

文章编号:1005-6947(2005)09-0648-03

· 甲状(旁)腺外科专题研究 ·

甲状腺疾病并存局灶性淋巴细胞性甲状腺炎 57例临床分析

雷振东, 陈干农, 文明星, 周恩湘, 李允山

(中南大学湘雅二医院 普通外科, 湖南 长沙 410011)

摘要: **目的** 总结甲状腺疾病并存局灶性淋巴细胞性甲状腺炎的诊治方法, 并探讨其与桥本病混淆的原因。 **方法** 对近25年间经手术治疗病理诊断为桥本病的207例患者中, 143例桥本病合并其他甲状腺疾病的临床资料进行回顾性分析。 **结果** 143例中57例为甲状腺疾病并存局灶性淋巴细胞性甲状腺炎, 占桥本病的27.5% (57/207), 占桥本病合并其它甲状腺疾病的39.9% (57/143)。术中病理切片显示局灶性淋巴细胞浸润的阳性率为87.7% (50/57)。术后甲状腺功能减退(甲减)的发生率为19.3% (11/57); 其中亚临床型甲减7例, 占12.3% (7/57)。 **结论** 甲状腺疾病并存局灶性淋巴细胞性甲状腺炎与甲状腺疾病并存桥本病两者病理改变的性质可能不同。术中切片检查有助于该病的诊断, 并对指导手术切除腺体的范围具有重要的意义。

关键词: 甲状腺疾病/并发症; 甲状腺炎, 局灶性淋巴细胞性/并发症

中图分类号: R581; R581.4

文献标识码: A

Clinical analysis of 57 cases of thyroid disease with concomitant focal lymphocytic thyroiditis

LEI Zhen-dong, CHEN Gan-nong, WEN Ming-xing, ZHOU En-xiang, LI Yun-shan

(Department of General Surgery, The Second Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410011, China)

Abstract: **Objective** To evaluate the methods of diagnosis and treatment of thyroid disease with concomitant focal lymphocytic thyroiditis (FLT), and explore the reasons for its confused with Hashimoto's disease (HD). **Methods** During the recent 25 years, 207 patients underwent surgical treatment for pathologically diagnosed HD. Among this group, 143 cases of HD with other concomitant thyroid disease were retrospectively analysed. **Results** Of the 143 cases, 57 cases were found to have thyroid disease with concomitant FLT, and this was 27.5% (57/207) of the total HD group, or 39.9% (57/143) of the group with thyroid disease and concomitant HD. Intraoperative pathologic section revealed that focal lymphocytic infiltration was positive in 87.7% (50/57) of cases. The postoperative hypothyroidism occurrence rate was 19.3% (11/57), of which, 7 cases (7/57, 12.3%) were subclinical hypothyroidism. **Conclusions** The character of pathologic changes of thyroid disease with FLT and with HD was different. Intraoperative pathologic section can be helpful in the diagnosis of this condition and can have important significance as a guide to the scope of surgical resection of the thyroid gland.

Key words: Thyroid Diseases/compl; Thyroiditis, Focal Lymphocytic/compl

CLC number: R581; R581.4

Document code: A

桥本病 (Hashimoto's disease, HD) 与其他甲状

腺疾病并存的情况已见诸报道, 并阐述了其诊治方法和原则。少数报告在所诊治的桥本病中包含了局限性甲状腺炎^[1,2], 多数并未说明与甲状腺疾病并存的是病变弥漫的HD, 还是局灶性的淋巴细胞性甲状腺炎 (focal lymphocytic thyroiditis, FLT)^[3~6]。

收稿日期:2005-01-15; 修订日期:2005-03-18。

作者简介:雷振东(1963-),男,湖南洞口人,中南大学湘雅二医院副教授,主要从事甲状腺和乳腺疾病方面的研究。

通讯作者:雷振东 E-mail:yuluotian@sina.com。

我院 1980 年 1 月~2004 年 5 月,手术治疗经病理检查确诊的 HD 207 例,发现 143 例与其他甲状腺疾病并存,但其中 57 例仅为甲状腺病变周围和/或病变内部有局限性淋巴细胞浸润而非弥漫性病变。本文总结该 57 例的临床和病理资料,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 5 例,女 52 例;男:女为 1.0:10.4。年龄 19~75(平均 40.6)岁。病程 10d 至 17 年,平均 16 个月。1980 年 1 月~1994 年 1 月诊治的患者 43 例,1994 年 2 月~2004 年 5 月 14 例。

1.2 临床表现

4 例表现为甲状腺弥漫性肿大和典型甲状腺功能亢进(甲亢)症状;3 例仅表现为甲状腺弥漫性肿大;50 例表现为颈前区肿块,其中 26 例为单发结节,24 例为单侧(10 例)或双侧(14 例)多发性结节。9 例伴颈前区疼痛,其中 5 例为局部压痛。11 例有局部压迫或不适感,其中 3 例伴局部压痛。结节大小为 0.5 cm × 0.5 cm ~ 5 cm × 4 cm,平均 2.6 cm × 1.4 cm。2 例有结节侧颈淋巴结肿大。

1.3 特殊检查

T_3 , T_4 , 促甲状腺素(TSH)测定 57 例,除甲亢外, FT_3 增高 2 例, FT_4 增高 3 例,TSH 增高 10 例,TSH 降低 2 例。B 超检查 57 例,7 例为弥漫性肿大,19 例为单发结节,31 例为单叶(12 例)或双叶(19 例)多发结节,8 例显示结节周边回声增强(含 4 例颈部疼痛并压痛、1 例颈部不适并压痛),3 例同时显示结节内有细小强光点。SPECT 检查(除甲亢外)32 例,提示冷结节 14 例,凉结节 5 例,弥漫性摄碘减弱(提示结节性甲状腺肿)13 例。对有疼痛和/或局部压痛及 B 超检查结节周边回声增强的 20 例,因怀疑可能并存 HD 而行甲状腺球蛋白抗体(TGA)和甲状腺微粒体抗体(MCA)检测,TGA > 30% 者 4 例,MCA > 20% 者 2 例,均为单独增高,其中 3 例见于有压痛和疼痛者,1 例见于仅有压痛者,2 例仅为 B 超检查结节周边回声增强者。

1.4 术前诊断

术前诊断为甲亢 4 例,甲状腺癌 5 例,甲状腺腺瘤 14 例,结节性甲状腺肿 34 例;仅术前检查 TGA 和 MCA 增高的 6 例怀疑其合并 HD。

1.5 手术方式

57 例均行手术治疗,根据术中快速病检结果决定手术方式。术中快速切片显示淋巴细胞浸润的阳性率为 87.7% (50/57)。甲亢 4 例,快速切片发现 2 例有一叶腺体内小片状淋巴细胞浸润,均行双叶次全切除。甲状腺癌 14 例(其中 4 例合并结节性甲状腺肿),13 例有瘤体周围淋巴细胞浸润,其中 4 例瘤体内有淋巴细胞浸润,行患侧全切加对侧次全切,4 例中 2 例同时行患侧功能性颈淋巴结清除术。甲状腺腺瘤 11 例,9 例有瘤体周围淋巴细胞浸润,行患侧叶大部分切除术。结节性甲状腺肿 28 例,26 例部分结节周围有淋巴细胞浸润,其中单叶多发结节者 9 例,行患侧叶大部分切除术;双叶多发结节者 19 例,行双叶大部分切除 7 例,一叶大部分切除加对侧部分切除 12 例。

2 结果

2.1 术后结果

石蜡切片发现 57 例诊断与术中快速切片相符,且均显示有局限性淋巴细胞浸润;9 例同时有淋巴滤泡样结构,病理报告均仅为局限性淋巴细胞浸润,但却诊断为 HD。

2.2 术后随访

本组随访 49 例,时间为 4 个月至 12 年,平均 7.2 年。所有病例出院后口服甲状腺素片 20~40 mg/d。术后 1 个月来院复查 T_3 , T_4 , TSH。根据甲状腺功能调节甲状腺素片剂量,以后定期复查再调整剂量,一般维持 FT_3 , FT_4 在正常高值,TSH 在正常范围。良性病变者服药 2~3 年,恶性病变者终身服药。11 例术后发生甲减,发病率约为 19.3%;其中发生在甲状腺癌术后 4 例,甲亢术后 1 例,结节性甲状腺肿术后 6 例。7 例为亚临床型,仅表现为 FT_3 和 FT_4 降低,占 12.3%;4 例为临床型,占总例数的 7.0%。49 例服用甲状腺素片均能维持甲状腺功能在正常范围。

3 讨论

本组 57 例甲状腺疾病伴 FLT 的病理诊断原来均归纳到 HD,约占整个 HD 的 27.5% (57/207),约占 HD 并发其他甲状腺疾病的 39.9% (57/143)。但这些病例是否应纳入 HD 的范畴?有研究^[7,8]表明,在典型的甲状腺功能亢进的 Grave 病的甲状腺组织中,常可见淋巴细胞浸润,有时伴有

滤泡中心形成。在某些甲状腺疾病如甲状腺腺瘤、结节性甲状腺肿、甲状腺癌手术切除的标本中,也常可见到与 HD 相似的病理改变,也为小淋巴细胞、浆细胞、浆母细胞等浸润,并可有滤泡崩解、上皮嗜酸性变和增生,间质纤维化;与 HD 不同的是病变呈灶性分布,病变间的甲状腺组织没有形态改变,其中甲瘤并发 FLT 28.3%,13.1%伴结节性甲状腺肿^[7,8]。尤其是某些类型的甲状腺癌,可引起癌灶周围甲状腺组织中淋巴细胞和浆细胞的反应性增生^[7-9]。该变化与机体的细胞免疫有关,与 HD 合并甲状腺癌不同。但有些作者可能将此类淋巴细胞反应认作是 HD^[6,10]。本组病例病理改变与上述发现极为相似,且以早期病例居多,可能也有类似原因。因此,按照 HD 的诊断标准^[11]:(1)弥漫而坚硬的甲状腺肿大;(2)血清甲状腺自身抗体阳性;(3)具有桥本甲状腺炎特征组织学所见。凡具有(1)(2)或(1)(3)即可确诊为 HD。结合其他学者对甲状腺疾病伴 FLT 的阐述^[8,12],笔者认为本组病例不应属于 HD,而属于并存 FLT。

由于与其他甲状腺疾病并存的 FLT 自觉症状少,没有典型 HD 腺体弥漫性肿大、组织质韧的特性,甲状腺功能常在正常范围,TGA 和 MCA 少有增高等因素,故术前确其诊比较困难。有人^[13]发现,应用 B 超检查 HD 时,可因病理上淋巴细胞浸润范围和分布的不同以及纤维组织增生程度的不同而致超声图像各异。在 HD 与甲状腺瘤或甲状腺癌并存时,瘤或癌灶周围可见晕环,有其一定的特异性。本组有 8 例结节周边有回声增强的表现,尤其见于有疼痛和压痛的病例。因此,其经验值得借鉴。TGA, MCA 增高时,常能考虑到有 HD 的存在。本组对有疼痛和压痛及 B 超检查结节周边回声增强的病例进行了该项目检查,仅 6 例增高而怀疑合并有 HD。因此,凭借 TGA 和 MCA 检测难以确定是否有 FLT 并存。有人^[4,5]报告快速切片对 HD 的准确率达 100%。本组阳性率为 87.7%。这可能与本组淋巴细胞浸润范围较小,难以发现有关。但其阳性率仍相对较高,对诊断和指导治疗仍有重要意义。

对有外科手术指征的甲状腺疾病无疑需要手术治疗,但在决定腺体切除范围时,除甲癌外,如果快速切片有局灶性淋巴细胞浸润,甚或有 HD 的存在,应考虑到切除范围过大可能会导致术后甲减。术后甲减的发生率会随淋巴细胞浸润范围的扩大

而增高^[12]。本组 11 例术后出现不同程度的甲减,除甲癌需要行较大范围的切除外,其他病例也可能归因于腺体切除过多,或术后产生自身抗体破坏腺泡所致^[7]。对有淋巴细胞浸润的甲状腺疾病,术后应给予甲状腺素治疗,以维持甲状腺的功能,通过负反馈机制抑制肿瘤和结节性甲状腺肿的发生和发展,此外,它还有抑制甲状腺自身抗体的作用^[14]。

参考文献:

- [1] 张全高,郭奉云. 桥本病误行手术 12 例分析[J]. 中国实用外科杂志,1996,16(11):629-630.
- [2] 王深明,黄雪玲. 桥本病并发甲状腺结节的外科治疗[J]. 中国实用外科杂志,2000,20(2):89-91.
- [3] 张劭,李汉贤. 桥本病及其共存病的诊断和处理[J]. 中国普通外科杂志,2000,9(6):530-533.
- [4] 杨月明. 桥本病合并其他甲状腺疾病的诊断和治疗[J]. 中国临床医学,2001,8(5):517-518.
- [5] 杭剑萍. 桥本病外科治疗 106 例分析[J]. 徐州医学院学报,2001,21(2):138-140.
- [6] 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.
- [7] 刘新民,潘长玉,张达青,等. 实用内分泌学[M]. 第3版. 北京:人民军医出版社,2004. 268-288.
- [8] 中山医科大学病理学教研室,同济医科大学病理学教研室. 外科病理学[M],第2版. 武汉:湖北科学技术出版社,1999. 1320.
- [9] Hey ID, Valdes M, Cho H. The relation of thyroid carcinoma and Hashimoto's thyroiditis [J]. Surgery, 1992, 112(6):1139-1147.
- [10] 徐海帆,李永国,吴维,等. 桥本病合并结节性甲状腺肿的诊治分析[J]. 中国普通外科杂志,2004,13(5):391-392.
- [11] 李新营,王志明,吕新生,等. 桥本病的诊断和治疗:附 51 例报告[J]. 中国普通外科杂志,2003,12(5):360-362.
- [12] Mizukami Y, Michigishi T, Kawato M, et al. Chronic thyroiditis: thyroid function and histologic correlations in 601 cases [J]. HUM Pathol, 1992, 23(9):980-988.
- [13] 郑宗英,林新霖,柯晓刚,等. 桥本病及其合并症的超声表现[J]. 中华超声影像学杂志,2002,11(3):157-160.
- [14] Hegedus L, Hansen JM, Feldt-Rasmussen U, et al. Influence of thyro × ine treatment on thyroid size and ant - thyroid pero × idase in Hashimoto's thyroiditis [J]. ClinEndocrinol, 1991, 35(2):235-238.