

文章编号:1005-6947(2008)03-0289-03

· 简要论著 ·

甲状腺嗜酸细胞癌:附2例报告并国内文献复习

付言涛¹, 孙辉¹, 赵吉生², 郑泽霖²

(吉林大学中日联谊医院 1. 乳腺甲状腺外科 2. 胃肠外科, 吉林 长春 130033)

摘要:目的 探讨甲状腺嗜酸细胞癌的诊断和治疗。方法 报告2例甲状腺嗜酸细胞癌,并复习国内近10年有关甲状腺嗜酸细胞癌文献。结果 2例中1例行术中冷冻病理检查,证实后行甲状腺患侧叶全切除术;1例术中诊断结节性甲状腺肿,行次全切除术,术后病理检查证实。国内文献报道30例,术前皆未诊断嗜酸细胞癌,4例细针穿刺检查、8例术中快速病理诊断恶性肿瘤,行侧叶全切除术合并对侧叶次全切除术;7例术后病理诊断嗜酸细胞癌再次行患侧叶全切除术合并对侧叶次全切除术,3例术中快速病理诊断对侧乳头状癌,行对侧叶全切除术合并侧叶次全切除术,术后病理证实甲状腺嗜酸细胞癌,8例患侧叶次全切除术后病理证实甲状腺嗜酸细胞癌定期复查;30例随访1例复发,无死亡病例。结论 提高甲状腺嗜酸细胞癌的认识,行根治性治疗,TSH抑制治疗,预后良好。

[中国普通外科杂志,2008,17(3):289-291]

关键词: 甲状腺肿瘤/外科学;嗜酸细胞癌/诊断

中图分类号: R 736.1; R 730.261

文献标识码: B

甲状腺嗜酸细胞癌(Hurthle cell cancer, HCC)是一种比较罕见的肿瘤,国内自1997年来共报道30例^[1-12]。国外文献^[13]报道发病率约占甲状腺癌的0.4%~10%。笔者近10年来治疗2例HCC,并复习国内文献,现报告如下。

1 病例报告

例1 男,26岁。因颈部肿物4年,增大较快1年入院。体格检查:甲状腺左叶明显增大,其内可触及一肿物,大小约5.5 cm×4.5 cm,肿物质地韧,表面光滑,边界清楚,气管居中;甲状腺右叶未触及肿物。术前诊断:结节性甲状腺肿。术中见甲状腺左叶肿物表面动静脉明显迂曲、增粗,呈网状,行甲状腺左叶次全切除术。病理报告:甲状腺嗜酸细胞癌。患者拒绝再次行甲状腺癌根治,术后口服左旋甲状腺素(优甲乐)100~150 μg/d抑制TSH治疗,控制TSH在0.1 μIU/mL左右。随访3年,无复发及转移。

例2 男,57岁。因颈部肿物6年入院。体格检查:甲状腺左叶触及一大约7 cm×6.5 cm

肿物,质地韧,表面光滑,边界清楚,肿物压迫气管致气管右移。术前诊断:结节性甲状腺肿。术中见肿物表面静脉血管迂曲扩张,直径达0.6 cm,上极可见多个增粗动静脉。先行左叶次全切除术,术中冷冻切片(FS)检查:甲状腺嗜酸细胞肿瘤,部分血管浸润。行甲状腺左叶全切除术,右叶次全切除术,左侧颈淋巴结清扫术。病理检查:甲状腺左叶嗜酸细胞癌;左侧颈淋巴结16枚,未见癌转移;右叶未见癌。术后口服优甲乐75~125 μg/d治疗,控制在TSH0.1~0.4 μIU/mL,随访2年,无复发及转移。

2 近10年国内文献复习

自1997年来国内报道HCC 30例。有详细临床资料4例:男女各2例,年龄23~60岁。主诉为颈部无痛性肿块,逐渐增大,病史15 d至3年不等,其中3例肿物质地韧,1例质地硬,3例肿物>4 cm,甲状腺功能检查均正常,核素扫描3例为“冷结节”,1例为“热结节”。4例均未行细针穿刺细胞学检查(FNA)和术中FS检查。术前诊断甲状腺腺瘤1例,甲状腺肿物2例,结节性甲状腺肿1例。4例初次手术均行患侧次全切除术,术后病理证实HCC,2例行再次行患侧叶全部切除术合并对侧叶次全切除术,2例未行二期手术治疗。4例中3例术后抑制TSH治疗,3例术后随

收稿日期:2007-11-19; 修订日期:2008-02-25。

作者简介:付言涛,男,吉林大学中日联谊医院博士研究生,主要从事甲状腺乳腺疾病的临床和基础方面的研究。

通讯作者:孙辉 E-mail:sunhui1229@163.com

访10个月至3.5年不等,无复发转移,另1例次全切除术后无随访资料。多数病例与甲状腺嗜酸细胞肿瘤(Hurthle cell tumor, HCT)一并分析,多数质地韧,未报道甲状腺功能异常,无核素扫描与CT检查资料。另26例中细针穿刺细胞学检查4例,皆误诊甲状腺滤泡状癌(FTC),术中未行FS检查,行患侧叶全切除术与对侧叶次全切除术,病理诊断HCC;其余22例术前诊断结节性甲状腺肿或甲状腺腺瘤手术治疗,其中4例肿物术中行FS检查诊断为HCC;4例淋巴结FS检查证实为转移癌,行患侧叶全切除术与对侧叶次全切除术,术后病理诊断HCC;有5例行甲状腺肿物切除或患侧叶次全切除术,术后病理为HCC,而再次行患侧叶全切除术,对侧叶次全切除术;3例术中FS检查一侧乳头状癌,行全切除术,另一侧结节性甲状腺行次全切除术,术后理为一侧叶为甲状腺乳头状癌(PTC),一侧HCC;余6例仅报道行患侧叶全部切除术,对侧叶次全切除术,病理诊断HCC。随访资料统计,30例中27例随访10个月至10年,仅1例行患侧叶全切除术,对侧次全切除者术后4年出现局部复发,未提示复发后的进一步治疗;其他未见复发和转移。3例无随访资料。

3 讨论

HCC较为罕见,国内自1997年来仅报道HCC 30例,1935年以来,英文文献报道约400例^[14]。甲状腺肿瘤中嗜酸细胞的比例大于75%的称HCT,良性的称嗜酸细胞瘤(Hurthle cell adenoma, HCA),恶性即HCC。HCC的诊断根据:(1)Hurthle细胞在肿瘤细胞中的比例大于75%;(2)镜下可发现包膜浸润、血管浸润或远处转移。

HCC是甲状腺滤泡状癌的一个亚型,其自然病程和预后与滤泡状癌相似^[15]。近期有些研究认为嗜酸细胞癌应当划为一个独立的病理类型,部分学者提出了乳头状嗜酸细胞癌(Hurthle cell papillary thyroid carcinoma, HCPTC)^[16]的命名,特征是甲状腺乳头状癌灶中的乳头状结构是由嗜酸细胞组成,嗜酸细胞数超过了75%,且显示乳头状癌的细胞核特征。国内报道3例乳头状嗜酸细胞癌,支持乳头状嗜酸细胞癌的独立存在,认为并不是甲状腺滤泡状癌的一种亚型。

甲状腺嗜酸细胞癌多为无痛性逐渐增大肿物,多数质地韧,少数质地硬,类似甲状腺乳头状癌。国内文献有详细临床资料4例及本组2例均为实质性肿物。CT检查有详细报道的仅1例,呈

现低密度或等密度改变。30例HCC报道甲状腺功能均未见异常。有详细甲状腺核素扫描资料的4例,其中3例为“冷结节”,1例为“热结节”。FNA检查,国外文献认为对区分甲状腺结节是否嗜酸细胞肿瘤具有重要意义,鉴别肿瘤良恶性则比较难^[17]。国内文献报道4例HCC行FNA检查,均误诊为滤泡状癌,原因可能是病例数较少。在甲状腺手术中,多常规应用术中FS检查。国外文献报道^[18]甲状腺嗜酸细胞癌术中FS检查确诊率也比较低,多数学者认为应术前FNA检查,术中FS检查无必要。但国内文献报道术中肿物FS检查4例,诊断为甲状腺滤泡状癌,4例淋巴结快速病理检查诊断淋巴结转移癌,8例均行根治性手术治疗,术后诊断为嗜酸细胞癌。故对于术前未行穿刺细胞学检查者,笔者仍然推荐行术中FS检查。笔者报道例1术中未行FS检查,误诊为结节性甲状腺肿,仅行次全切除术。

甲状腺嗜酸细胞癌,首要的是手术治疗。国内文献分析,甲状腺嗜酸细胞癌,多数行患侧甲状腺全切除术,对侧次全切除术,术后随访仅有1例局部复发,预后良好。国外学者多数推荐甲状腺全切除术或甲状腺近全切除术^[13-14,17,19]。多数学者同意对HCC行预防性或治疗性颈淋巴结清扫术。

术中不能明确嗜酸细胞瘤有无恶变,高度怀疑嗜酸细胞癌者,尤其肿物较大、男性,多数学者^[20]建议至少行单侧叶切除术。因男性恶性相对多见,且预后较差。有文献报道,甲状腺单发肿物,增长较快,甲状腺嗜酸细胞瘤直径>4cm,恶性可能性大,侵袭性较强^[17]。笔者报告2例HCC肿物均大于4cm,且生长较快,肿物表面血运极其丰富,异常增粗的血管交织呈网状,因病例较少,难以确定是否有助于HCC的诊断。

HCC多数肿物(>90%)不吸碘,故HCC术后是否行¹³¹I治疗意见尚未统一。国内一篇文献中报道15例行¹³¹I治疗,国内其他学者多主张不用¹³¹I治疗。国外学者认为应用¹³¹I治疗有以下优点^[13,16-17]:(1)¹³¹I可以去除残余的正常甲状腺组织,降低了复发几率;(2)部分转移灶在甲状腺完全去除后,可以吸收¹³¹I;(3)应用¹³¹I治疗后,通过检测Tg水平变化观察HCC有无复发或转移的敏感性增强。HCC术后应用甲状腺素替代并抑制TSH治疗意见比较统一。

HCC是罕见的一种甲状腺恶性肿瘤,误诊率较高。但是通过提高HCC的认识、根治性手术治疗、抑制TSH治疗,预后较好。

参考文献:

- [1] 杨伟良,张东伟,秦华东,等. 46例甲状腺 Hurthle 细胞肿瘤的诊治与治疗[J]. 中华普通外科杂志, 2006, 21(7): 491-492.
- [2] 罗海峰,王晓刚,王洪江,等. 甲状腺 Hurthle 细胞瘤 18例临床分析[J]. 中国医师进修杂志, 2006, 29(6): 43-44.
- [3] 罗海峰,王洪江,王忠裕. 一侧甲状腺乳头状腺癌并一侧嗜酸细胞瘤 1例[J]. 中国普通外科杂志, 2005, 14(6): 480-480.
- [4] 韩杰,张静,邢颖,等. 甲状腺嗜酸细胞癌 2例[J]. 耳鼻咽喉-头颈外科, 2001, 8(6): 326-326.
- [5] 张占学,史建庚,马力,等. 甲状腺嗜酸细胞瘤 9例报告[J]. 中国实用外科杂志, 2004, 24(3): 178-178.
- [6] 李春明,王淑琴,邱剑阳,等. 甲状腺嗜酸细胞瘤的临床病理分析[J]. 山西医药杂志, 2001, 30(5): 382-384.
- [7] 张新华,杨觅,梦奎,等. 甲状腺嗜酸细胞瘤 15例临床病理分析和免疫组化研究[J]. 病理诊断学杂志, 2003, 10(2): 72-74.
- [8] 陈秋强,嵇学仙,毛建英,等. 甲状腺嗜酸细胞瘤 16例临床分析[J]. 肿瘤研究与临床杂志, 2006, 18(6): 400-402.
- [9] 王峰,刘续舜,夏洪才,等. 甲状腺嗜酸细胞瘤的诊断与外科治疗[J]. 中华普通外科杂志, 2005, 20(7): 449.
- [10] 常林凤,朱虹,李福建,等. 99TcmO4-显像为“热”结节的甲状腺嗜酸细胞瘤一例[J]. 中华核医学杂志, 1999, 11(4): 241-241.
- [11] 张占学,陈福真. 甲状腺 Hurthle 细胞肿瘤[J]. 中国普通外科杂志, 2002, 11(5): 297-299.
- [12] 赵建国,吴爱国. 甲状腺嗜酸细胞腺瘤 1例[J]. 中国普通外科杂志, 2002, 11(1): 44-44.
- [13] Maxwell EL, Palme CE, Freeman J. Hurthle cell tumors: applying molecular markers to define a new management algorithm [J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2006, 132(1): 54-58.
- [14] Kuschchayeva Y, Duh QY, Kebebew E, et al. Prognostic indications for Hurthle cell cancer [J]. World J Surg, 2004, 28(12): 1266-1270.
- [15] 刘忠民,赵忠新. 内分泌外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006. 69-76.
- [16] Basic N, Hocevar M, Zgajnar J, et al. Aggressiveness of therapy and prognosis of patients with Hurthle cell papillary thyroid carcinoma [J]. Thyroid, 2006 Jan; 16(1): 67-72.
- [17] Bhattacharyya N. Survival and prognosis in Hurthle cell carcinoma of the thyroid gland [J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2003, 129(2): 207-210.
- [18] Grebe SK, Hay ID. Follicular thyroid cancer [J]. Endocrinol Metab Clin North Am, 1995, 24(4): 761-801.
- [19] Dahl LD, Myssiorek D, Heller KS. Hurthle cell neoplasms of the thyroid gland [J]. Laryngoscope, 2002, 112(12): 2178-2180.
- [20] Melck A, Bugis S, Baliski C, et al. Hemithyroidectomy: the preferred initial surgical approach for management of Hurthle cell neoplasm [J]. Am J Surg, 2006, 191(5): 593-597.

本刊启用远程稿件处理系统

为了提高办公效率,《中国普通外科杂志》编辑部将于 2008 年 1 月 1 日起正式启用“网络编辑管理系统”。请作者登陆网站 <http://www.zpwz.net> 按照以下步骤进行在线投稿。

投稿步骤

1. 选择“作者投稿”一栏,进入“作者投稿”界面。
如果是第一次投稿,需要先注册本系统:点“注册”进入注册流程,按照系统提示进行注册,请注意,“*”选项为用户必填项!
2. 点“作者投稿”,选择左边的“我要投稿”一栏,按照投稿向导的提示进行。
(1) 输入稿件中文文题和英文文题。
(2) 输入作者。若所投稿件为多人撰写,在作者信息下添加该文的合作作者,合作作者可以只添加姓名即可。此处需注意,如该文为 n 位作者撰写,需在填写完 n 位作者后,再点击一下“继续添加作者”后方可点“下一步”,否则最后一个作者本系统将不会显示。
(3) 第三步“学科类型”、“专业类型”、“创作类型”、“投稿栏目”、“文章分类号/PACS 码”可以不选。
如果该文有基金支持,请在“基金类型”下的长条框中输入(包括基金号);如果有多个,请用分号分开。输完以后点“下一步”。
- (4) 输入关键词。请注意各词之间一定要用分号隔开。然后点击“添加”。再点击“下一步”。
- (5) 输入中英文摘要后再单击“下一步”。
- (6) 根据系统提示在相应的栏目中输入你要回避或推荐的专家,也可以不写。单击“下一步”,检查稿件的基本信息,如有需要修改的地方,点击“修改”;再确认无误后,单击“下一步”进入稿件上传步骤。
- (7) 在“稿件上传操作区”点“浏览”,选中要上传的稿件后,点击右边的“上传稿件”。待弹出“稿件上传完毕,请继续下一步”的对话框时,点“确定”,再点击“下一步”继续投稿。请注意,这一步可能因您的网速和稿件的大小,所需时间略有不同,请耐心等待,如果长时间仍未弹出“稿件上传完毕,请继续下一步”的对话框,可重新尝试,确保稿件上传方可进行下一步。
- (8) 核对完所投稿件的信息后请点“下一步”。如果您对编辑部有什么特别的要求或说明,请在“给编辑部留言”框中留下您的意见,点“立即提交”,系统会提示“***同志:非常感谢您对本刊物的支持!您的来稿《***》我们已经收到,请等待编辑部通知。查询请登录编辑部网站 <http://www.zpwz.net> 或咨询编辑部邮箱:pw4327400@126.com”。

友情提示

网上投稿后,请邮寄 1 份纸质稿(题名页与正文页均需 A4 纸 4 号字隔行打印)、单位介绍信(注明材料真实可靠,无一稿多投和无科研机密资料泄密)及 60 元稿件处理费至本编辑部。

为防作者上传稿件不成功,请作者 E-mail 致本编辑部,信中请注明投稿时间、文题、作者姓名,并将稿件以附件形式发过来。

编辑部地址:湖南省长沙市湘雅路 87 号中国普通外科杂志编辑部

E-mail: pw4327400@126.com; jcgxyc@126.com. 联系电话 0731-4327400。