

· 腹部疾病 ·

无原发灶甲状腺癌左肾转移1例报告并文献复习

湖北文理学院附属医院(襄阳市中心医院)泌尿外科(湖北 襄阳 441021)

管永俊 石洪波 张雪军 孙晓松

【关键词】甲状腺癌;左肾;转移

【中图分类号】R736.1

【文献标识码】D

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2017.01.024

1 病例资料

患者,女,43岁。因发现左肾占位1周余入院。患者1周余前因“胃炎”在我院行CT发现左肾占位,病程中无尿频、尿急、尿痛及肉眼血尿,无腰痛、头痛、头晕、心慌、胸闷,无腹痛、腹胀等。既往近1年来有多次血尿病史。未予诊治。无输血史,无外伤史,无高血压病,无心脏病,无糖尿病病史。“青霉素”药物过敏史。“颈椎病、腰椎病”10年。体检甲状腺未触及肿大,无阳性体征。双肾区无压痛及叩击痛,左肾未触及包块。泌尿系CT平扫+增强提示:结合平扫左肾中下部团块状灶,增强扫描其内部分无明显强化,局部呈渐进性明显强化表现,CT值约44-83HU;延迟扫描可见肾盂受压积水。右肾及双侧输尿管、膀胱未见明显异常征象。膀胱充盈良好,其内未见异常肿块灶。宫颈管、宫体强化不均,双侧附件区低密度结节影增强扫描无强化,陶氏腔少量积液。意见:1.左肾肿块影,考虑肿瘤性病变所致,建议结合临床。2.宫体、宫颈强化不均,建议进一步检查。3.双侧附件囊肿。4.盆腔少量积液。辅检回报提示:血尿常规,肝肾功能,离子一号,血糖。凝血功能,未见异常。胸片,心电图无异常。ECT提示:1.左肾血流灌注未见明显异常、肾小球滤过功能轻度减低,左肾GFR为36.86ml/min,左肾排泄滞留;2.右肾血流灌注及肾小球滤过功能正常,右肾GFR为48.86ml/min,右肾排泄滞留。完善相关检查后于2015年6月16日在全麻下行后腹腔镜下左肾根治性切除术。左腋后线12肋下戳口,钝性分开肌

层进入左后腹腔,置入自制气囊扩张后腹腔,左腋前线肋弓下戳口置12mm trocar,左腋后线12肋下戳口置12mm一次性 trocar,腋中线戳口置10mm trocar,置后腹腔镜。切开Gerota筋膜,左肾皮质厚,分离左肾周围,镜下游离腰方肌表面至肾门,游离肾蒂脂肪,见肾动脉,游离清楚。游离肾周,见中下段背侧占位约5.0cm×4.0cm。Hem-o-lok分别钳夹肾动静脉、生殖静脉,左输尿管上段Hem-o-lok夹闭输尿管远端,切断输尿管。切除肾脏装肾袋后,扩大腋后线戳口后取出送病检。后腹腔置血浆引流管引流。拔除 trocar,关闭切口。术中出血50ml。术中经过顺利。术后予抗感染止血对症治疗恢复良好。病检回报提示:(左肾)甲状腺肿瘤,考虑为滤泡型乳头状癌(左肾重155克,体积10.5cm×7cm×6cm,切开见直径5.5cm囊腔,内见2cm×1.5cm×1.3cm突起,输尿管6.5cm×0.5cm)免疫组化:TTF-1(+),CK19(部分+),HCK(部分+),Galcetin-3(-),RCC(-),EMA(+),CK7(部分+),VIM(部分+)建议:1.做相关检查,排除转移;2.借片会诊进一步确诊。根据病检结果,甲状腺彩超:甲状腺左侧叶大小约4.0cm×1.1cm×1.2cm,右侧叶大小约3.6cm×1.1cm×1.2cm,峡部厚约0.28cm,实质光点分布均匀,甲状腺右侧叶内见大小约0.2cm×0.2cm的无回声区,边界清晰,甲状腺左侧叶内未见局限性肿块回声。CDFI:甲状腺内未见明显异常血流信号显示。意见:甲状腺右侧叶小囊肿。普外科会诊建议出院短期休养后至普外科手术。患者出院后门诊定期复诊半年,一直未行手术,2015.06.29在湖北省同济医院复核左肾病检结果:甲状腺乳头状癌(滤

作者简介:管永俊,男,泌尿外科专业,硕士,主要研究方向:腹腔镜泌尿外科、泌尿系肿瘤

通讯作者:石洪波

泡亚型)。2015年11月17日我院门诊甲状腺彩超示甲状腺右侧叶小结节。病程中无红肿,无疼痛,无发热,无声音嘶哑,无心慌,无多食消瘦,2015年12月10日入普外科住院治疗。体检:甲状腺未触及明显包块,无压痛,双侧未及明显肿大淋巴结。心电图,血尿常规,肝功能,血生化,出凝血时间基本正常,胸片结果:双肺纹理稍增强,心膈未见明显异常。气管软化试验阴性。完善相关检查后于2015年12月15日全麻下行双侧甲状腺全切除术。手术方式:取颈部弧形切口长约10cm,切开皮肤及颈阔肌,游离皮瓣,上方超过甲状软骨上缘,双侧达胸锁乳突肌内侧缘,下方达胸骨上窝。离断颈前肌,未见双侧甲状腺无明显肿大,边界清,无粘连,双侧未及明显结节。暴露右甲状腺,离断甲状腺中静脉,暴露上极,靠近腺体离断甲状腺上极血管并结扎,游离下极并结扎下极血管,全程暴露右侧喉返神经并予以保护,保留右侧甲状旁腺,将右侧甲状腺体自气管表面切除。同样方法切除左侧甲状腺体及椎体叶。送快检,快检结果示:(双侧)甲状腺未见肿瘤改变。(左侧甲状腺组织6cm×2cm×1.5cm,右侧甲状腺组织5cm×3cm×1.5cm)。创面彻底止血,颈部留置负压引流管一根自胸骨上窝戳孔引出,清点器械敷料无误,逐层缝合,3-0薇乔线间断缝合,4-0滑线缝合皮下,术后恢复良好。患者未诉特殊不适无声音嘶哑、饮水呛咳、吞咽困难。病检提示:(双侧)甲状腺未见肿瘤改变(左侧:6cm×2cm×1.5cm,右侧:5cm×3cm×1.5cm),诊断:甲状腺癌左肾转移。患者术后恢复良好,定期复诊复查,目前未见异常。

2 讨论

甲状腺癌发病率逐年上升,根据2014年美国监测、流行病学及预后项目(Surveillance, Epidemiology, and End Results Program, SEER)数据,发病率为12.90/10万,甲状腺癌预后较好,肿瘤相关死亡率为0.50/10万,5年总生存率为97.80%,对于病灶局限于甲状腺内,患者5年生存率达99.90%,但有远处转移的患者则为54.70%^[1]。在我国,根据2013年《中国最新癌症谱》的数据,甲状腺癌的发病率为6.56/10万,居女性恶性肿瘤发病率的第10位^[2]。而根据2013年《中国肿瘤登记年报》的数据,甲状腺癌发病率居女性恶性肿瘤的第8位^[3]。

甲状腺肿瘤是最常见的内分泌肿瘤,其中甲状腺

癌最常见,也是头颈部最常见的恶性肿瘤,多见女性,预后与分化程度直接相关^[4]。通常的转移路径是经过局部淋巴结,先转移到双肺,接着转移到骨,后蔓延全身^[5-6]。甲状腺癌发生肾转移较为少见^[7]。滤泡型甲状腺乳头状癌(FVPTC)是甲状腺乳头状癌的1个亚型。FVPTC与其他滤泡性病变有着相似的组织病理学改变,其病灶主要或完全由滤泡组成^[8],无论是甲状腺癌没有甲状腺任何临床症状及体征就发生肾转移的情况,还是已经出现甲状腺癌肾转移其后进行双侧甲状腺全切除术却未见肿瘤原发灶的情况,检索文献均未见报道。

值得注意的是,张鑫等^[9]报道发现一名58岁女性患者,甲状腺多发占位,双肾占位且双肺多发结节,其CT影像类似本案。本案患者因体检左肾占位入院,CT提示囊性肾癌表现,直径5.5cm且位于中下极,内见2cm×1.5cm×1.3cm突起,无法行后腹腔镜肾肿瘤剜除术,按照诊疗常规,行左肾根治性切除术,病检回报提示:(左肾)甲状腺肿瘤,考虑为滤泡型乳头状癌,并经湖北省同济医院病理复查证实。诊治过程未出现误诊误治或延误治疗情况,得益于各专业疾病诊治常规。张鑫^[9]等认为,只要是发现肾脏占位,既往有甲状腺癌病史或合并甲状腺结节,都需要考虑甲状腺癌肾转移。也就意味着,如果有患者发现肾占位同时合并甲状腺结节,应当进行排查甲状腺癌的相关检查。我们认为,根据国内外研究结果,甲状腺癌肾转移的确少见。通常情况下,在已经出现远处转移后,原发灶的症状及体征多会有所体现。在人群中,甲状腺结节发病率并非少数,在体检已较为普及的今天,肾占位的检出率也较以往明显增加。因此,发现肾占位同时合并甲状腺结节的患者远远多于甲状腺癌肾转移的患者,增加进行排查甲状腺癌的相关检查并无益处。不过,若CT影像为可疑的囊性肾脏占位,需要进行排查甲状腺癌的相关检查。

参考文献

- [1] SEER Cancer Statistics Factsheets: Thyroid Cancer. National Cancer Institute. Bethesda, MD[EB/OL]. [http:// seer. Cancer. Gov/statfacts/html/thyro.html](http://seer.cancer.gov/statfacts/html/thyro.html). [2015-03-07].
- [2] 解析中国最新癌症谱.中国医学论坛报[N].2013-03-07.
- [3] 赫捷,陈万青.2013年中国肿瘤登记年报[M].北京:北京军事医学科学出版社,2013.
- [4] Jemal A, Bray F, Center MM, et al. Global cancer statistics[J]. CA Cancer J Clin,2011,61(2):69-90.
- [5] Hundahl S A, Fleming I D, Fremgeu A N, et al. A national Cancer

Data Base report on 53,856 cases of thyroid carcinoma treated in the U.S.1985-1995[J].Cancer, 1998,83(12):2638-2648.

- [6] 何俊,吴毅.甲状腺癌临床诊治新特点(附572例临床分析)[J].中国实用外科杂志,2008,28(5):365-371.
- [7] 阿勒哈,孟庆彬,于健春,等.甲状腺癌分子发病机制研究进展[J].中国医学科学院学报,2013,35(4):383-388.
- [8] 喻庆安.提高意外甲状腺癌认识[J].临床外科杂

志,2015,23(7):503-504.

- [9] 张鑫,王琦,李建兴.甲状腺癌肾转移1例[J].临床泌尿外科杂志,2015,30(6):573-574.

(本文图片见封二)

【收稿日期】2017-02-10

(上接第54页)

临床上实属罕见,且并未累及腹腔脏器,病变肠管与周围肠管分界清楚,周围脂肪间隙显示清晰。

小肠是消化系统中 longest 的管道,其排列迂曲冗长并互相重叠,故在临床放射学诊断中诊断小肠疾病难度较大;小肠CT灌肠造影在诊断小肠疾病中亦可取得比较好的效果,但是由于需忍受插管痛苦,病人难以接受,临床上已很少使用^[3]。本例采用口服大剂量2.5%等渗甘露醇扩张小肠后行多层螺旋CT小肠造影检查,病人避免忍受插管之苦,临床上可行性高。小肠CT造影成像的关键在于是否能使肠管适度充盈扩张^[4],其较传统钡剂造影检查优势在于不仅可以清楚肠壁结构,还能清楚显示肠道外病变,并且可以进行多方位、多角度的观察病灶及病灶外的情况,为临床诊疗提供更多的信息。小肠CT造影检查还有禁忌症少,患者耐受性好等优点,因此在临床上运用较广泛。国内外文献报道运用小肠CT造影诊断克罗恩疾病较多^[5-6],而用于诊断小肠海绵状血管瘤并不多,本例回肠浆膜下血管瘤患者小肠CT造影显示回肠局部管壁明显增厚,相应管腔重度狭窄,增厚管壁内示多发点状钙化影(静脉石),其增强后的管壁与肠腔造影剂形成明显对比,可清楚显示黏膜病变、肠壁增厚以及肠外组织的情况,病变周围脂肪间隙清晰,邻近肠管

显示清楚。

小肠海绵状血管瘤早期无特异性症状,一般表现为腹痛、恶心、呕吐等,发展到后期多表现为不明原因消化道出血症状,并伴有不同程度贫血,患者多以贫血就诊,本例患者起初以贫血就诊,与以往报道相符。

参考文献

- [1] 陈海涛,郑新民,杨志伟,等.尿道海绵体海绵状血管瘤--附1例报告及文献复习[J].罕少疾病杂志,2004,11(6):19-20.
- [2] 赵顺廷,刘金有.颅内巨大海绵状血管瘤1例[J].罕少疾病杂志,2005,12(6):36-36.
- [3] 章士正.小肠影像检查的方法及应用选择[J].中华放射学杂志,2012,46(4):298-299.
- [4] 张联合,章士正,胡红杰等.口服甘露醇多层螺旋CT小肠造影的临床价值[J].中华放射学杂志,2005,39(4):423-427.
- [5] Bruining DH, Siddki HA, Fletcher JG, et al. Prevalence of penetrating disease and extraintestinal manifestations of Crohn's disease detected with CT enterography[J]. Inflammatory Bowel Disease,2008,14(12):1701-1706.
- [6] Baker ME, Hara AK, Platt JF, et al. CT enterography for Crohn's disease: optimal technique and imaging issues[J]. Abdom Imaging, 2015,40(5):938-952.

(本文图片见封二)

【收稿日期】2017-02-10