

细针穿刺后甲状腺肿瘤针道种植一例

· 病例报告 ·

杜青芸¹, 黄 驰¹, 徐书杭², 曾 铮³, 王建华¹

基金项目: 江苏省科技项目(编号:BE2020726)

作者单位: 1. 南京中医药大学附属中西医结合医院甲乳外科, 江苏 210028; 2. 南京中医药大学附属中西医结合医院内分泌科, 江苏 210028; 3. 南京中医药大学附属中西医结合医院病理科, 江苏 210028

第一作者: 杜青芸, 医学硕士, 住院医师, 研究方向: 甲乳外科疾病的诊治。E-mail: allsioncy@163.com

通信作者: 王建华, 医学博士, 主任医师, 研究方向: 普外科疾病的诊治。E-mail: 311w@163.com

[关键词] 细针穿刺; 甲状腺肿瘤; 针道种植

[中图分类号] R 733.4 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2024)02-0212-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2024.02.16

1 病例介绍

患者,女,49岁,2023年4月于南京中医药大学附属中西医结合医院查甲状腺彩超提示:(1)甲状腺左叶等回声结节,C-TIRADS 4a类(1分),大小2.11 cm × 1.14 cm,纵横比<1,形态较规则,边界清,内部回声不均匀,内见2~3个粗大强回声团伴声影,结节血流2~3级。(2)甲状腺右叶低回声结节,C-TIRADS 4c类(4分),大小1.63 cm × 1.05 cm,纵横比<1,形态不规则,边界清,可见毛刺状,回声不均,内见粗大强回声团伴声影,并见少许沙粒样强回声,血流1级,高度提示恶性结节。(3)右侧6区淋巴结回声异常,大小1.11 cm × 1.02 cm,考虑继发灶,建议穿刺明确诊断。(4)右侧3区1个淋巴结局部高回声,大小0.28 cm × 0.26 cm,建议CT增强进一步检查,CT检查结果见图1。(5)其余两侧颈部淋巴结增大未见明显异常回声。穿刺结果示:(1)右叶甲状腺细针穿刺涂片显示为TBSRTC-IV类,可疑滤泡性肿瘤。(2)左叶甲状腺细针穿刺涂片显示为TBSRTC-I类,胶样成分伴个别滤泡上皮细胞。(3)“右6区淋巴结”细针穿刺涂片显示为多量异型细胞巢,未见淋巴细胞背景。(4)甲状腺两侧叶穿刺细胞悬液均未检测到基因突变。入院查体:颈软无抵抗,气管居中,颈动脉搏动正常,颈静脉无充盈,左侧甲状腺可触及一大小约2 cm × 1 cm结节,质韧,边界尚清,活动度尚可,无压痛,随吞咽上下活动。右侧甲状腺穿刺处触及一明显肿块,大小约2 cm × 0.5 cm,颈部未及明显肿大淋巴结。2023年6月于南京中医药大学附属中西医结合医院行“甲状腺全部切除术+双侧中央区淋巴结清扫+Miccoli腔镜辅助

右颈侧区(Ⅱ区、Ⅲ区、Ⅳ区、颈动脉三角、肌间)淋巴结清扫术”,手术顺利。术后病理示:(1)左叶结节性甲状腺肿伴梗死及钙化。(2)右叶及峡部甲状腺乳头状癌,癌组织突破甲状腺被膜。(3)淋巴结共有10枚转移(中央区淋巴结6/8,侧区淋巴结4/31)。(4)颈部皮下结节真皮内见一囊肿,囊内见乳头状结构的异型细胞,考虑为浸润性或转移性癌,结合免疫组化,倾向甲状腺乳头状癌,见图2。免疫组化:右叶及峡部CK19(+++),HBME-1(+),Galectin-3(+++),BRAF(+),CD56(灶+),Tpo(-);颈部皮下结节TTF1(+),PAX8(+),TG(灶+)。

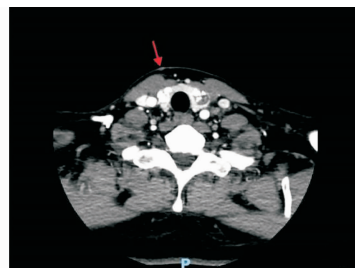


图1 患者术前增强CT所见(箭头所示为肿瘤针道种植部位)

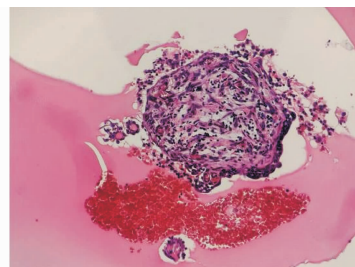


图2 患者颈部皮下结节病理检查所见(HE染色,×200)

2 讨论

2.1 甲状腺癌是临床上内分泌系统中最常见的恶性

肿瘤之一。其发病率逐年攀升与高分辨率超声技术广泛应用于甲状腺检查密切相关^[1]。研究数据显示,我国甲状腺癌的新发病率明显上升^[2]。目前超声已经成为甲状腺结节的重要影像学检查手段,但是部分甲状腺结节仅凭声像图难以确定性质,需靠甲状腺细针穿刺检查诊断。目前甲状腺细针穿刺检查是鉴别诊断甲状腺良恶性结节准确性最高的方法之一,也是应用较广泛的介入手段^[3]。其具有实时可视、方便灵活、精准安全、无辐射及创伤小等优点,是非手术条件下获得明确病理诊断的最佳技术方法之一^[4],为减少不必要的外科手术提供了可靠的依据。

2.2 学者们对甲状腺细针穿刺检查的安全性有争议^[5]。细针穿刺检查作为一项有创操作,理论上可以引起肿瘤细胞种植或转移。据文献研究报道,细针穿刺后发现肿瘤种植或转移的时间为 2 ~ 131 个月^[6]。本例患者行细针穿刺检查 2 个月内出现肿瘤针道种植,与文献报道相符。但细针穿刺后发生肿瘤种植率很低,1984 年 Smith^[7] 对 100 多家医院进行问卷调查发现,细针穿刺检查发生肿瘤针道转移率约为 0.005%。Park 等^[8] 检索近 10 年文献发现,甲状腺恶性肿瘤的针道种植发生率为 0.02% ~ 0.19%,且患者的年龄和肿瘤的侵袭性特征是肿瘤针道种植的危险因素。Hayashi 等^[9] 发现肿瘤针道种植可以发生于任何类型的甲状腺癌中,多见于滤泡性甲状腺癌和间变性甲状腺癌,而且肿瘤的侵袭性对肿瘤针道种植的发生和潜在的组织病理转化有很大的影响,种植部位的肿瘤可能比原发灶更具侵袭性。Shah 和 Ethunandan^[10] 发现细针穿刺后发生肿瘤针道种植多与穿刺针针头的大小、通过次数、抽吸力以及肿瘤相关因素等有关。Cappelli 等^[11] 也证实当肿瘤特别具有侵袭性时,即使使用 25 号针头,肿瘤种植仍会发生。一项研究结果显示,甲状腺乳头状癌边界模糊和边缘不规则与肿瘤侵犯周围甲状腺组织的病理特征相关,此为肿瘤具有侵袭性的重要超声特征^[12]。如果甲状腺结节具有上述超声特征,则该甲状腺结节可能具有侵袭性,患者需要更积极的治疗。本例患者的甲状腺彩超有 2 项与此符合:结节体积较大和低回声结节。患者的术后病理证实癌组织突破甲状腺被膜,淋巴结共有 10 枚转移(中央区淋巴结 6/8,侧区淋巴结 4/31)。本例患者甲状腺原发灶具有侵袭性,行甲状腺细针穿刺检查后有一定的肿瘤针道种植可能性。

2.3 细针穿刺引起的肿瘤种植转移是否会影响甲状腺癌患者远期生存率目前尚无统一结论。Hayashi 等^[9] 认为肿瘤针道种植发病率较低,但与无复发患者相

比,肿瘤针道种植患者的死亡风险和远处转移增加。甲状腺肿瘤理论上可以通过手术完全切除转移灶而不复发,同时术后辅以¹³¹I放射治疗和适当的内分泌抑制治疗进一步预防术后复发。术后本例患者服用优甲乐 1 片/d,术后 1 个月复查甲功:FT₃ 3.56 pmol/L,FT₄ 14.04 pmol/L,TSH 18.87 μIU/mL,Tg 1.72 ng/mL。后调整为服用优甲乐 2 片/d,择期行¹³¹I放射治疗。

综上所述,笔者认为目前临床资料证实细针穿刺诊断甲状腺结节是一种安全的诊断技术。临床对可疑病例应及时行甲状腺细针穿刺检查以明确诊断,并结合患者的个人情况、彩超结果等采取相应措施防止并发症发生。

参考文献

[1] 万文博,汪伟,夏长虹,等. 甲状腺结节超声引导下粗针穿刺组织学活检的安全性探讨[J]. 解放军医学院学报,2019,40(3): 238-242.

[2] Li Y, Teng D, Ba J, et al. Efficacy and safety of long-term universal salt iodization on thyroid disorders: epidemiological evidence from 31 provinces of mainland China[J]. Thyroid, 2020,30(4):568-579.

[3] 雷阳阳,何秀丽. 超声引导下细针穿刺细胞学检查对甲状腺结节的诊断价值[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2018,32(5):389-390,392.

[4] 王肖辉,周霖,赵瑞华,等. 超声引导下液体隔离技术辅助细针穿刺活检在颈Ⅳ区颈动脉鞘区异常淋巴结定性诊断中的应用[J]. 中国医学影像学杂志,2022,30(7):733-737.

[5] 杨飞城,唐巍,何徽,等. 经胸乳入路腔镜下甲状腺切除术后乳腺种植 1 例[J]. 诊断病理学杂志,2019,26(7):472,封3.

[6] Sevinç AI, Canda AE, Unek T, et al. Papillary thyroid carcinoma mimicking anaplastic thyroid carcinoma following fine-needle aspiration biopsy[J]. Thyroid, 2010,20(1):115-117.

[7] Smith EH. The hazards of fine-needle aspiration biopsy[J]. Ultrasound Med Biol, 1984,10(5):629-634.

[8] Park JY, Choi W, Hong AR, et al. A comprehensive assessment of the harms of fine-needle aspiration biopsy for thyroid nodules: a systematic review[J]. Endocrinol Metab(Seoul), 2023,38(1):104-116.

[9] Hayashi T, Hirokawa M, Higuchi M, et al. Needle tract implantation following fine-needle aspiration of thyroid cancer[J]. World J Surg, 2020,44(2):378-384.

[10] Shah KS, Ethunandan M. Tumour seeding after fine-needle aspiration and core biopsy of the head and neck—a systematic review[J]. Br J Oral Maxillofac Surg, 2016,54(3):260-265.

[11] Cappelli C, Pirola I, Agosti B, et al. Complications after fine-needle aspiration cytology: a retrospective study of 7449 consecutive thyroid nodules[J]. Br J Oral Maxillofac Surg, 2017,55(3):266-269.

[12] 胡景,原韶玲. 甲状腺乳头状癌亚型超声及其病理学基础研究进展[J]. 中华医学超声杂志(电子版),2018,15(2):107-110.

[收稿日期 2023-08-18][本文编辑 韦颖]

本文引用格式

杜青芸,黄驰,徐书杭,等. 细针穿刺后甲状腺肿瘤针道种植一例[J]. 中国临床新医学,2024,17(2):212-213.