

• 病例报告 •

甲状腺转移性恶性孤立性纤维瘤 1 例

曹坤¹ 张翊伦¹

[关键词] 甲状腺肿瘤;恶性孤立性纤维瘤;诊断;治疗

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2017.09.018

[中图分类号] R739.6 [文献标志码] D

Malignant solitary fibrous tumor of the lung metastatic
to the thyroid gland: a case report

Summary Solitary fibrous tumors(SFT) of the thyroid gland are rarely reported, especially metastases from a malignant solitary fibrous tumor(MSFT) of lung. We herein present a 35 year old man with history of SFT of lung and a 6 month history of rapidly enlarging thyroid masses. The CT showed masses in the left thyroid lobe. We performed thyroid lobectomy plus central compartment neck dissection. Immunohistochemically, Bcl2, Vim and CD99 were positive, while CK, CD34, EMA, TG, P53 and S100 were negative. Combined with patient medical history and pathological diagnosis, it confirmed that MSFT of the lung metastatic to the thyroid gland. within a period of 7 months of follow up, no reoccurrence was found so far.

Key words thyroid tumor; malignant solitary fibrous tumor; diagnosis; treatment

1 病例报告

患者,男,35岁,2014年10月因体检发现右肺门病变1周入院,平素无胸闷、胸痛、咳嗽、咯血等症状。胸部增强CT提示右肺门处占位,大小约57 mm×50 mm,边界清楚,增强后不均匀轻中度强化。于2014年10月16行右肺切除术加系统淋巴结清扫术。术后病理检查:肺梭形细胞肿瘤,核分裂象(3~4)/10 HP;免疫组织化学:恶性孤立性纤维性肿瘤[CK(-)、EMA(-)、Vim(+)、CD99(+)、Bcl-2(+)、CD34 部分(+)、S-100 灶(+)、SMA(-)、Desmin(-)、Caldsorn(-)、Ki67 20%]。术后完成“DP”方案2周期化疗及放疗,并定期复查。于2015年10月发现甲状腺左叶结节,甲状腺B超示甲状腺左叶混杂回声及低回声结节,大小约6 mm×5 mm、5 mm×5 mm(图1a),未做特殊处理。半年后自觉颈部肿块明显增大,再次行甲状腺B超提示:甲状腺左叶囊实性混杂回声团块,

大小约45 mm×40 mm(图1b)。颈部CT提示:甲状腺左叶占位性病变,气管偏向右侧(图2)。于2016年3月行甲状腺左叶切除术,术后病理检查:梭形细胞恶性肿瘤伴有坏死(图3);免疫组织化学检测结果显示:恶性孤立性纤维性肿瘤(malignant solitary fibrous tumors, MSFT),CD99(+), Bcl-2(+), Vim(+), CD34(-), EMA(-), TG(-), S-100(-), SMA(-), CK(-), p53(-), Ki67 15%。结合患者病史,2次肿瘤形态学及免疫表型特征,肿瘤细胞形态基一致,瘤细胞呈梭形,编织状排列,细胞密集,中等度异型性,核分裂象易见,伴有灶性坏死,免疫组织化学表型一致,病变符合(肺)MSFT,(甲状腺)转移性MSFT。

2 讨论

MSFT是一种罕见的间叶源性梭形细胞肿瘤,于1931年由Klemperer等首次报道。可发生于全身多个部位,但只有不到0.1%的MSFT发生于

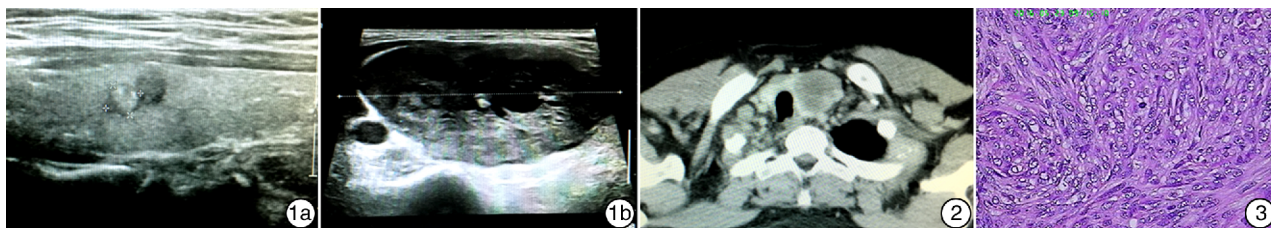


图1 甲状腺超声检查 1a:甲状腺左叶混杂回声及低回声结节;1b:甲状腺左叶囊实性混杂回声团块; 图2 颈部CT 甲状腺左叶占位,气管受压; 图3 术后病理检查 肿瘤细胞呈梭形,束状杂乱排列,可见核分裂象。

¹贵州省肿瘤医院头颈外科(贵阳,550001)

通信作者:张翊伦, E-mail:438831017@qq.com

头颈部区域,转移至甲状腺者甚少^[1]。其发病年龄为28~68岁,平均50岁,无性别差异,肿瘤大小2~10 cm,甲状腺左叶与右叶发病率相当^[2]。临床表现类似于甲状腺肿瘤,患者发现逐渐增大的甲状腺肿块,生长缓慢且无特殊临床症状,少数肿块可迅速增大,出现压迫症状。

尽管甲状腺细针抽吸活组织检查作为评估甲状腺结节性质的首选方法,但对于诊断MSFT存在一定局限性^[3]。MSFT的诊断主要依靠特征性镜下表现及免疫组织化学检测,诊断时需要与甲状腺梭形细胞病变相鉴别,如Riedel甲状腺炎、纤维变性的桥本甲状腺炎、髓样癌、未分化癌^[4]。MSFT肉眼所见多为边界清楚的实性肿块,圆形、类圆形,切面见肿瘤呈灰白色,质韧偏硬,有包膜或包膜不完整,部分病灶有坏死、钙化。镜下见肿瘤组织呈疏密分布,瘤细胞呈梭形、卵圆形,细胞界限不清,胞质少、红染,编织状、束状、席纹状杂乱排列,细胞呈不同程度异型,核分裂象易见。England等(1989)提出MSFT诊断标准为细胞丰富,生长活跃;细胞至少有局灶中-重度异型性;核分裂象多见(≥ 4 个/10 HP);肿瘤有坏死。Timothy等^[5]认为单纯依靠组织学难以判断MSFT的良恶性,判断MSFT的性质需要结合免疫组织化学检测结果。MSFT肿瘤细胞表达CD34、Bcl2、CD99、Vim,其中CD34是最具诊断价值的标志物,90%~95%病例有表达^[6],但表达程度与肿瘤分化有关^[7]。而上皮源性标记(如keratins、thyroglobulin)、S-100、Desmin表达阴性。近期有文献报道,融合基因NAB2-STAT6作为原癌基因参与MSFT的发生过程,可作为MSFT的一个特异性标志物^[8]。

手术是治疗MSFT的主要措施,大部分良性MSFT可以通过手术切除达到治愈,对于复发及可切除的转移灶仍可选择手术,由于MSFT肿瘤形态学并不能预测预后,术后的长期随访至关重要^[3,9]。临床上,无恶性及转移倾向的病例,可行甲状腺腺叶切除^[2],但MSFT的良、恶性判别往往需要通过术后的病理诊断及免疫组织化学加以鉴别,术中冷冻切片检查难以明确其性质,以至于影响手术方式的选择,但颈部探查是非常有必要的。本病例术中冷冻切片检查未能明确病变性质,手术方式选择了甲状腺腺叶切除加颈中央区淋巴结清扫。由于肿瘤并非来源于甲状腺滤泡上皮,术后TSH抑制治疗无效。而针对MSFT术后放、化疗与否,也存在一定争议^[9]。有报道指出,其他部位的MSFT经过手术联合放疗后可取得较好的治疗效果^[10-12];但因为MSFT在临床上较为罕见,更为全

面的疗效评估笔者暂未见报道。

参考文献

- [1] LARSEN S R, GODBALLE C, KROGDAHL A. solitary fibrous tumor arising in an intrathoracic goiter[J]. *Thyroid*, 2010, 20:435-437.
- [2] ALVES F W, MAHMOUD R R, RAMOS D M, et al. Malignant solitary fibrous tumor of the thyroid: a case-report and review of the literature [J]. *Arq Bras Endocrinol Metabol*, 2014, 58:402-406.
- [3] FARRAG T Y, MICCHELLI S, TUFANO R P. Solitary fibrous tumor of the thyroid gland [J]. *Laryngoscope*, 2009, 119:2306-2308.
- [4] MIZUUCHI Y, YAMAMOTO H, NAKAMURA K, et al. Solitary fibrous tumor of the thyroid gland [J]. *Med Molec Morphol*, 2014, 47:119-126.
- [5] TIMOTHY S, IOANNIS K, THEODORA M, et al. Intrapulmonary solitary fibrous tumor masquerade sigmoid adenocarcinoma metastasis [J]. *Korean J Thoracic Cardiovascular Surg*, 2013, 46:295-298.
- [6] VIMI S, PUNNYA V A, KAVERI H, et al. An aggressive solitary fibrous tumor with evidence of malignancy: a rare case report[J]. *Head Neck Pathol*, 2008, 2:236-241.
- [7] MOSQUERA J M, FLETCHER C D. Expanding the spectrum of malignant progression in solitary fibrous tumors: a study of 8 cases with a discrete anaplastic component-is this dedifferentiated SFT [J]? *Am J Surg Pathol*, 2009, 33:1314-1321.
- [8] DOYLE L A, VIVERO M, FLETCHER C D, et al. Nuclear expression of STAT6 distinguishes solitary fibrous tumor from histologic mimics [J]. *Modern Pathol*, 2013, 27:390-395.
- [9] DEVITO N, HENDERSON E, HAN G, et al. Clinical characteristics and outcomes for solitary fibrous tumor (SFT): a single center experience [J]. *PLoS ONE*, 2015, 10:747-749.
- [10] GAO C, ZHANG Y, JING M, et al. Postoperative radiotherapy for the treatment of solitary fibrous tumor with malignant transformation of the pelvic: a rare case report with literature review[J]. *Medicine*, 2016, 95:371-373.
- [11] BISHOP A J, ZAGARS G K, DEMICCO E G, et al. Soft tissue solitary fibrous tumor: combined surgery and radiation therapy results in excellent local control [J]. *Am J Clin Oncol*, 2015, [Epub ahead of print].
- [12] CUBUK S. Recurrent intrathoracic solitary fibrous tumor: remarkable response to radiotherapy[J]. *Ann Thoracic Med*, 2014, 9:245-247.

(收稿日期:2016-12-21)