

甲状腺弥漫大 B 细胞淋巴瘤一例并文献复习

李如梅

浙江大学医学院附属第四医院（超声科） 浙江 义乌 322000

【摘要】：目的：通过分析一例甲状腺弥漫大 B 细胞淋巴瘤的临床表现、超声影像学特征及病理诊断，增强对原发性甲状腺淋巴瘤的识别和诊治能力。方法：回顾性分析一例 73 岁男性患者，因颈部肿块迅速增大就诊，结合体格检查、实验室指标、超声检查及穿刺病理结果进行诊断，并复习相关文献。结果：患者颈部肿块快速生长，超声提示右叶显著增大、回声减低并伴丰富血流信号，穿刺活检证实为弥漫大 B 细胞淋巴瘤（GCB 型），最终明确诊断并转入血液科进一步治疗。结论：原发性甲状腺淋巴瘤临床少见，常表现为甲状腺迅速肿大，需与未分化癌、桥本甲状腺炎及甲状腺乳头状癌等鉴别。超声检查结合细针或粗针穿刺活检有助于早期诊断。提高临床对该病的警觉性，有助于及时干预、改善预后。

【关键词】：甲状腺淋巴瘤；弥漫大 B 细胞淋巴瘤；穿刺活检；超声；个案报告

DOI:10.12417/2811-051X.25.09.059

原发性甲状腺淋巴瘤（Primary Thyroid Lymphoma, PTL）是一种罕见的甲状腺恶性肿瘤，约占所有甲状腺恶性肿瘤的 1%~5%，在淋巴瘤中也仅占 7%^[1,2]。发病多见于老年女性，常与桥本甲状腺炎相关联^[1,3,4]。其常见病理类型为弥漫大 B 细胞淋巴瘤（Diffuse Large B-Cell Lymphoma, DLBCL）和黏膜相关淋巴组织淋巴瘤（MALT 淋巴瘤）^[1,3]。DLBCL 呈高度侵袭性，进展迅速，常伴有颈部肿块压迫症状，如吞咽困难、呼吸困难或声音嘶哑，而 MALT 淋巴瘤则生长较缓慢，预后相对良好。PTL 临床表现通常为颈部肿块迅速增大，伴压迫症状^[5]，但因其症状与其他甲状腺疾病相似，易造成误诊或延误治疗。影像学检查特别是超声对 PTL 的早期发现具有重要意义，其典型表现为甲状腺实质低回声、弥漫性或局灶性增大、血流丰富，但缺乏特异性，因此仍需依赖病理学确诊。目前，超声引导下的细针穿刺（FNA）或粗针活检（CNB）已成为甲状腺可疑病变明确诊断的重要手段^[6]。本文通过回顾分析一例老年男性 PTL（DLBCL, GCB 型）病例，结合超声特征、穿刺病理结果及既往文献资料，旨在提高临床对甲状腺淋巴瘤的认识，强调早期诊断和鉴别的重要性。

1 病例资料

患者男性，73 岁，因一周前颈部肿块迅速增大就诊，并伴有疲劳和局部刺激，患者既往体健，体格检查提示右颈前触及肿大结节，质硬，活动度差，轻压痛。实验室检查：血常规（-），血 T₃、T₄、TSH 均正常（游离三碘甲状腺原氨酸 6.82 pmol/L、游离甲状腺素 14.2 pmol/L 和 TSH 4.97 mIU/L），甲状腺抗体滴度也正常（甲状腺球蛋白抗体 <20.0 IU/mL，甲状腺过氧化物酶 <10.0 IU/mL）。B 超检查提示（图 1a-b）：甲状腺右叶外形增大，大小约 6.76*5.20*4.92cm，左叶大小约 4.20*1.84*1.77cm，包膜光整，境界清楚，实质回声弥漫性改变，回声减低，分布

不均。CDFI：右侧甲状腺内血流信号较丰富。右侧甲状腺包膜外可见厚约 0.59cm 片状低回声，内回声不均，血流信号丰富。右侧甲状腺外软组织回声增强、水肿。提示：甲状腺右叶弥漫性肿大伴回声减低 TI-RADS 4c 类，建议穿刺活检，需除外甲状腺淋巴瘤。患者 2025 年 1 月于我院行超声引导下甲状腺穿刺活检，操作经过：患者仰卧位，常规消毒，超声择点定位，2%盐酸利多卡因局麻，皮下 18G*10cm 针穿刺进入右叶内（图 2），总进针 2 次，组织取材 2 条，经过顺利。病理结果提示（图 3）：（1.甲状腺右叶）高侵袭性淋巴瘤，结合 HE 形态和免疫组化，考虑弥漫大 B 细胞淋巴瘤，GCB 型。

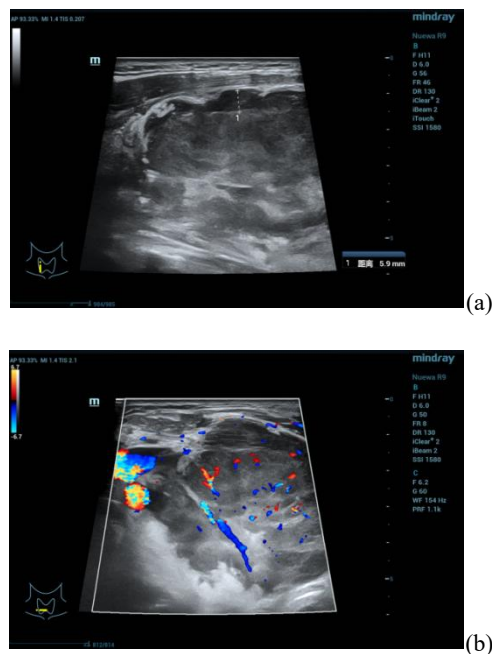


图 1 超声表现（a）二维超声（b）彩色超声多普勒

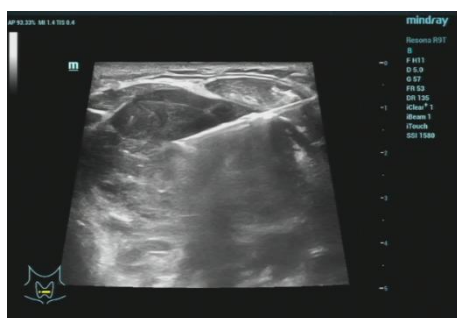


图2 甲状腺右叶穿刺过程

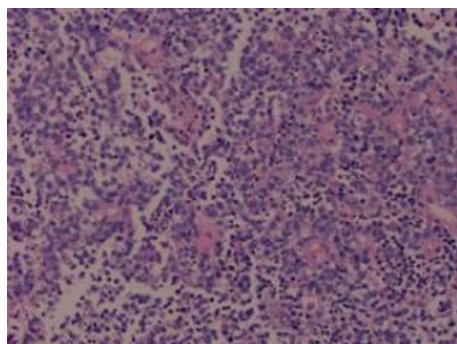


图3 免疫组化结果

2 讨论

甲状腺淋巴瘤是一种罕见但临床上需高度警惕的恶性病变，尤其在甲状腺肿块短时间内迅速增大、无甲亢表现、肿块质硬且压迫症状明显的老年患者中应考虑其可能性。本病例患者为73岁男性，既往体健，无桥本甲状腺炎病史，颈部肿块一周内快速增大，伴疲劳和轻度压痛，提示为高侵袭性病变，临床应及时排查甲状腺恶性肿瘤。本例超声检查发现右叶明显肿大，实质回声弥漫性减低，回声分布不均，血流信号丰富，TI-RADS评估为4c类，提示恶性可能较高。虽无明显钙化及浸润表现，但包膜外可见片状低回声并伴周围软组织水肿，提示肿瘤可能已向甲状腺外扩展。相比于甲状腺未分化癌或乳头状癌，甲状腺淋巴瘤在超声下多表现为均质低回声团块或弥漫性肿大，血流信号中等或丰富，但边界相对清晰，不易侵犯气管、肌肉等邻近组织。

根据PTL的病变情况的不同，超声下PTL分为结节型、局限型和弥漫型，认为甲状腺内明显的均匀低回声结节为结节型；甲状腺弥漫性低回声区为弥漫型；二者均有为混合型^[7]。本病例表现考虑为弥漫型，其病理发展可能为病灶内淋巴细胞对甲状腺包膜及甲状腺外组织的侵犯；肿瘤组织呈弥漫性浸润完全取代甲状腺组织。

参考文献：

- [1] Travaglino A, Pace M, Varricchio S, et al. Hashimoto thyroiditis in primary thyroid Non-Hodgkin lymphoma: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Pathol*. 2020;153(2):156–64.

甲状腺淋巴瘤在临床上需要与多种甲状腺疾病进行鉴别，首先①未分化癌（Anaplastic Thyroid Carcinoma, ATC）是最重要的鉴别对象，两者均可表现为颈部迅速增大的肿块并伴有压迫症状。有研究发现^[8]超声下ATC主要声像图特征为极低回声、回声较均匀，病灶内可见条索样或网格样高回声、病灶后方回声增强，内部可见坏死区，边界不清且常侵犯邻近结构；而PTL则多为均匀极低回声、条索或网格样高回声、后方回声增强、缺乏钙化和囊性变。细胞学方面，ATC具有高度异型性细胞，而PTL细胞相对单一，免疫表型以B细胞标记物（如CD20）为主。

②桥本甲状腺炎（Hashimoto thyroiditis, HT）超声上呈弥漫性粗糙低回声改变，可形成假结节，但病程发展缓慢，通常无快速肿大及显著压迫症状，且多见自身免疫抗体升高。有研究^[9]发现IgG4 HT与PTL两种疾病的临床表现（包括甲状腺肿和压迫）相似，且PTL通常并发HT，因此PTL有时可能被误诊为IgG4 HT，鉴别上PTL多见于老年人，IgG4 HT好发于中青年，超声上PTL更倾向低回声，病理上则要结合细胞形态、IgG4+浆细胞数量及分布综合判断。同时仅依赖免疫组化易误诊，应结合临床表现、影像及多部位活检病理综合分析。

③乳头状甲状腺癌（Papillary Thyroid Carcinoma, PTC）通常为小而低回声结节，常伴微钙化及纵横比>1，进展较慢，不同于PTL的快速生长。PTC细胞学具有典型核特征，且免疫组化CK19、TTF-1等上皮标志物阳性，有别于淋巴源性肿瘤。

④感染性甲状腺炎则以局部红肿、压痛和液性暗区为特征，伴有明显全身炎症反应，可通过血液学检查与PTL加以区分。

本例经粗针穿刺活检获得组织，病理明确诊断为弥漫大B细胞淋巴瘤（GCB型），免疫组化提示B细胞标志物（如CD20）阳性，是最常见的PTL类型之一。DLBCL病程发展迅速，诊断明确后应尽早转至血液科进行综合治疗，治疗方面以化疗为主，DLBCL常R-CHOP方案，必要时联合放疗；MALT型可行单纯放疗。手术仅用于诊断或缓解压迫症状。治疗方案应依据病理类型、分期及全身状况个体化制定。有研究^[10]发现年龄>70岁、具有侵袭性病理的PTL患者和Ki67>30%的患者更有可能出现较差的生存结局。

综上所述，甲状腺淋巴瘤虽罕见，但在快速增大的甲状腺肿块中应作为重要鉴别对象。临床结合影像学、穿刺活检和免疫表型可实现早期诊断，从而指导及时干预，改善患者预后。

- [2] Vardell Noble V,Ermann DA,Grifn EK,et al.Primary thyroid lymphoma:an analysis of the national cancer database.Cureus.2019;11(2):e4088.
- [3] Katna R,Shet T,Sengar M,et al.Clinicopathologic study and outcome analysis of thyroid lymphomas:experience form a tertiary cancer center.Head Neck.2013;35:165–71.
- [4] Yang L,Zhao H,He Y,et al.Contrast-enhanced ultrasound in the diferential diagnosis of primary thyroid lymphoma and nodular Hashimoto’s thyroiditis in a background of heterogeneous parenchyma.Front Oncol.2020;10:597975.
- [5] Sakorafas GH,Kokkoris P,Farley DR.Primary thyroid lypoma:Diagnostic and therapeutic dilemmas.Surgical oncology.2010;19(4):e124-9.
- [6] Sakorafas GH,Peros G.Thyroid nodule:a potentially malignant lesion;optimal management from a surgical perspective.Cancer Treat Rev 2006;32:191e202.
- [7] 张秀梅,农琳,冉旭,等.甲状腺淋巴瘤临床病理及超声特征分析[J].中华医学杂志,2017,97(37):2936-2939.
- [8] 胡景.甲状腺淋巴瘤与甲状腺未分化癌的临床、超声及病理对照分析[D].山西医科大学,2018.
- [9] Liu L,Yu Y,Chen L,et al.Clinical differences between IgG4 Hashimoto’s thyroiditis and primary thyroid lymphoma.European Thyroid Journal.2022 Jun 1;11(3).
- [10] Peng C,Yang C,Yao J,et al.Multimodal Sonographic Appearance and Survival outcomes of 69 cases of primary thyroid Lymphoma over 10 years.Journal of Ultrasound in Medicine.2022 Dec;41(12):3031-40.