

· 短篇及病例报道 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.14.053

甲状腺岛状癌合并全身淋巴结反应性增生 1 例并文献复习

王宇鹏^{1,2}, 张世伟¹, 石畅¹, 孙红³, 宋旭东³, 徐卫国^{1△}

(1. 华北理工大学附属医院肿瘤外科, 河北唐山 063000; 2. 天津市北辰医院肿瘤科 300400; 3. 华北理工大学基础医学院病理学系, 河北唐山 063000)

[中图分类号] R736.1

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)14-2015-02

传统的甲状腺癌分类方法中,滤泡来源的恶性肿瘤被分为甲状腺高分化癌(乳头状癌和滤泡状癌)和高度恶性的未分化癌(间变性癌)。有研究认为还存在生物学行为和形态学特点介于两者之间的一类肿瘤,即低分化的甲状腺岛状癌[poorly differentiated (insular) thyroid carcinoma, PDITC]^[1-2],亦被称为低分化滤泡癌、滤泡癌实体型等^[3]。PDITC 系独立类型,国内报道较少。本文报道 1 例经免疫组织化学证实为 PDITC 且合并全身淋巴结反应性增生的病例,并结合文献复习介绍其特点。

1 临床资料

患者,女,31 岁,主因发现右颈部肿物 3 个月,增大 10 d 入院。查体:颈部不对称,右颈前可触及一肿物,大小约 5.0 cm×4.0 cm,质硬,界欠清,表面尚光滑,活动度欠佳,伴压痛,可随吞咽上下移动,表面皮温不高,未闻及血管杂音。双侧颈部可触及多发肿大淋巴结,最大直径约 2.0 cm×1.0 cm,质硬,界欠清,活动度较差。于双侧锁骨上、腋下、腹股沟可触及多枚肿大淋巴结,质中,界尚清,活动度尚可。初步诊断:(1)甲状腺肿物;(2)全身淋巴结肿大原因待查。完善相关检查,甲状腺功能未见明显异常。彩超回报:(1)甲状腺右侧叶实性占位性病变,性质待定,恶性不排除;(2)右侧颈部较大回声不均匀淋巴结,考虑转移;(3)双侧锁骨上区多发环靶样及低回声淋巴结,性质待定,转移不排除;(4)双侧腋下皮质增厚淋巴结,性质待定;(5)双侧腹股沟皮质略增厚环靶样淋巴结;(6)左侧颈部长椭圆

形淋巴结。甲状腺核素检查:双叶甲状腺肿大,甲状腺右叶较大冷结节。颈部 CT 提示:(1)右侧甲状腺区密度不均匀减低;(2)两颈部多发结节灶,考虑肿大淋巴结。血常规:白细胞(WBC)计数 $2.5 \times 10^9/L$,遂请血液科会诊,行骨髓穿刺以明确诊断,骨穿结果除外血液系统疾病,遂给予重组粒细胞刺激因子针升白治疗。经治疗后,复查血常规无明显异常。考虑患者病情复杂,不排除:(1)恶性淋巴瘤;(2)甲状腺癌并全身淋巴结转移;(3)恶性肿瘤并全身淋巴结转移。遂向家属告知患者病情,并商讨诊疗方案,取得其同意后遂决定行淋巴结活检,并去外院会诊,病理结果考虑恶性肿瘤,遂行甲状腺癌根治术+颈淋巴结摘除术。术后病理报告回报:(1)(右)PDITC;(2)(右颈部)淋巴结癌转移,13 枚淋巴结见 3 枚转移;苏木素-伊红(HE)免疫组织化学提示:鼠抗人细胞角蛋白 8/18(CK8/18,+),增殖指数(Ki-67,90%),甲状腺转录因子(TTF-1,+),半乳糖凝集素-3(Galectin-3,-),见图 1。鉴于患者全身肿大淋巴结性质尚未明确,结合患者及家属意愿,决定行右侧腋窝、腹股沟肿大淋巴结切取活检术,病理报告示:右侧腋窝、腹股沟区送检淋巴结共 14 枚,呈反应性增生改变;免疫组织化学提示:CD3(T 细胞+),CD20(+),CD10(发生中心+),CD23(发生中心+),Bcl-2(发生中心+),Bcl-6(发生中心+),Ki-67(5%)。患者术后病情稳定,给予监护、吸氧、伤口清洁换药,抗感染、抑酸、补液等处理,术区伤口愈合良好,24 d 后出院。

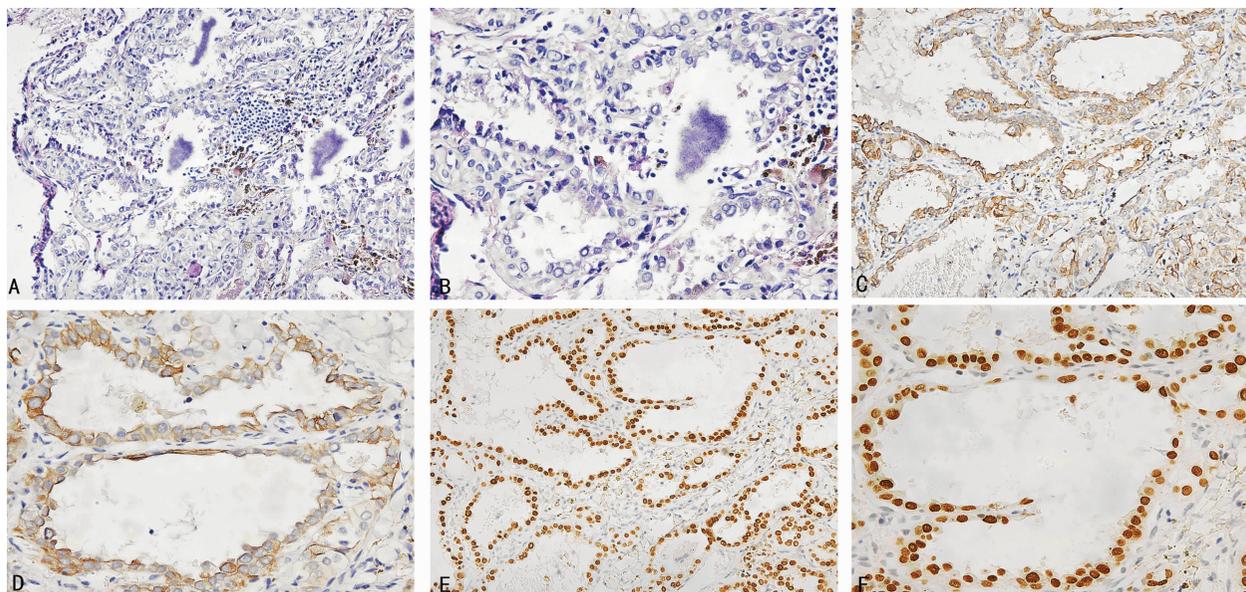


图 1 染色结果
A: HE 染色(×200); B: HE 染色(×400); C: 免疫组织化学 CK8/18 染色(×200); D: 免疫组织化学 CK8/18 染色(×400); E: 免疫组织化学 TTF-1 染色(×200); F: 免疫组织化学 TTF-1 染色(×400)。

图 1 染色结果

2 讨论

2.1 PDITC 临床特点 其最常见的起始症状为甲状腺肿物,

肿物增大后可能出现吞咽、呼吸困难,但多无声音嘶哑,大多数患者甲状腺功能正常。PDITC 的临床特征介于高分化和低分

化甲状腺癌之间,具有侵袭性行为,易复发和发生血行转移,常见的转移器官为肺和骨,主要死亡原因为远处转移。Fat 等^[4]的报道证实 PDITC 以局部脉管侵犯、包膜外侵犯及远处转移为特点,淋巴结的局部转移率与高分化癌类似。然而,PDITC 是否能够引起全身淋巴结反应性增大,目前尚未有相关文献报道。

2.2 文献复习全身性淋巴结反应性增生 其病因大致如下:(1)良性病变:包括各种感染、变态反应等引起的肿大。可随着病因去除,在一定时间内完全恢复。(2)恶性病变:包括原发于淋巴结的恶性肿瘤(如淋巴瘤、淋巴细胞性白血病等)及继发性淋巴结转移(如肺癌、胃癌等)。肿瘤抗原能引起多种免疫应答,包括能抵抗肿瘤的生长。循环抗体能对游离状态的肿瘤细胞发生作用,细胞免疫则对实体肿瘤细胞发生作用。(3)介于良、恶性之间的病变:如血管滤泡性淋巴结增生症等^[5]。

2.3 该患者的病情特点 该患者入院时病情复杂,体检发现右颈部肿物,并发现有多处肿大淋巴结。结合患者病史、查体及相关检查结果,不除外的疾病包括:(1)恶性淋巴瘤;(2)甲状腺癌并全身淋巴结转移;(3)恶性肿瘤并全身淋巴结转移。因考虑到不同疾病的治疗方案不同,遂向家属详细告知患者病情特点及可能采取的治疗方案,待取得其理解和同意后,首先进行颈部淋巴结活检,结合病理结果行甲状腺癌根治术+颈淋巴结摘除术。然后为明确其他部位肿大淋巴结的性质,行右侧腋窝、腹股沟肿大淋巴结切取活检术,并根据病理结果设计下一步治疗方案。结合该患者病情特点并通过复习文献,考虑淋巴

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.14.054

结反应增生可能与 PDITC 有关,即肿瘤抗原引起的免疫应答;或是两者无明显相关性,即各种感染、变态反应引起。其相关性有待于进一步研究和密切随访。

参考文献

- [1] Htwe TT, Karim N, Lam AK. Follicular thyroid carcinoma with insular component: a retrospective case study, immunohistochemical analysis and literature review[J]. Singapore Med J, 2012, 53(3): e49-51.
- [2] Kini H, Nirupama M, Rau AR, et al. Poorly differentiated (insular) thyroid carcinoma arising in a long-standing colloid goitre: a cytological dilemma[J]. J Cytol, 2012, 29(1): 97-99.
- [3] Kakudo K, Bai Y, Liu Z, et al. Classification of thyroid follicular cell tumors: with special reference to borderline lesions[J]. Endocr J, 2012, 59(1): 1-12.
- [4] Fat I, Kulaga M, Dodis R, et al. Insular variant of poorly differentiated thyroid carcinoma[J]. Endocr Pract, 2011, 17(1): 115-121.
- [5] 陈荣恒, 曾志超, 林中娇. 淋巴结反应性增生的临床诊断和病因研究[J]. 实用预防医学, 2009, 16(1): 187-188.

(收稿日期: 2015-11-21 修回日期: 2016-01-26)

肺碰撞瘤 1 例

李书清¹, 卢温民^{2△}, 李冰¹, 王珏¹, 杜丽欣², 杨再利¹

(1. 河北省衡水市哈励逊国际和平医院胸外科 053000; 2. 河北省衡水市第五人民医院检验科 053000)

[中图分类号] R655.3

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)14-2016-01

碰撞瘤属于临床罕见病,是指两种成分独立起源的原发性肿瘤相互碰撞或相互浸润,可发生在食管胃交界处,肝脏胆管、口腔、肺、子宫颈、直肠肛门交界处和膀胱处^[1]。临床工作中常因对该病的认识不足而出现误诊、漏诊。现将本院肺碰撞瘤 1 例报道如下。

1 临床资料

患者,男,52 岁,主因“刺激性干咳 5 个月伴间断咯血 15 d”入院。查体:浅表淋巴结不大。胸廓对称无畸形,双侧语颤均等,双侧叩诊清音,双肺呼吸音清晰。心率 80 次/分钟,心律齐。腹平软,无压痛,肝脾不大,肠鸣音正常。本院胸片显示:右肺阴影。胸部增强 CT 扫描显示:右肺下叶软组织肿块影,大小约 4.1 cm×3.2 cm×2.2 cm,形态不规则,三期强化,CT 值 56/67/50 HU,考虑肺癌。纤维支气管镜检查提示:右肺下叶开口远端见菜花样新生物,质脆,易出血。活检后病理诊断为:鳞癌。经准备于 2014 年 1 月 3 日在全身麻醉下行右肺下叶切除、肺门及纵隔淋巴结清扫术。手术顺利,肿瘤大小约 4.0 cm×3.0 cm×2.0 cm。术后病理示:肿物内见 2 个肿瘤结节,分别为直径 2.0 cm 高分化鳞癌及直径 1.8 cm 高中分化腺癌。所清扫淋巴结未见癌转移。术后给予吉西他滨+顺铂方案化疗 6 周期,随访近 1 年,未见复发及转移。

2 讨论

碰撞瘤是复合型肿瘤的一种特殊类型。是指发生于同一器官、同一部位或相邻器官交界处的两种或两种以上组织起源

不同的多个肿瘤成分相互浸润、相互碰撞,但无移行性改变及过渡现象的肿瘤。也可见同时性碰撞瘤一并转移至淋巴结,在淋巴结内生长碰撞^[2]。其发生机制尚不明确。在大体及镜下病理形态较复杂,诊断时易漏诊其中某一成分。诊断碰撞瘤主要靠病理检查,对于发生于组织或器官分界区的肿瘤,应考虑到碰撞瘤存在的可能,在取活体时,应分别取自肿瘤的远端、近端及交界部,并分别标记清楚后送病理,可减少碰撞瘤的漏诊、误诊^[2]。碰撞瘤的诊断要点主要有:(1)不同肿瘤成分位置靠近,可以混合但无移行性改变;(2)不同病理学组织类型肿瘤成分独立存在;(3)除外相互转移的可能^[3]。本例患者术后病理发现存在两个独立的肿瘤结节并未见移行过渡,故诊断为肺碰撞瘤。术后经吉西他滨+顺铂方案化疗 6 周期,随访近 1 年,未见复发及转移。

参考文献

- [1] 郭滢萍, 战忠利. 食管碰撞瘤(鳞状细胞癌和腺样囊性癌)一例[J]. 河南肿瘤学杂志, 2000, 13(4): 242.
- [2] 苏若瑟, 王其山, 林瑞福上消化道碰撞瘤内镜下误诊 1 例[J]. 中国误诊学杂志, 2002, 2(11): 1757-1757.
- [3] 吴大鹏, 贺大林, 南勋义, 等. 膀胱碰撞瘤(附 9 例报告)[J]. 中国肿瘤临床, 2006, 33(1): 38-40.

(收稿日期: 2015-11-08 修回日期: 2016-02-16)