

·短篇论著·

32例甲状腺炎合并甲状腺恶性肿瘤临床分析

吴 唯 唐中华^① 李小荣

中南大学湘雅医学院附属第三医院普外二科 (长沙市 410013)

关键词 甲状腺肿瘤 甲状腺炎 外科手术

甲状腺炎是临床上并不常见的甲状腺疾病,但发病率呈上升的趋势,近年相继有关于甲状腺炎合并甲状腺肿瘤的文献报道,笔者收集我们医院1984年1月至2003年12月间手术治疗的32例甲状腺炎合并甲状腺恶性肿瘤的临床资料,报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组女性27例,男性5例。年龄19~70岁(平均41.3岁)。病程半月至17年。甲状腺区疼痛及压痛者12例,3例伴有呼吸不畅,32例均可扪及甲状腺结节。手术前12例诊断为甲状腺炎并发甲状腺结节,其余诊断为其他的甲状腺疾病。12例作TGA、TMA, TGA及TMA均增高者6例,均正常者6例。均测定T₃、T₄、FT₃、FT₄、TSH。首次检测T₃、T₄、FT₃、FT₄均增高者5例,经服用丙基硫氧嘧啶1~3个月后均恢复正常。TSH增高7例。甲状腺SPECT(或¹³¹I扫描)检查18例,显示为“凉结节”者4例,“冷结节”者14例,但SPECT图像显示甲状腺放射线分布均较为稀疏。甲状腺B超检查,26例显示为甲状腺“实质性”结节,6例为“混合性结节”,甲状腺普遍显示为“光点增粗”。CT检查4例,提示甲状腺癌3例,甲状腺腺瘤1例。

1.2 手术方式

全组病例均施行甲状腺癌根治术,即行结节所在侧的甲状腺叶全切加峡部切除加对侧甲状腺叶次全切除术(其中6例为对侧叶的部分切除术,1例因峡部缺如行肿瘤侧全切)。9例同时行同侧颈淋巴结清扫术。

2 结果

全组病例均经术中快速切片及术后石蜡切片确诊。其中桥本甲状腺炎合并甲状腺癌24例,桥本甲状腺炎合并淋巴瘤3例,亚急性甲状腺炎合并甲状腺癌4例,木样甲状腺炎合并甲状腺癌1例。甲状腺癌的病理分型为:乳头状腺癌23例,滤泡状腺癌5

例,乳头状与滤泡状混合癌1例。3例淋巴瘤均为B细胞型。32例均获随访,随访时间为2~11年,平均5年8个月。1例B细胞型淋巴瘤患者术后1年半死亡。其余均健在,未发现有结节复发或转移者。

3 讨论

国外报道桥本甲状腺炎并发甲状腺癌的发病率为0.15%~38%^[1-3],淋巴瘤0.15%~5%^[1,4]。对其发病机制可能有^[1-3]:(1)桥本甲状腺炎是甲状腺的慢性炎症,其导致甲状腺的结构破坏,影响甲状腺激素产生,负反馈刺激TSH分泌,长期高水平的TSH刺激使甲状腺肿大,激发甲状腺癌的产生。本组患者中TSH增高者7例,亦支持上述观点。(2)桥本甲状腺炎存在器官特异抑制性T细胞功能障碍,使得局部免疫监视作用降低,结果导致甲状腺癌的发生和生长。(3)桥本甲状腺炎组织中大量淋巴细胞浸润、淋巴滤泡形成,而自身免疫反应中发生对淋巴细胞的慢性抗原性刺激,可能导致淋巴细胞群更易发生肿瘤性改变,故有人认为其是甲状腺淋巴瘤的危险因素。对亚急性甲状腺炎和木样甲状腺炎与甲状腺癌的报道国内外少见,赵吉生等报道372例亚急性甲状腺炎,6例并发甲状腺癌,发病率为1.61%^[5]。它们与甲状腺癌并存的发病机理研究不多,我们认为可能亦与两者病因相同有关,具体尚待进一步探讨。

甲状腺炎与甲状腺恶性肿瘤并存的诊断比较棘手。我们的体会是,凡遇到下列情况之一者,应高度疑为可能是甲状腺炎与甲状腺恶性肿瘤并存:1)有结节的甲状腺炎,经系统药物治疗后,结节无缩小趋势或增大者;2)甲状腺扪诊时仅有甲状腺的一叶或部分叶甲状腺质硬、有压痛,而非弥漫性甲状腺肿大、质硬、压痛者;3)临床高度疑为甲状腺炎、甲状腺可扪及明确结节,经甲状腺SPECT扫描检查为“凉-冷”结节,而B超证实为实质性结节者。

目前多数学者主张对甲状腺炎合并孤立的甲状腺肿块,甲状腺素抑制治疗无效,合并冷结节,进行

(下转第1134页)

^① 中南大学湘雅医学院附属第二医院乳腺外科

通讯作者:吴唯, wuweis912@hotmail.com

- 13 Kamitori M, Takubo K, Nakamura K, et al. Telomerase activity and telomere length in benign and malignant human thyroid tissues[J]. Cancer Lett, 2000, 159(2): 175~181
- 14 Umbricht CB, Conrad GT, Clark DP, et al. Human telomerase reverse transcriptase gene expression and the surgical management of suspicious thyroid tumors [J]. Clin Cancer Res, 2004, 10(17): 5762~5768
- 15 Chu QD, Hurd TC, Marvey S, et al. Overexpression of urinary plasminogen activator (uPA) protein and mRNA in thyroid carcinogenesis[J]. Diagn Mol Pathol, 2004, 13(4): 241~246
- 16 Hesse E, Musholt PB, Potter E, et al. Oncofetal fibronectin - a tumour-specific marker in detecting minimal residual disease in differentiated thyroid carcinoma[J]. 2005, 93(5): 565~570
(2006- 12- 12 收稿)
(孙慧校对)

(上接第 1126 页)

性增大的结节, 合并相关的压迫症状或怀疑并发甲状腺恶性肿瘤者应积极进行手术治疗^[6-8]。关键的问题是手术范围的大小。无论采用何种手术方式, 在决定前应仔细探查甲状腺, 切除包括峡部在内的部分甲状腺组织或孤立的结节进行快速病理切片检查。如果快速病理确诊为甲状腺恶性肿瘤, 则根据肿瘤的大小、肿瘤分化程度、患者年龄、转移情况、浸润程度来决定手术方式; 快速病理切片确诊为甲状腺炎则行甲状腺组织活检加峡部切除即可, 以解除其对或对气管产生的压迫; 快速病理切片不能确诊时, 不应盲目扩大甲状腺的切除范围, 待石蜡切片确诊后再决定治疗方案。

并发甲状腺癌者预后好, 可能由于癌灶旁边的甲状腺炎症淋巴细胞浸润以及血浆中淋巴细胞渗出, 抑制和减小癌细胞远处转移^[2,3]。我们认为除以上原因外, 可能还与合并癌中多为分化好的乳头状癌以及微小癌和隐匿癌有关。

参考文献

- 1 吴 唯,唐中华,吕新生,等.桥本病及其共存的甲状腺疾病诊治分析[J].中华普通外科杂志,2003,18(3):173~175

- 2 Scafani AP, Valdes M, Cho H. Hashimoto's thyroiditis and carcinoma of the thyroid: optimal management [J]. Laryngoscope, 1993, 103(8): 845~849
- 3 Loh KC, Greenspan FS, Dong F, et al. Influence of lymphocytic thyroiditis on the prognostic outcome of patients with papillary thyroid carcinoma[J]. J Clin Endocrinol Metab, 1999, 84(2):458~463
- 4 王凤鸣.原发性甲状腺恶性淋巴瘤(附 4 例报告)[J].中国肿瘤临床, 1993,20(1):75~76
- 5 赵吉生,盖宝东,房学东,等.亚急性甲状腺炎并发甲状腺癌的诊治[J].吉林大学学报(医学版),2003,29(5):656~657
- 6 Tanimi DM. The association between chronic lymphocytic thyroiditis and thyroid tumors [J]. Int J Surg Pathol, 2002, 10(2): 141~146
- 7 吴 唯,唐中华,房献平,等.桥本病合并甲状腺恶性肿瘤临床分析[J].中国实用外科杂志,2003,23(3):156~157
- 8 徐小明,王 平,虞志刚.桥本病并发甲状腺恶性肿瘤 18 例的诊断与治疗[J].中华普通外科杂志,2001,16(7):427~428

(2006- 11- 17 收稿)

(2007- 03- 15 修回)

(孙慧校对)