингеальная микрохирургия с удалением амилоидных масс гортани и верхней трети трахеи с восстановлением воздушного просвета.

Пациентка наблюдалась без рецидива амилоидной опухоли гортани и трахеи в течение 4 лет после хирургического лечения, регулярно выполнялась компьютерная томография гортани. При очередном плановом обследовании был выявлен рецидив заболевания. При компьютерной томографии определяется циркулярная инфильтрация подскладкового отдела гортани и шейной части трахеи. После внутривенного контрастного усиления отмечалось умеренное гомогенное накопление контрастного препарата патологической тканью. Внутрисветные очертания инфильтрации – четкие, бугристые. Деструкции хрящей гортани и колец трахеи, признаков шейной лимфаденопатии не выявлено (рис. 7).

Компьютерно-томографическая картина амилоидоза неспецифична и характеризуется наличием циркулярной подслизистой инфильтрации, с умеренным накоплением контрастного препарата. Амилоидоз следует включать в дифференциально-диагностический ряд вместе с гранулематозными поражениями при туберкулезе, саркоидозе, гранулематозе Вегенера.

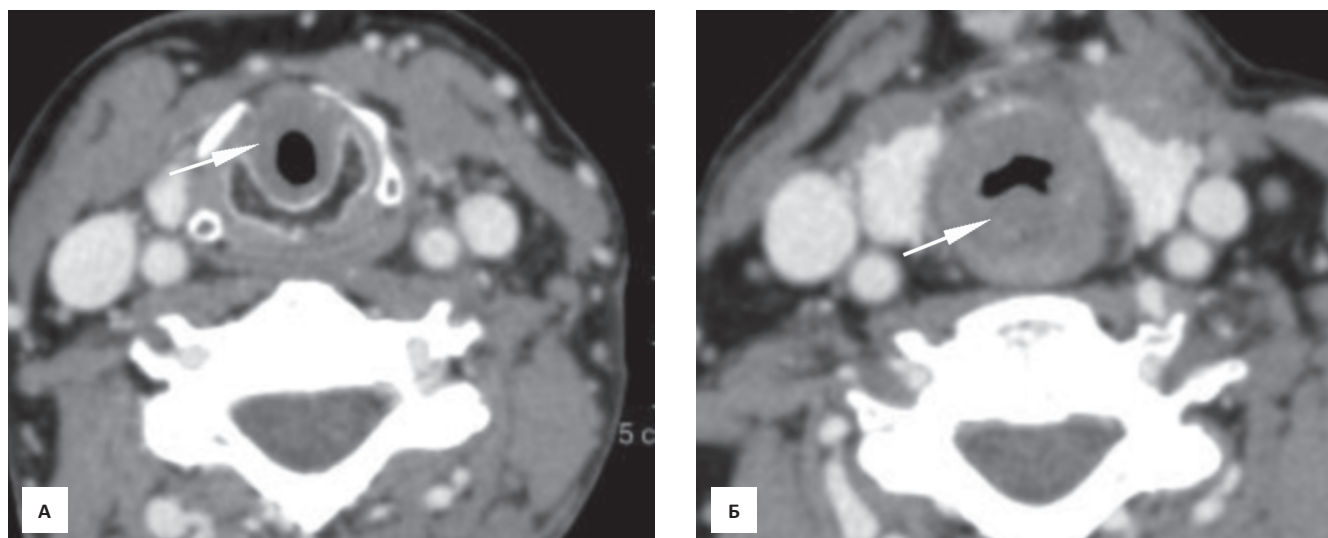


Рис. 7. Компьютерная томография шеи, постконтрастное исследование, аксиальные сканы (А, Б): циркулярная инфильтрация гортани и трахеи (стрелки) с сужением просвета. Отсутствие визуализации регионарных увеличенных и измененной плотности лимфатических узлов

Шейный актиномикоз

Представляет собой редкое заболевание, вызванное грамположительными анаэробными бактериями – представителями нормальной флоры дыхательных путей и пищеварительного тракта. Большинство актиномицетов, обитающих в полости рта, относятся к аэробам. При патологических процессах, чаще одонтогенной природы, аэробные актиномицеты переходят в анаэробную форму и вместе с другими бактериоидами гнездятся в некротическом распаде пульпы зуба, околокорневых деструктивных очагах, патологических зубных карманах при пародонтите, затрудненном прорезывании зуба. Выделяют три клинические формы актиномикоза: шейный, брюшной и легочный. На шейный актиномикоз приходится от 50 до 80 % случаев. Диагностика может быть затруднена из-за нехватки общих знаний, возможного атипичного течения процесса и неспецифических рентгенологических симптомов [24–26]. Клинически и рентгенологически у таких пациентов часто предполагается опухолевый процесс, гранулематозное воспаление, туберкулезная или грибковая инфекция [27]. Часто диагноз ставится только по результатам биопсии [28, 29]. Компьютернотомографическая картина актиномикоза может иметь различные варианты, как правило, это солидные дополнительные образования с нечеткими наружными контурами с признаками инвазии и воспаления в окружающих мягких тканях [30]. Актиномикозу свойственно распространение через фасциальные пространства шеи. Этот инфильтративный характер распространения присущ также абдоминальному и торакальному актиномикозу [31, 32]. Еще одной особенностью можно считать относительно гомогенное умеренное накопление контрастного препарата, с отсутствием больших зон некроза и кистозных участков. В отдельных случаях могут наблюдаться мелкие кистовидные участки, связанные с гистологической природой актиномикоза, при наличии центрального очага гнойного расплавления, окруженного грануляционной тканью и выраженным фиброзом [33].

Клиническое наблюдение

Пациент К., 46 лет, был госпитализирован в отделение челюстно-лицевой хирургии с диагнозом «новообразование шеи». Пациент заметил образование около месяца назад, обращался в поликлинику по месту жительства, после консультации челюстно-лицевого хирурга был направлен на госпитализацию. При рентгеновской компьютерной томографии шеи – справа по ее боковой поверхности определялось дополнительное образование, представленное преимущественно солидной тканью с небольшими кистозными включениями. Сольидный компонент умеренно накапливал контрастный препарат. Образование располагалось подкожно, сливалось с наружной и передней поверхностями жевательной мышцы, наружные очертания его были нечеткие и неровные, окружающая клетчатка выражено инфильтрирована, отечна. Измененная клетчатка определялась также в парафарингеальном пространстве и сливалась с увеличенной в объеме правой небной миндалиной (рис. 8).

Локализация и остальные КТ-характеристики не соответствовали проявлениям типичной воспалительной или метастатической лимфаденопатии при опухолях глотки. Была рекомендована гистологическая верификация. Однако у пациента быстро развилась клиника острого воспаления, и он был взят на экстренную операцию. Было выполнено удаление образования с иссечением клетчатки шеи. Гистологически: признаки хронического абсцесса, абсцедирующего гнойного лимфаденита с наличием друз актиномицетов. Послеоперационный период без осложнений.

Актиномикоз должен быть включен в дифференциальный диагноз при визуализации на шее или в гортани солидных образований, умеренно накапливающих контрастный препарат, особенно с существенной воспалительной реакцией окружающей клетчатки. Немаловажное значение имеют мелкие очаги некроза и отсутствие выраженной реактивной шейной лимфаденопатии при солидных образованиях даже больших размеров, что также очень характерно для актиномикоза.

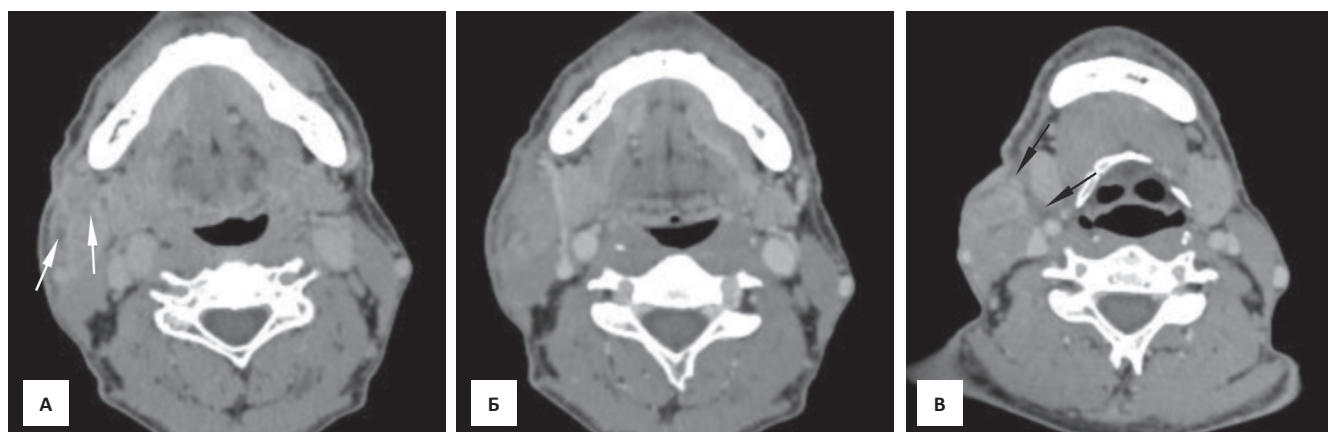


Рис. 8. Компьютерная томография шеи, постконтрастное исследование, аксиальные сканы (А, Б, В): дополнительное образование наружной поверхности шеи справа, сливающееся с жевательной мышцей и кожей, с мелкими очагами пониженной плотности в структуре (белые стрелки) и выраженными инфильтративными изменениями клетчатки вокруг (черные стрелки)

Заключение

Проведение лучевого, в частности компьютерно-томографического, исследования у пациентов с подозрением на опухоль гортани и глотки позволяет дифференцировать неопухолевые, в том числе достаточно редкие заболевания, с учетом локализации, характера распространенности процесса, особенностей накопления контрастного препарата и отсутствия признаков типичной регионарной метастатической лимфаденопатии. В сочетании с углубленным инструментальным дообследованием и динамическим наблюдением такой подход позволяет выбрать правильную тактику лечения пациентов и в ряде случаев избежать хирургического вмешательства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1997. 480 с.
2. Ушаков В.С., Иванов С.В. Рак гортани: современные возможности и перспективы // Практическая онкология. 2003. Т. 4. № 1. С.56–60.
3. Ibrahim N.A., Fadeyibi I.O. Ectopic thyroid: etiology, pathology and management // Hormones 2011. Vol. 10. № 4. P. 261–9.
4. Larochelle D., Arcand P., Belzile M., Gagnon N.B. Ectopic thyroid tissue – a review of the literature // J. Otolaryngol. 1979. Vol. 8. P. 523–30.
5. Kalan A., Tariq M. Lingual thyroid gland: clinical evaluation and comprehensive management // Ear. Nose Throat J. 1999. Vol. 78. P. 340–1, 345–9.
6. Kansal P., Sakati N., Rifai A., Woodhouse N. Lingual thyroid. Diagnosis and treatment // Arch. Intern. Med. 1987. Vol. 147. P. 2046–8.
7. Sung Y.M., Lee K.S., Han J., Cho E.Y. Intratracheal ectopic thyroid tissue with adenomatous hyperplasia in a pregnant woman // Amer. J. Roentgenol. 2008. Vol. 190. P. 161–3.
8. Wong R.J., Cunningham M.J., Curtin H.D. Cervical ectopic thyroid // Amer. J. Otolaryngol. 1998. Vol. 19. P. 397–400.
9. Ibrahim N.A., Oludara M.A. Lateral cervical ectopic thyroid masses with eutopic multinodular goiter: an unusual presentation // Hormones (Athens). 2009. Vol. 8. P. 150–3.
10. Malone Q., Conn J., Gonzales M. et al. Ectopic pituitary fossa thyroid tissue // J. Clin. Neurosci. 1997. Vol. 4. P. 360–3.
11. Tiberti A., Damato B., Hiscott P., Vora J. Iris ectopic thyroid tissue: report of a case // Arch. Ophthalmol. 2006. Vol. 124. P. 1497–500.
12. Toso A., Colombani F., Averono G. et al. Lingual thyroid causing dysphagia and dyspnoea. Case reports and review of the literature // Acta Otorhinolaryngol. Ital. 2009. Vol. 29. P. 213–7.
13. Pickhard A., Smith E., Rottscholl R. et al. Disorders of the larynx and chronic inflammatory diseases // Laryngorhinootologie. 2012. Vol. 91. № 12. P. 758–66. DOI: 10.1055/s-0032-1323769.
14. Lawry G.V., Finerman M.L., Hanafee W.N. et al. Laryngeal involvement in rheumatoid arthritis. A clinical, laryngoscopic, and computerized tomographic study // Arthritis Rheum. 1984. Vol. 27. № 8. P. 873–82.
15. Voulgari P.V., Papazisi D., Bai M. et al. Involvement in rheumatoid arthritis // Rheumatol. Int. 2005. Vol. 25. № 5. P. 321–5.
16. Ylitalo R., Heimbürger M., Lindestad P.A. Vocal fold deposits in autoimmune disease – an unusual cause of hoarseness // Clin. Otolaryngol. Allied. Sci. 2003. Vol. 28. № 5. P. 446–50.
17. Cheuk W., Chan J.K. IgG4-related sclerosing disease: a critical appraisal of an evolving clinicopathologic entity // AdvAnatPathol. 2010. Vol. 17. № 5. P. 303–32. DOI: 10.1097/PAP.0b013e3181ee63ce.
18. Kyle R.A. Amyloidosis: a convoluted story // Brit. J. Haematol. 2001. Vol. 114. № 3. P. 529–38.
19. Sideras K., Gertz M.A. Amyloidosis // Adv. Clin. Chem. 2009. Vol. 47. P. 1–44.
20. Gilad R., Milillo P., Som P.M. Severe diffuse systemic amyloidosis with involvement of the pharynx, larynx, and trachea: CT and MR findings // AJNR Amer. J. Neuroradiol. 2007. Vol. 28. № 8. P. 1557–8.
21. Siddachari R.C., Chaukar D.A., Pramesh C.S. et al. Laryngeal amyloidosis // J. Otolaryngol. 2005. Vol. 34. № 1. P. 60–3.
22. Ergas D., Abramowitz Y., Lahav Y. et al. Exertion dyspnea and stridor: an unusual presentation of localized laryngeal amyloidosis // Isr. Med. Assoc. J. 2006. Vol. 8. № 1. P. 73–4.
23. Morawska A., Wiatr M., Składzień J. Ways of treatment of non-malignant laryngeal tumors in older patients – laryngeal amyloidosis // Otolaryngol. Pol. 2008. Vol. 62. № 2. P. 141–4.
24. Belmont M.J., Behar P.M., Wax M.K. Atypical presentations of actinomycosis // Head Neck. 1999. Vol. 21. № 3. P. 264–8.
25. Allen H.A. 3rd, Scatarige J.C., Kim M.H. Actinomycosis: CT findings in six patients // AJR Amer. J. Roentgenol. 1987. Vol. 149. № 6. P. 1255–8.
26. Silverman P.M., Farmer J.C., Korobkin M., Wolfe J. CT diagnosis of actinomycosis of the neck // J. Comput. Assist. Tomogr. 1984. Vol. 8. № 4. P. 793–4.
27. Nagler R., Peled M., Laufer D. Cervicofacial actinomycosis: a diagnostic challenge // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. 1997. Vol. 83. № 6. P. 652–6.
28. Ermis I., Topalan M., Aydin A., Erer M. Actinomycosis of the frontal and parotid regions // Ann. Plast. Surg. 2001. Vol. 46. № 1. P. 55–8.
29. Nagler R.M., Ben-Arieh Y., Laufer D. Case report of regional alveolar bone actinomycosis: a juvenile periodontitis-like lesion // J. Periodontol. 2000. Vol. 71. № 5. P. 825–9.
30. Weber A.L., Siciliano A. CT and MR imaging evaluation of neck infections with clinical correlations // Radiol. Clin. North Amer. 2000. Vol. 38. № 5. P. 941–68, ix.
31. Ha H.K., Lee H.J., Kim H. et al. Abdominal actinomycosis: CT findings in 10 patients // AJR Amer. J. Roentgenol. 1993. Vol. 161. № 4. P. 791–4.
32. Kwong J.S., Müller N.L., Godwin J.D. et al. Thoracic actinomycosis: CT findings in eight patients // Radiology. 1992. Vol. 183. № 1. P. 189–92.
33. Von Lichtenberg F. Infectious disease. In: Contran R.S., Kumar V., Robbins S.L., editors. Pathologic basis of disease. 4th ed. Philadelphia: Saunders. Vol. 1989. P. 383–4.

Differential Diagnosis of Rare Non-Tumoral Diseases of the Pharynx And Larynx

E.A. Stepanova, M.V. Vishnyakova, D.M. Mustafaev, D.V. Akhtyamov, D.V. Podrez

Moscow Regional Research and Clinical Institute, Moscow, Russia. E-mail: stepanova-moniki@mail.ru

Abstract

Diagnosis of neoplasms, especially malignant, of the larynx and pharynx and their differential diagnosis with non-tumor lesions is one of the most urgent and socially significant problems in modern oncology. Over 3000 patients with suspected cancer of the larynx and pharynx were examined in the Moscow Regional Research and Clinical Institute over the last 10 years. In most cases a CT scan was performed. Rare non-tumor diseases were confirmed in 0,5 % of the cases. In all the cases further clinical laboratory tests were carried out after the radiation examination, confirming the non-tumor nature of the identified changes, which fundamentally changed the tactics of treatment.

Key words: computed tomography, ectopic thyroid gland, IgG4-related systemic disease, rheumatoid arthritis, amyloidosis, actinomycosis