

腎切除術12年後腎細胞癌 轉移至甲狀腺：病例報告及超音波表徵

羅煥鉅醫師 / 和信治癌中心醫院 放射診斷科

摘要：

儘管死於惡性腫瘤的患者，解剖時甲狀腺轉移並不罕見，但在大多數情況下臨床上很少發現轉移性甲狀腺癌，臨床上有顯著症狀的轉移甲狀腺腫瘤是相對罕見的。臨床上需要甲狀腺手術的繼發性甲狀腺癌病例亦少¹。

病例報告：

本文報告一名 65 歲的女性來自腎細胞癌轉移的甲狀腺腫瘤的臨床病例，因為患有吞嚥困難的緩慢生長的可觸及的頸部腫瘤。12 年前，因腎細胞癌接受了左腎切除術。術前超音波影像檢查呈現 3.87x3.19x2.23 公分大小，明顯的低回音，分葉形不規則邊緣，微小鈣化及血流增加。疑似腺瘤性甲狀腺腫和細針抽吸（FNA）細胞學檢查顯示非典型的上皮癌細胞。甲狀腺球蛋白（thyroglobulin）及甲狀腺轉錄因子-1（TTF-1）的免疫組織化學染色的陰性結果，表明甲狀腺轉移性腎細胞癌。臨床上顯著的甲狀腺轉移是相對罕見的。因此甲狀腺腫瘤的患者，若有超過十年以上其他惡性腫瘤病史，依然應考慮轉移性疾病的可能性。

討論：

腎細胞癌的常見轉移部位是肺，淋巴結，骨骼和肝臟²。甲狀腺轉移性腎細胞癌並不常見，但它臨床表現可能為快速生長的頸部，無痛性的結節性腫塊。甲狀腺轉移是不常見的。由於血管供應豐富，轉移性甲狀腺結節僅佔所有甲狀腺的 2-3% 惡性腫瘤。據報告由非甲狀腺惡性腫瘤轉移到甲狀腺的腫瘤，在屍體解剖研究中，發生率不一致，約 1.9% 到 24 %。甲狀腺轉移的低發生率可能因高碘和高氧濃度以及甲狀腺內高血流來解釋，以上理

由，所以甲狀腺不是其他惡性腫瘤轉移的好發部位³。

轉移性疾病可以發生在多年後的休眠期，來自腎細胞癌的單發轉移發生率約 1-4%，其中約 1% 發生在甲狀腺，據報告，腎細胞癌的轉移可以在診斷後 10 -20 年發生⁴。

甲狀腺惡性腫瘤的超音波表徵^{5,6}，包括 1. 顯著的低回音性 (marked hypoechogenicity) 2. 邊緣異常 (marginal abnormality) 3. 微小鈣化 (microcalcifications) 4. 比較高的形狀 (taller-than-wide shape)



圖 1、左側甲狀腺腫塊呈現明顯的低回音性，分葉形不規則邊緣，微小鈣化

5. 甲狀腺周邊淋巴結腫大 (perithyroidal lymphadenopathy) 6. 結節中心血流增加 (centrally predominant vascularity) 等，其中邊緣異常表示為分葉形不規則邊緣 (microlobulation)，毛刺邊緣 (spiculated margin) 或結節周邊浸潤 (perinodular infiltration)，另外甲狀腺周邊淋巴結腫大表示，伴有淋巴結內微鈣化或囊性成分。我們的患者超音波影像檢查，呈現明顯的低回音性，分葉形不規則邊緣，微小鈣化 (圖1) 及周邊血流增加比中心多 (圖2)。

我們的患者因轉移性腎細胞癌導致甲狀腺腫大。在這樣的病人，嘗試用細針抽吸 (FNAB) 建立診斷可能會產生如果對良性結節進行採樣，則為假陰性結果。在我們的患者，使用超音波導引的細針抽吸幫助了我們達到最終診斷。在某些情況下，細針抽吸有時不能有助於區分原發性腫瘤和轉移病灶。但是，腫瘤病理學通過免疫組織化學技術可以達到診斷目的⁷。

結論：

曾患有腎細胞癌病史的患者，不論過去和現在，臨床上呈現甲狀腺腫塊，應將甲狀腺轉移列入鑑別診斷。

致謝：

感謝耕莘醫院影像醫學部周定遠主任審閱與訂正。

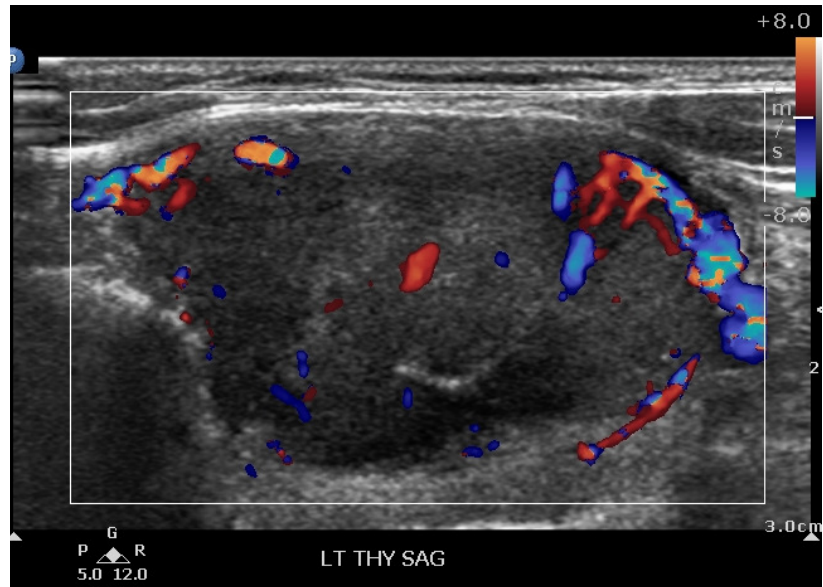


圖 2、左側甲狀腺腫塊呈現周邊血流增加比結節中心多

參考文獻：

1. Beutner U, Leowardi C, Bork U et al: Survival after renal cell carcinoma metastasis to the thyroid: Single center experience and systematic review of the literature. *Thyroid*, 2015; 25: 314–24
2. Mohammadi A, Toomattari SB, Ghasemi-Rad M: Metastasis from renal cell carcinoma to thyroid presenting as rapidly growing neck mass. *Int J Surg Case Rep*, 2014; 5(12): 1110–12
3. Ramirez-Plaza CP, Dominguez-Lopez ME, Blanco-Reina F: Thyroid metastasis as initial presentation of clear cell renal carcinoma. *Int J Surg Case Rep*, 2015; 10: 101–3
4. Koul H, Huh JS, Rove KO et al: Molecular aspects of renal cell carcinoma: A review. *Am J Cancer Res*, 2011; 1: 240–54
5. Moon WJ, Jung SL, Lee JH, Na DG, Baek JH, Lee YH, et al. Benign and malignant thyroid nodules: US differentiation--multicenter retrospective study. *Radiology* 2008;247:762-770
6. Frates MC, Benson CB, Doubilet PM, Cibas ES, Marqusee E. Can color Doppler sonography aid in the prediction of malignancy of thyroid nodules? *J Ultrasound Med* 2003;22:127-131; quiz 132-124
7. Chung AY, Tran TB, Brumund KT et al: Metastases to the thyroid: a review of the literature from the last decade. *Thyroid*, 2012; 22(3): 258–68