个案与短篇 DOI:10.3969/j.issn.0253-3626.2011.12.036

酷似甲状腺肿瘤的小儿慢性甲状腺炎病案讨论

高 寒,姜 军,杨新华,张 毅
(第三军医大学附属西南医院乳腺中心,重庆 400038)

【中国图书分类法分类号】R581.4 【文献标志码】B 【收稿日期】2011-05-11

1 临床资料

患儿,男性,5 岁,以"发现左侧颈部包块伴进行性增大 22 天"为主要表现,发病前有上呼吸道感染病史,有咽喉部疼痛、低烧、乏力等不适,无食亢消瘦、心慌、乏力、声嘶等,患儿最高体温曾达到 38.0℃,于当地医院行抗感染治疗 8 d,体温降至正常,咽喉不适缓解,但左侧颈部包块无缩小,反而进一步增大。既往体健。体格检查:生命体征平稳,基础代谢率正常,气管右偏,左侧甲状腺下极可及约 2.5 cm × 2.0 cm 大小包块,质硬,边界清楚,表面光滑,可随吞咽动作上下活动,右侧甲状腺及峡部未及包块,双侧颈部及锁骨上下未及肿大淋巴结。余器官系统检查无异常。辅助检查:血常规检查:WBC:11.74 × 10^9 个/L,NEUT%:76%,RBC:5.16×10^{12} 个/L,甲状腺功能检查:三碘甲状腺原氨酸(T_3):2.27 nmol/L(正常值:1.3~3.1 nmol/L)、甲状腺素(T_4):151.0 nmol/L(正常值:66~181 nmol/L)、游离三碘甲状腺原氨酸(FT_3):6.24 pmol/L(正常值:2.8~7.1 pmol/L)、游离甲状腺素(FT_4):15.86 pmol/L(正常值:12~22 pmol/L),促甲状腺素(Thyroid stimulating hormone,TSH):2.97 μIU/ml(正常值:0.27~4.2 μIU/ml),甲状腺球蛋白测定:98.49 ng/ml(正常值:1.4~78 ng/ml),甲状腺球蛋白抗体(Thyro globulin,TGAb):3.0%,其它肾功能、肝功能检查各项指标均正常。甲状腺吸碘率检查:甲状腺左叶"冷结节",考虑恶性病变可能。彩超提示:甲状腺左叶及峡部增大,其内可探及多个不均质减弱回声,部分似相互融合,范围约36 mm × 13 mm,彩色多音勒血流显像(Color doppler flow imaging,CDFI):其内及周边可见短线状血流信号,性质待定。CT 检查提示:左侧甲状腺可见不均质肿块,边界不清,增强扫描明显不均匀强化,考虑左侧甲状腺肿瘤可能性大。细胞学检查:穿刺组织中可见炎细胞。

依据上述临床特点考虑患儿临床诊断为左侧甲状腺肿瘤可能性大,诊断依据如下:①发现左侧颈部包块伴进行性增大 22 d。②左侧甲状腺可扪及质地较硬包块。③无甲亢及甲状腺炎的表现。④甲状腺吸碘率提示甲状腺左叶"冷结节",考虑恶性病变可能。超声检查亦提示甲状腺左叶及峡部有多个不均质减弱回声,包块内可见短线状血流信号,颈部 CT 提示左侧甲状腺见不均质肿块,边界不清,增强扫描明显不均匀强化,也考虑左侧甲状腺肿瘤可能性大。⑤虽然细胞穿刺活检未见癌细胞,只见炎细胞,但并不因此完全排外甲状腺肿瘤的可能。考虑到患儿年龄较小,包块生长较快,担心穿刺漏诊,因此仍考虑行包块完整切除,术中行病理学检查以明确诊断。

完善各项术前检查,无明确手术禁忌症,则于全麻下行左侧甲状腺包块切除活检,术中见右侧甲状腺及峡部正常,左侧甲状腺下极可见一约 2 cm × 3 cm 大小包块,边界清楚,表面光滑,包膜完整,将包块完整切除,剖面见包块呈实质性瘤体,质地较脆。术中冰冻活检提示:组织中见大量淋巴细胞及浆细胞,待术后石蜡及免疫组化排除淋巴瘤,术后病检提示:镜下见大量淋巴细胞、浆细胞及间质纤维组织增生,边缘可见甲状腺组织,免疫组化染色:CD3(+),CD20(+),Ki67 阳性细胞数约 15%,CD138 浆细胞(+),SMA 间质(+),ALK(-),考虑甲状腺非特异性淋巴细胞性慢性炎。

2 讨 论

2.1 鉴别诊断

2.1.1 甲状腺炎 甲状腺炎是甲状腺组织因变性、渗出、坏死、增生等炎症性改变所致的一系列临床病症,临床常见的甲状腺炎为亚急性甲状腺炎和慢性淋巴细胞性甲状腺炎[1]。亚急性甲状腺炎临床最为常见,常有上呼吸道感染等病史,一般认为与病毒感染有关,特征性表现为甲状腺部位疼痛与压痛,体格检查通常表现为双侧甲状腺肿大,在疾病早期,表现为 FT_3、FT_4 与 TSH"分离现象",疾病后期,则表现为 FT_3、FT_4 降低,TSH 增高[1]。慢性淋巴细胞性甲状腺炎是一种自身免疫性疾病,甲状腺肿大为其突出临床表现,两侧可不对称,有些病例可呈结节状,质地较硬,易与甲状腺癌相混淆。在该病早期,血清 T_3 与 T_4 可在正常范围,但 TSH 可升高,甲状腺摄碘率正常或升高,但在该病后期,往往表现为明显的甲状腺功能减退的症状。甲状腺扫描一般呈弥漫性摄碘功能减退,少数病例也可表现为"冷结节"[2]。慢性淋巴细胞性甲状腺炎也就是桥本氏甲状腺炎的诊断标准包括 Fisher 标准、森田陆标准、Peter 标准等,它们主要相同的两条是弥漫性坚硬的甲状

作者介绍:高 寒(1973-),女,主治医师,硕士,
研究方向:乳腺癌血清标志物。

腺肿大和自身抗体阳性，藉此 70%~80%病例可获确诊。但值得注意的是，10%该病例血清 TGAb、甲状腺球蛋白可呈阴性，而在约 1%~10%的正常人和 Graves 病病人中可呈阳性[2]。因此，自身抗体对诊断慢性淋巴细胞性甲状腺炎只有相对专一性，应警惕假阳性和假阴性可能。

2.1.2 甲状腺癌 儿童甲状腺癌少见，国外报道甲状腺癌发病率占儿童实体癌发病率的 2.4%~9.0%[3]，儿童甲状腺单发结节有 50%为癌性病变，多发结节有 20%~52%为癌[4]，故当儿童甲状腺发现质硬肿块，或伴有压迫症状，尤其是有声嘶时应引起足够的重视。儿童甲状腺癌以乳头状癌为主要类型，恶性程度低，病程发展缓慢，未分化癌及低分化癌少见。有文献报道甲状腺肿块的质地和是否有颈部淋巴结肿大可以作为甲状腺良恶性肿瘤的鉴别依据[5]。超声检查是甲状腺肿块首选的影像学诊断方法，超声信号诸如低回声、无包膜、边界不清晰、形态不规则、周边有伪足或毛刺、结节内血流信号紊乱甲状腺肿并存甲状腺癌有一定的临床意义，尤其是囊性变内出现乳头状肿物回声或在低回声结节出现砂砾钙化被认为是较为特征性的表现，更有参考价值[6]。CT 是诊断甲状腺癌最有价值的方法之一，有学者研究认为 CT 对甲状腺癌定性诊断正确率较高，其优点还在于评价癌肿是否侵犯周围组织方面优于超声检查[7]。就本病例而言，超声检查提示包块呈不均质减弱回声，部分相互融合，CDFI：其内及周边可见短线状血流信号，双侧颈部可探及多个肿大淋巴结。颈部 CT 检查提示：左侧甲状腺可见不均质肿块，边界不清，增强扫描明显不均匀强化，其内可见圆形明显强化影，气管受压向右移位，因此，就本病例而言，综合各项影像学检测，极易混淆临床医生的思维，令人不得不往甲状腺肿瘤方面思考。

2.1.3 结节性甲状腺肿 结节性甲状腺肿是目前外科医生经常碰到的问题，成人中发病率约 4%，多数患者没有任何症状，常于体格检查时偶然发现，虽然甲状腺恶性肿瘤很少发生于结节性甲状腺肿，但甲状腺的孤立肿块具有较大的恶性倾向，临床上各种检查难以排除恶变的可能，应尽早手术切除活检，个别病例甚至行术中冰冻切片快速病理检查也会漏诊。结节性甲状腺肿并存甲状腺癌的现象近年逐渐受到关注，因此，早期发现结节性甲状腺肿并存甲状腺癌能够大幅度提高病人的存活率和生存质量。

2.1.4 甲状腺炎合并甲状腺癌等其他病变 甲状腺炎合并甲状腺癌、原发性甲亢、甲状腺旁腺腺瘤等病变常见报道。文献报道，桥本病合并甲状腺癌发病率 0.5%~23.8%[8]。对于该病的早期诊断较困难，细针穿刺抽吸细胞学检查对甲状腺癌诊断准确率达 95%以上[9]。主要还是依靠手术病理学诊断而确诊。至于甲状腺炎合并甲状腺癌的治疗按照甲状腺癌的手术指针进行。

2.2 *在以后类似疾病的治疗过程中需要注意的问题*

事实上所有类型的甲状腺炎在临床体征及大体标本特点上与甲状腺肿瘤都很相似，如甲状腺迅速不均匀地增大、结节质地较硬、与周围组织粘连等[10]。通过本次病例的治疗，以后遇到类似的病例，可先予局部细针穿刺，如果未穿刺出肿瘤细胞，对甲状腺肿大明显且有压迫症状而甲状腺功能正常者，可以予甲状腺制剂治疗；对有甲状腺功能减退者，需用甲状腺制剂替代治疗，可用干甲状腺或左甲状腺素；对伴有甲状腺功能亢进者，应予抗甲状腺药治疗。对临床表现及各项辅助检查均提示甲状腺癌可能性大，而局部穿刺结果未见癌细胞病例，可以予糖皮质激素诊断性治疗，泼尼松 30 mg/d，分次口服，症状缓解后逐渐递减，可用 1~2 个月。对予糖皮质激素诊断性治疗无效患者，虽然未穿刺出肿瘤细胞，仍建议行手术治疗以进一步明确诊断及缓解局部压迫症状，以避免甲状腺炎合并甲状腺癌，或穿刺漏诊的情况发生，术中需要注意为减少因手术引发的甲减，多数患者仅需采用部分甲状腺切除术或甲状腺峡部松解术。就该患儿孤立性甲状腺肿块，行包块局部切除，一方面切除了病灶，避免了漫长的内科治疗，另一方面缓解了患儿气管压迫症状，明确了病因，因此，该治疗是恰当的，但是手术过程中需要注意如果术中冰冻确诊为良性病变，就尽量保留正常甲状腺组织，尽量避免术后甲状腺功能低下的情况发生。

参 考 文 献

[1] 陆在英.内科学[M].人民卫生出版社，2008.726-728.

[2] 吴玲燕，徐少明，王 平，等.桥本氏甲状腺炎 183 例外科治疗分析[J].中华外科杂志，2010，6:127-129.

[3] Ott R A，McCall A R，McHenry C，et al.The incidence of thyroid carcilaryngol[J].Clin North Am，2004，29:2544.

[4] 徐 峰，刘 斌，陈显玉，等.12 例儿童甲状腺癌的临床诊断和治疗分析[J].中国当代儿科杂志，2009，11(2)：120-123.

[5] 梁 丹，李 妍，于 敏，等.高频彩色多普勒超声对甲状腺癌的诊断价值[J].现代医药卫生，2008，24(1)：38.

[6] 常 城，李文彬，庄奇新，等.US 和 CT 对甲状腺癌定性和淋巴结转移的比较[J].中国临床医学影像杂志，2008，19(1)：27-29.

[7] 薛 玲，叶玉玲.甲状腺外科[M].人民卫生出版社，2005.59-61.

[8] 颜 纯，王慕逖.小儿内分泌学[M].人民卫生出版社，2006.155-157.

[9] 黄卫东，翟松会，向承发.儿童慢性淋巴细胞性甲状腺炎伴甲状腺功能减低 68 例临床特点及治疗[J].华西医学，2006，21(3)558-559.

[10] 廖二元，莫朝辉.内分泌学[M].人民卫生出版社，2007.656-661.

（责任编辑：关蕴良）