

原发性甲状腺鳞状细胞癌 1 例报告

詹峰¹, 张云^{1*}, 朱玉娟²

(¹ 江苏大学附属宜兴医院普外科, ² 病理科, 江苏 宜兴 214200)

[关键词] 原发性甲状腺鳞状细胞癌; 病理学

[中图分类号] R736.1

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2014)03-400-02

doi:10.7655/NYDXBNS20140330

原发性甲状腺鳞状细胞癌(primary squamous cell carcinoma thyroid, PSCCT)是头颈部罕见的肿瘤,约占甲状腺癌的1%,发病率约为2%~3%。其早期诊断困难,恶性程度高,进展迅速,预后不良^[1]。目前尚未有公认的标准治疗方案。近期江苏大学附属宜兴医院收治1例PSCCT患者,报道如下。

1 临床资料

患者,女,61岁。因“发现颈前部肿块2个月”入院。患者2个月前无意中发​​现颈前部有一肿块,约蚕豆大小,伴有声音嘶哑,轻度咳嗽,无呼吸困难,呛咳误咽等,近来自觉肿块增大,约鸽蛋大小,伴有轻度疼痛,当地医院查B超提示:“甲状腺左叶实质性不均质占位性病变,双侧颈部低回声结节”。遂转来江苏大学附属宜兴医院,查颈部CT示气管左侧可见一软组织样密度影,大小约45 mm × 26 mm,气管受压变形略右移,双侧颈动脉鞘内未见明显肿大淋巴结(图1A)。甲状腺功能均未及异常。电子喉镜示左侧声带麻痹,考虑左侧喉返神经侵犯。甲状腺穿刺示“甲状腺上皮乳头状增生,核内包涵体,部分细胞异形,甲状腺乳头状癌不能除外。专科查体:颈软,气管向右侧偏移,颈前部可及约4 cm × 3 cm的肿块,质地硬,活动欠佳,轻度压痛,随吞咽上下移动,局部皮肤无红肿,甲状腺右叶可及约1 cm × 1 cm结节,质地偏硬,左颈侧区可扪及肿大淋巴结,约2 cm × 2 cm。

入院后于全麻下行双侧甲状腺次全切除术,术中探查示:甲状腺左叶肿大,腺体瘤化,约7 cm × 4 cm

大小,质硬、脆,边界不清,无完整包膜,侵犯周围肌肉组织和气管,甲状腺右叶触及结节约1 cm × 2 cm,质硬,左侧颈深中下可及数枚肿大淋巴结,最大约2 cm × 2 cm,质地硬。术中冰冻病理示:左甲状腺低分化癌,考虑恶性程度大,行双侧甲状腺腺叶全切除+左颈侧区淋巴结清扫术。术后病理示:双侧甲状腺低分化鳞癌,颈前肌未见癌累及;左颈深淋巴结见癌转移(4/8);左中央区淋巴结见癌转移(1/3)(图1B)。术后恢复良好,3周后行4周标准放疗(50~60 Gy),随访6个月患者仍存活,生活质量满意。

2 讨论

PSCCT多见于40~60岁女性,患者常有多年甲状腺肿物病史,肿瘤生长较快,常有压迫症状,出现声嘶、呼吸及吞咽困难等。肿瘤常局限于一侧腺叶,质硬,活动度差,与周围组织粘连。甲状腺彩超可见肿瘤呈强回声伴声影,核素扫描见冷结节。颈部CT或MRI显示:甲状腺形态不规则,界限不清,内有点状钙化灶,多伴有局部淋巴结肿大。基础代谢和甲状腺功能可正常。生物学行为介于分化型和未分化型之间,恶性程度高,生长速度快,易侵犯邻近的组织器官。早期诊断中,穿刺细胞学意义较大,但是更多病例有待术中冰冻切片及术后常规病理确诊^[2-3]。

PSCCT肉眼观察与其他部位的鳞癌相似,质硬、实性、切面灰白色、无包膜,呈浸润性生长,常侵犯气管、食管、喉周围组织等。镜下最主要特征为肿瘤以巢状、间桥样排列以及角化珠形成,并可见不同程度的鳞状化生。其组织来源目前尚有争论,主要有以下观点:①“化生学说”为目前学术界普遍认同的PSCCT的发病机制。甲状腺滤泡上皮细胞发生鳞状上皮化生,鳞状细胞继而恶性转化;②鳃裂及甲状舌管等与甲状腺发育有密切毗邻关系的组织在胚胎期

[基金项目] 江苏大学医学临床科技发展基金项目(JLY20120065)

*通信作者(Corresponding author), E-mail:staff784@yxph.com

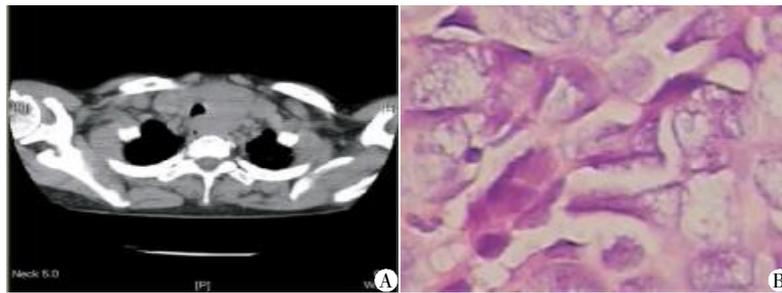


图1 患者的CT和病理学检查结果
A:术前颈部CT平扫示:气管左侧可见一软组织样密度影,大小约45 mm × 26 mm,气管受压变形略右移,双侧颈动脉鞘内未见明显肿大淋巴结;B:癌组织呈片块状,为纤维组织所分隔,肿瘤细胞呈多角形。核圆或卵圆、深染、有异型,部分癌组织伴坏死。

图1 患者的CT和病理学检查结果

退化过程中,残留的鳞状上皮组织移行于腺体表面或(和)实质内,发生恶变,形成鳞状细胞癌;③腺体直接角化,发展成角化鳞状细胞癌^[4]。

PSCCT属于甲状腺未分化癌,其临床特点和治疗方案与甲状腺未分化癌相似,但目前尚未有规范化治疗指南。目前较为统一的治疗方案是尽可能根治性切除+术后邻近组织放疗(50~60 Gy),可辅化疗或诱导化疗^[5]。张永侠等^[6]回顾分析28例PSCCT病例,其中19例行手术+术后放疗的综合治疗方案,较单一治疗组生存率有明显提高,中位生存时间由7.7个月延长到15.4个月。手术治疗是综合治疗的基石。一般认为手术切除范围应包括患侧腺叶、峡部及部分对侧腺体,尽可能完整清除肿瘤组织,必要时须行功能性颈淋巴清扫术^[2]。但是由于PSCCT侵袭性强,临床上较少病例可以获得根治性切除。文献报道大部分患者主要死于局部气道并发症,因此有学者建议,即使对于广泛转移病例,只要技术上可行,仍应行肿瘤切除及受累气道重建术^[7]。而对于部分一般情况较差、难以耐受手术者,化疗、放疗成为唯一治疗手段。Cook等^[8]报道7例经穿刺活检确诊病例行单纯放疗,中位生存率为6个月。但是,有2例肿瘤分别达8、10 cm并伴有双侧颈部淋巴结转移病例,接受6周标准放疗,却表现出较好的缓解效果。武要洪等^[9]研究发现手术加术后放疗的1、3年生存率显著高于其他模式,表明术后放疗有利于改善PSCCT患者的预后。目前大部分文献都肯定了放疗在PSCCT治疗中的重要性。而多数研究均未发现化疗对于PSCCT的预后具有统计学意义。单纯化疗已很少应用于甲状腺鳞癌的治疗^[10]。

由于PSCCT发病率极低,临床大规模、多中心分析报道较少,影响预后的主要因素是原发灶情况,主要包括原发灶肿瘤大小和局部受累情况^[6]。特别是

肿瘤一旦侵犯食管及颈部大血管很难达到根治性切除,预后极差。单一治疗手段很难达到肿瘤根治,外科手术切除联合术后放射治疗是主要的治疗方案。

[参考文献]

- [1] Zimmer PW, Wilson D, Bell N. Primary squamous cell carcinoma of the thyroid gland [J]. *Mil Med*, 2003, 168 (2): 124-125
- [2] Makay O, Kaya T, Ertan Y, et al. Primary squamous cell carcinoma of the thyroid: report of three cases [J]. *Endocr J*, 2008, 55 (2): 359-364
- [3] 姜在兴, 刘学键. 原发性甲状腺鳞状细胞癌10例病理分析 [J]. *山东医药*, 2011, 51 (38): 45-46
- [4] Eom TI, Koo BY, Kim BS, et al. Coexistence of primary squamous cell carcinoma of thyroid with classic papillary thyroid carcinoma [J]. *Pathol Int*, 2008, 58 (12): 797-800
- [5] Tunio MA, Al AM, Fagih M, et al. Primary squamous cell carcinoma of thyroid: a case report and review of literature [J]. *Head Neck Oncol*, 2012, 4 (1): 8
- [6] 张永侠, 张彬, 吴跃煌, 等. 原发性甲状腺鳞状细胞癌28例临床分析 [J]. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2013, 48 (2): 143-147
- [7] Booya F, Sebo TJ, Kasperbauer JL, et al. Primary squamous cell carcinoma of the thyroid: report of ten cases [J]. *Thyroid*, 2006, 16 (1): 89-93
- [8] Cook AM, Vini L, Harmer C. Squamous cell carcinoma of the thyroid: outcome of treatment in 16 patients [J]. *Eur J Surg Oncol*, 1999, 25 (6): 606-609
- [9] 武要洪, 孙传政, 奚艳, 等. 甲状腺鳞状细胞癌的治疗和预后 [J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2010, 24 (6): 241-243
- [10] 杨晓勇, 杨力珍, 程文元, 等. 原发性甲状腺鳞状细胞癌42例诊治分析 [J]. *现代肿瘤杂志*, 2009, 17 (10): 1861-1862

[收稿日期] 2013-04-18