

• 病例报告 •

双侧甲状腺乳头状癌合并甲状旁腺腺瘤 1 例

赵红¹ 赵红玲¹ 王翠¹ 蔺建文¹ 王苏平¹ 甘霖霖² 张海青² 高政南³

[关键词] 甲状旁腺功能亢进; 甲状旁腺肿瘤; 甲状腺乳头状癌

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2015.06.024

[中图分类号] R736.1 [文献标志码] D

Bilateral papillary thyroid carcinoma concurrent with parathyroid adenoma: one case report

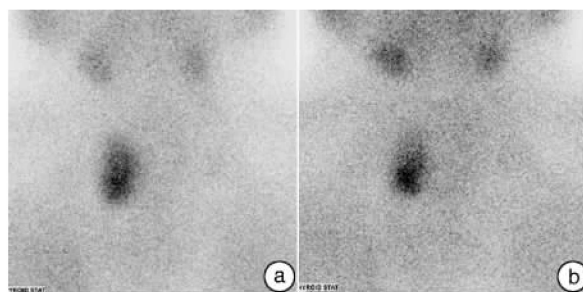
Summary Concurrent thyroid carcinoma and parathyroid adenoma is rare, they can and do coexist. We present here a 63-year old man who had bilateral papillary thyroid carcinoma and a parathyroid adenoma in the right thyroid lobe. Thyroid cancer was confirmed surgically. After the operation, the patient was found hypercalcemia and hypophosphatemia along with an elevated parathyroid hormone (PTH), indicating primary hyperparathyroidism. Also, the parathyroid ^{99m}Tc-MIBI scan demonstrated parathyroid adenoma in the right lower pole of the thyroid. The abnormal parathyroid tissue was carried out, and then serum calcium and PTH levels decreased to normal ranges.

Key words hyperparathyroidism; parathyroid adenoma; papillary thyroid carcinoma

1 病例资料

患者,男,63岁,体检发现甲状腺占位入院。甲状腺超声示甲状腺双叶多个低回声团,边界模糊,边缘不规整,呈毛刺状,甲状腺右叶后方见低回声,大小约3.1 cm×2.4 cm,边界清,形态不规整,与甲状腺界限欠清,双颈部Ⅱ~Ⅴ区淋巴结肿大,诊断甲状腺双叶实性占位,甲状腺右叶后方异常回声,双侧淋巴结转移。入院后第3天全身麻醉下行双颈部淋巴结探查加双甲状腺切除术。术中探查左Ⅲ区,右Ⅳ区淋巴结一枚,送检快速冷冻。探查双侧甲状腺,背侧与气管粘连紧密,双侧喉返神经均被肿物包裹,无法完整剥离。双颈部淋巴结冷冻病理回报为双侧乳头状癌转移,根据探查结果可行双侧颈廓清术,因双侧喉返神经无法完整剥离,需术中行气管切开,家属未同意,放弃颈廓清术,仅行左甲状腺近全切除术,病理回报为甲状腺乳头状癌。术后服用甲状腺素片并监测甲功。1个月后患者乏力、恶心、腹胀明显,行血生化检查示血钙3.09 mmol/L,无机磷0.75 mmol/L,碱性磷酸酶(AKP)294 u/L,因高钙血症入住内分泌科。追问病史,患者反复尿路结石10余年,每年发作2~4次,多次行碎石治疗。近2年反复出现双膝关节、踝关节及腰背部疼痛,双上肢负重后疼痛。入院后复查血钙3.45 mmol/L,24 h尿总钙定量

15.5 mmol/24 h,全段甲状旁腺激素(PTH)909.4 pg/ml,骨密度检查示腰椎骨质疏松,左侧股骨骨量减少,^{99m}锝-甲氧基异丁基异腈(^{99m}Tc-MIBI)显像示甲状腺左叶切除,右叶下极部位核素异常摄取(图1),全身骨扫描示未见明确骨转移征象。结合患者多发结石、骨关节疼痛及骨质疏松表现,实验室高钙低磷、AKP增高、尿钙及PTH增高、甲状腺后方肿物,考虑右下甲状旁腺肿瘤。转入普外科,全身麻醉下行右甲状腺切除加右下甲状旁腺切除加双侧改良性颈清扫术。病理回报为结节样物一枚,大小3.0 cm×2.5 cm×2.0 cm,外表面光滑,切面组织红褐质软,包膜完整,符合甲状旁腺腺瘤。术中顺利,术后第3天血钙1.51 mmol/L,PTH 4.7 ng/L,患者反复出现面部及肢端麻木,考虑低



a. 早期显像:甲状腺右叶下极部位核素分布略强于中部和上极,左叶未显影(手术切除);b. 延迟显像:甲状腺右叶下极部位核素分布强度无明显变化,右叶上极和中部核素分布弥漫性减低。

图1 ^{99m}Tc-MIBI 显像图

¹大连市中心医院神经内一科(辽宁大连,116033)

²大连市中心医院普外科

³大连市中心医院内分泌科

通信作者:王苏平,E-mail:zhaohong2003@126.com

钙血症,予 10%葡萄糖酸钙 100 mg,1 次/d 静点,监测血钙 1.6~2.0 mmol/L,静脉补钙 1 个月余改为骨化三醇和碳酸钙口服。术后半年复查,血钙在正常范围,已停用骨化三醇和碳酸钙。术后一直服用甲状腺素片,情况良好。

2 讨论

甲状腺癌并不少见,占全身恶性肿瘤的 0.2% (男)~1.0% (女),近年我国甲状腺癌发病率有逐年上升趋势。甲状腺癌以乳头状癌多见,生长缓慢,分化良好,恶性程度低。手术是有效的治疗方法,预后相对良好。甲状旁腺病变发病率较低,一般人群中发病率为 1%~2%。甲状腺癌可与甲状腺良性疾病共存,但伴甲旁腺肿瘤并不多见。

甲状旁腺紧密附于甲状腺左右二叶背面,一般为 4 枚,分泌 PTH,是体内钙磷调节的重要激素。PTH 分泌过多表现为高血钙(厌食、恶心、无力等);肾病(尿路结石、肾功能衰竭等);骨病(疼痛、畸形、病理性骨折等)等,实验室检查高血钙、低血磷、高血 AKP。甲状旁腺病变中多伴有原发性甲状旁腺功能亢进(primary hyperparathyroidism, PHTH)的临床症状^[1]。PHTH 患者的甲状旁腺病理表现按发生顺序依次为腺瘤,增生和腺癌,其中甲状旁腺腺瘤占 80%~90%,且多数为单发。甲旁腺腺瘤是良性肿瘤,一般下甲状旁腺更易受累。甲状旁腺肿瘤生长速度很慢,隐匿时间较长,病变明显时由于损害多个系统,临床表现多样,客观上给甲旁亢的诊断带来一定困难。这种情况下,全面的病史采集及对检查结果的细致分析对于发现 PHTH 的诊断线索十分重要。该患在第一次手术时血生化已发现异常(血钙 2.72 mmol/L),但未获重视,超声示甲状腺右叶后方低回声,因对该病认识不足,未考虑甲状腺癌同时存在甲旁腺肿瘤,导致延误诊断和第二次手术。另外 AKP 在排除了肝胆病变情况下,往往反映了骨骼病变的存在和程度。该患 AKP 升高,可能与患者具有骨骼病变以及病变程度较为显著有关。由于 90%以上的高钙血症是由 PHTH 和恶性肿瘤引起的,因此对两者进行鉴别非常重要。患者骨扫描未见骨转移征象,基本上排除了恶性肿瘤引起的高钙血症。血 PTH 测定是 PHTH 的主要诊断依据。高钙血症和 PTH 增高并存时有诊断意义。甲状旁腺肿瘤患者可出现骨质疏松,虽然特异性不高,但对 PHTH 的筛查有重要意义。该患反复骨痛,并出现与年龄不相符的过重过快的骨质疏松,也提示甲状旁腺肿瘤的可能。

甲旁腺腺瘤的定位检查包括 B 超、CT、^{99m}Tc-MIBI 核素扫描等。B 超简单、方便、经济并能发现并存的甲状腺病变,是较常用的检查。在核医学检查中,^{99m}Tc-MIBI 甲状旁腺显像是目前对腺瘤无创

定位方法中准确性较高的^[2]。甲状旁腺腺瘤术前诊断明确的病例,应尽早行手术治疗。术前应行降钙素控制血钙水平。PTH 半衰期 1~3 min,血 PTH 水平基本上反映了具有分泌功能的甲状旁腺组织量,如果分泌亢进的甲旁腺组织被彻底切除,则 PTH 可在数分钟内骤降 50%以上。相反,如果在手术标本切除后 PTH 仍未显著下降提示肿瘤尚有残存^[3]。该患术后 PTH 明显降低,由术前的 909.4 pg/ml 降至 4.7 pg/ml,提示手术切除较为彻底,甲状旁腺机能亢进持续状态得以消除。术后有很高的低钙发生率,应静脉滴注葡萄糖酸钙。术后低钙血症考虑腺瘤使得正常甲旁腺功能长期抑制,切除后正常甲旁腺功能不能立即恢复,或骨饥饿时间较长,大量地再吸收血钙所致,需要静脉补钙一段时间。但通过长期静脉补钙维持血钙在正常范围,可能并不适宜,因为低血钙可以刺激甲旁腺素分泌,促进被抑制的正常甲旁腺功能恢复正常。该患静脉补钙 1 个月余,减少补钙量并过渡到药物口服,后期监测血钙正常范围。

总之,甲状腺乳头状癌和甲状旁腺肿瘤两者并存的情况少见,但也有多文献报道^[4-5]。术前应仔细检查,排除两病共存的情况,避免遗漏和二次手术弥补。因甲旁腺疾病发病率低,临床医师对其认识不足,从首发症状到明确诊断一般需 3~5 年,患者就诊晚,症状重,骨、肾损害不易恢复。临床上遇到反复多发结石,反复骨关节疼痛,轻微外伤引起骨折及骨质疏松的中老年人,应考虑到 PHTH 可能性,并常规进行血 PTH、血钙血磷检测及影像学检查,只有这样才能有效防止漏诊。并应重视异常化验单,对异常指标要结合病情及时提出疑问。

参考文献

- [1] 陶晓峰,刘畅,白艳,等. 甲状旁腺原发占位性病变的临床诊治[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2014,28(6):369-372.
- [2] 赵海鹰,杨福全,田忠,等. 超声、CT、^{99m}Tc-MIBI 核素扫描在原发性甲状旁腺功能亢进症中的诊断价值比较及其漏诊原因分析[J]. 中国普外基础与临床杂志,2013,20(9):1038-1044.
- [3] ALHEFDHI A,PINCHOT S N,DAVIS R,et al. The necessity and reliability of intraoperative parathyroid hormone (PTH) testing in patients with mild hyperparathyroidism and PTH levels in the normal range [J]. World J Surg,2011,35:2006-2009.
- [4] 曾泉,唐平章. 双侧甲状旁腺瘤伴甲状腺乳头状癌致原发性甲状旁腺功能亢进 1 例[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2008,22(9):423-424.
- [5] 张卧,罗定存. 甲状旁腺肿瘤合并甲状腺乳头状癌 5 例临床分析[J]. 肿瘤学杂志,2012,18(9):713-714.

(收稿日期:2014-12-07)