

# 甲状旁腺肿瘤合并甲状腺乳头状癌 5例临床分析

Clinical Analysis of 5 Cases with Combined Parathyroid Neoplasma and Papillary Thyroid Carcinoma // ZHANG Wo, LUO Ding-cun

张 卧, 罗定存

(杭州市第一人民医院, 浙江 杭州 310006)

**摘 要:** 5例甲状旁腺肿瘤合并甲状腺乳头状癌患者临床资料的回顾性分析提示, 结合甲状旁腺素(PTH)、血钙、彩超及多种影像学手段可以提高甲状旁腺肿瘤合并甲状腺乳头状癌的诊断率, 争取手术同时治愈两腺体疾病。

**关键词:** 甲状旁腺肿瘤; 甲状腺肿瘤; 诊断; 外科学

**中图分类号:** R736.2; R736.1 **文献标识码:** B

**文章编号:** 1671-170X(2012)09-0713-02

杭州市第一人民医院肿瘤外科自2009年4月至2012年2月共收治甲状旁腺肿瘤患者16例, 其中合并甲状腺乳头状癌5例, 现就其相关资料结合文献进行回顾性分析, 探讨诊断及治疗经验。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

杭州市第一人民医院肿瘤外科收治的甲状旁腺肿瘤合并甲状腺乳头状癌患者5例, 具体临床病理特点见表1, 经手术及病理证实甲状旁腺囊肿2例, 甲状旁腺腺瘤3例, 合并甲状腺疾病均为甲状腺乳头状癌。女性4例, 男性1例, 年龄33~58岁, 中位年龄46岁。既往均无头颈部放射治疗史。

### 1.2 临床表现

5例患者均因体检发现颈部肿块就诊, 2例因甲状旁腺占位、3例因甲状腺结节就诊, 无典型高钙血症表现。病程2d~2个月。1例患者术前甲状旁腺素(parathyroid hormone, PTH)为299ng/L(正常范围7.0~53ng/L), 血钙为2.8mmol/L(正常范围2.0~2.6mmol/L); 2例术前PTH分别为68.3ng/L和146.1ng/L, 血钙正常; 另2例术前PTH及血钙均正常(术后病理证实为无功能性甲状旁腺囊肿)。5例患者术前均行2~3次彩色超声检查, 4例发现甲状腺背侧低回声结节, 考虑甲状旁腺占位, 另1例为甲状腺内异位甲状旁腺肿瘤(术前未发现); 5例患者B超同时提示甲状腺多发结节, 有3例表现为低回声边界不清团块或点状钙化或纵横比失调, 术前考虑为甲状腺恶性肿瘤, 另2例结节0.2~0.3cm(术前未能确诊); 5例行CT检查, 提示甲状旁腺占位2例, 甲状腺结节4例。

**通讯作者:** 罗定存, 主任医师, 学士; 浙江省杭州市第一人民医院肿瘤外科, 浙江省杭州市浣纱路261号(310006); E-mail: zff961024@foxmail.com。

**收稿日期:** 2012-04-10; **修回日期:** 2012-05-26

### 1.3 手术方法

**甲状旁腺肿瘤处理:** 5例患者有4例行甲状旁腺肿块切除, 1例为甲状腺内异位甲状旁腺, 术前未发现, 术中因患侧甲状腺病变, 行患侧甲状腺腺叶切除后偶然发现。

**甲状腺乳头状癌处理:** 有3例术前考虑为甲状腺恶性肿瘤, 术中冰冻证实为甲状腺乳头状癌, 行患侧腺叶+峡部+中央区淋巴结清扫, 其中1例为双侧甲状腺乳头状癌, 行甲状腺全切+中央区淋巴结清扫; 另2例甲状腺结节较小, 术中探查后行甲状腺部分切除, 术中冰冻无法确诊, 术后常规病理证实甲状腺微小乳头状癌(结节直径0.2cm), 1例二次手术行患侧腺叶+峡部+中央区淋巴结清扫, 另1例严密随访中。

术后第2d常规复查PTH和血钙, 2例患者出现一过性甲状旁腺功能减退, 经口服或静滴钙剂, 未出现明显低钙抽搐症状, 所有患者血PTH值下降至正常或稍高于正常值, 血钙值正常。

## 2 结 果

全组患者经石蜡切片及免疫组化检查, 诊断为甲状旁腺囊肿2例, 甲状旁腺腺瘤3例(1例为甲状腺内异位甲状旁腺腺瘤); 均合并甲状腺乳头状癌, 大小为0.1~1.3cm, 其中1例为双侧癌, 1例合并中央区淋巴结转移。

患者随访1~28个月, 中位随访时间21个月, 定期B超、甲状腺功能、PTH及血钙检测, 血钙正常, 甲状腺及甲状旁腺肿瘤无复发。术后患者均口服优甲乐50~100μg/d, 对术后促甲状腺激素(TSH)进行监测(表1)。

## 3 讨 论

甲状旁腺并发甲状腺疾病的病种几乎涉及各种甲状腺疾病, 但以甲状腺肿最多<sup>[1]</sup>, 合并甲状腺乳头状癌在国内尚未见相关的专题报道。Calcaterra等<sup>[2]</sup>报道, 在144例甲状旁腺肿瘤患者当中, 11例(8%)并发甲状腺癌; Attie等<sup>[3]</sup>报道的并发率是3.9%(249/6391)。我科2009年4月至2012年2月收治的甲状旁腺肿瘤中合并甲状腺乳头状癌的并发率是31.2%(5/16), 高于国外文献报道, 可能与现阶段PTH和血钙的筛查、高频彩超的应用和甲状腺微小乳头状癌的检出率大大提高有关。并发的甲状旁腺肿瘤以甲状旁腺腺瘤为主(占

表 1 5 例患者临床病理特点

病例	性别	年龄(岁)	术前可疑甲状腺肿瘤检查	甲状腺乳头状癌直径(cm)	甲状腺手术方式	中央区淋巴结	并发症	PTH(ng/L)		血钙(mmol/L)		术后TSH值(mIU/L)
								术前	术后第2d	术前	术后第2d	
1	女	58	B超	1.3	左甲状腺腺叶切除	阴性	一过性甲状腺旁腺功能减退	299.0	<3.0	2.80	2.16	0.65
2	女	33	B超/CT	0.2	右甲状腺部分切除	无	无	68.3	34.0	2.33	2.11	1.65
3	女	48	B超	0.8(右) 0.1(左)	甲状腺全切	阴性	一过性甲状腺旁腺功能减退	44.7	<3.0	2.06	1.94	0.13
4	女	46	无	0.5	右侧甲状腺腺叶切除	阳性	无	146.1	52.4	2.20	2.00	2.93
5	男	37	B超/CT	0.2	右侧甲状腺腺叶切除	阴性	无	33.8	15.2	2.45	2.01	1.74

80%), 甲状腺旁腺瘤相当少见(约 0.5%)<sup>[4]</sup>, 甲状腺旁腺瘤合并甲状腺乳头状癌仅有少数文献报道<sup>[1]</sup>。

甲状腺旁腺瘤与甲状腺癌并发, 在临床上非常容易混淆误诊, 有些患者遗漏了甲状腺旁腺瘤导致高钙血症得不到及时治疗; 有些患者术前遗漏了甲状腺癌, 需要二次手术来弥补。本组病例中有 2 例患者因甲状腺旁腺占位就诊, 合并甲状腺小结节(0.2~0.3cm), 术中冰冻难以判断良恶性, 最后病理证实为甲状腺微小乳头状癌, 1 例患者行甲状腺癌根治术, 另 1 例患者未再次手术, 予严密随访; 本组中的另 1 例患者以甲状腺结节就诊, 考虑甲状腺恶性肿瘤, 术前 PTH 略升高, 血钙正常, 术中行甲状腺腺叶切除时发现甲状腺内异位甲状腺旁腺瘤, 偶然发现的并发旁腺腺瘤给术前诊断带来困扰; 也有文献报道<sup>[5]</sup>将异位甲状腺旁腺瘤误认为是甲状腺癌转移淋巴结。我们认为术前多次彩超检查结合 PTH 及血钙检查将有利于两腺体疾病诊断。高频超声诊断甲状腺病变的敏感性为 90.7%, 特异性为 99.2%, 准确性为 97.6%<sup>[6]</sup>。同样对于有经验的超声医生, 彩超对甲状腺结节良恶性鉴别的准确性也能达到 90%<sup>[7]</sup>。本组病例证实彩超对甲状腺旁腺瘤及甲状腺乳头状癌均有较高的检出率, 故彩超对两腺体疾病的区分和定位起着重要作用, 为首选检查。CT 可作为彩超对两腺体疾病诊断的补充, 有时可区分甲状腺旁腺占位和转移淋巴结。MIBI 核素显像对甲状腺疾病的诊断敏感性为 96%, 特异性为 83%, 准确性为 97.6%<sup>[1]</sup>, 对异位甲状腺旁腺的诊治更具优势。因而当术前 PTH 或血钙指标正常, 彩超及多种影像学检查相结合是诊断两腺体疾病的重要手段。

甲状腺旁腺瘤合并甲状腺癌的治疗以手术为主, 其治疗策略尚有争议: ①在术前能确诊的情况下, 我们主张甲状腺旁腺瘤与甲状腺癌一并切除, 甲状腺癌按甲状腺治疗原则处理; ②当甲状腺结节较小, 术前不能明确良恶性, 手术当中能触及, 我们建议手术切除, 避免甲状腺癌漏诊。本组有 2 例甲状腺微小乳头状癌则是在手术切除后偶然发现。在同时行甲状腺旁腺及甲状腺癌根治术时, 我们需注意, 甲状腺旁腺瘤术前能明确定位的, 可行单侧探查术, 若病理证实为甲状腺旁腺瘤, 需行局部扩大切除, 必要时行同侧颈淋巴结清扫; 甲状腺

微小癌可仅行单侧腺叶加峡部及中央区淋巴结清扫, 以减少喉返神经损伤和因广泛切除带来不必要的损伤。本组病例有 2 例术后出现一过性甲状腺旁腺功能减退, 是此类手术最常见的近期并发症, 其主要原因是“骨饥饿综合征”, 且大多数是暂时性的, 此外正常旁腺腺瘤被高功能旁腺腺瘤抑制, 手术探查伤及正常旁腺或其血供均能导致术后甲状腺旁腺功能减退<sup>[8]</sup>。术后预防性补钙能及时纠正低钙症状。

综上所述, 甲状腺旁腺瘤合并甲状腺乳头状癌, 临床上应引起重视, 结合 PTH、血钙、彩超及多种影像学手段提高诊断率, 争取手术同时治愈两腺体疾病。

#### 参考文献:

- [1] 徐少明, 郑毅雄, 王平, 等. 原发性甲状腺旁腺功能亢进症并发甲状腺疾病 21 例临床分析[J]. 中华普通外科杂志, 2007, 22(2): 81-84.
- [2] Calcaterra TC, Paglia D. The coexistence of parathyroid adenoma and thyroid carcinoma [J]. Laryngoscope, 1979, 89(7 Pt 1): 1166-1169.
- [3] Attie JN, Vardhan R. Association of hyperparathyroidism with nonmedullary thyroid carcinoma: review of 31 cases [J]. Head Neck, 1993, 15(1): 20-23.
- [4] Coker LH, Rorie K, Cantley L, et al. Primary hyperparathyroidism, cognition, and health-related quality of life [J]. Ann Surg, 2005, 242(5): 642-650.
- [5] Meshikhes AW, Butt SA, Al-Saihati BA. Combined parathyroid adenoma and an occult papillary carcinoma [J]. Saudi Med J, 2004, 25(11): 1707-1710.
- [6] 宋奕宁, 于萍, 赵赞赞, 等. 甲状腺旁腺占位性病变 45 例影像学表现与手术病理结果对照分析[J]. 中国超声医学杂志, 2010, 26(12): 1080-1083.
- [7] 吴毅. 分化型甲状腺癌诊治中值得关注的一些问题[J]. 中国实用外科杂志, 2011, 31(5): 374-375.
- [8] 朱建东, 陈余钿, 卓文方, 等. 甲状腺旁腺瘤 26 例临床诊治分析[J]. 肿瘤学杂志, 2010, 16(6): 501-502.