·短篇论著·

原发性甲状腺淋巴瘤误诊为桥本甲状腺炎:1例报道及文献复习

Primary thyroid lymphoma misdiagnosed as Hashimoto thyroiditis:a case report and literature review

霍雨舒,付淼,李思浓,陈治光,桑亮
(中国医科大学附属第一医院超声科,沈阳 110001)

摘要 原发性甲状腺淋巴瘤(PTL)在临床上少见,少数超声表现因与局灶性桥本甲状腺炎(HT)类似而被误诊。本文报道我院1例PTL误诊为HT病例,并结合既往文献进行复习,探讨PTL的超声特征并分析其误诊原因,为临床工作中减少PTL的误诊提供参考。

关键词 原发性甲状腺淋巴瘤;桥本甲状腺炎;超声检查
中图分类号 R581.4 **文献标志码** A **文章编号** 0258-4646(2026)06-0570-04
网络出版地址 https://link.cnki.net/urlid/21.1227.R.20260605.1341.018
DOI:10.12007/j.issn.0258-4646.2026.06.016

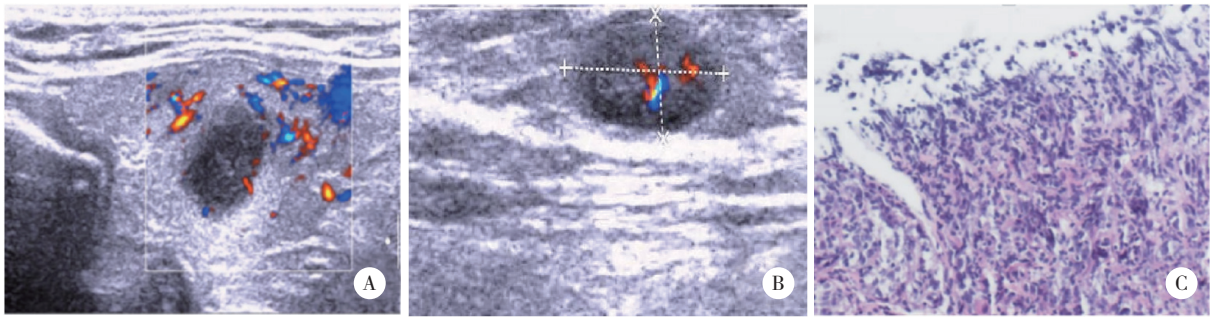
原发性甲状腺淋巴瘤(primary thyroid lymphoma,PTL)是指原发于甲状腺淋巴组织的恶性肿瘤,临床上少见,约占甲状腺恶性肿瘤的5%,在淋巴结外恶性淋巴瘤中占比不超过2%[1]。PTL主要发病人群为老年女性,好发年龄为60~70岁[2]。本文对我院1例PTL误诊为桥本甲状腺炎(Hashimoto thyroiditis,HT)患者的临床资料进行分析,并结合相关文献,探讨PTL的超声特征,并分析其误诊原因,旨在为临床工作中降低其误诊率提供参考。

1 临床资料

患者,女,63岁,以“双侧颈部淋巴结肿大7个月”为主诉就诊。超声检查显示,甲状腺腺体回声不均匀,左叶中部偏下可见低回声结节,大小约1.17 cm×1.19 cm,垂直位,边界不清晰,其内可见少许血流(图1A);左颈部可见多发淋巴结,皮质回声减低,略增厚,血流较丰富,门样结构隐约可见,大者呈类圆形(图1B)。提示甲状腺回声不均匀,甲状腺左叶结节(C-TIRADS 4b类);左颈部淋巴结回声减低,皮质略增厚。遂进行甲状腺结节及淋巴结细针抽吸活检(fine needle aspiration biopsy,FNAB),左叶结节涂片及液基细胞学病理见多量淋巴细胞及少许滤泡细胞(图1C),考虑诊断为“桥本甲状腺炎”。患者自述优甲乐治疗10个月,效果欠佳,自觉颈部肿块较前明显增大,为求进一步诊治再次来我院就诊。超声检查显示,甲状腺腺体回声不均匀,内见多发低回声结节,右叶大者约3.33 cm×2.16 cm×2.27 cm,左叶大者约2.56 cm×2.33 cm,边缘模糊,内似网状,可见点条状血流(图2A~2C);左颈部见多个淋巴结,大者约3.61 cm×1.45 cm,皮质增厚,回声减低不均匀,可见网状结构,血流较丰富(图2D)。超声提示:甲状腺内多发低回声,较前变化明显,不除外淋巴源性病变,可行粗针穿刺活检(core needle biopsy,CNB);双颈部淋巴结回声异常,注意淋巴源性病变,可行CNB。实验室检查:甲状腺球蛋白抗体(thyroglobulin antibody,TGAb)明显升高,三碘甲状腺原氨酸(triiodothyronine,T_3)、甲状腺素(thyroxine,T_4)、促甲状腺激素(thyroid stimulating hormone,TSH)、甲状腺过氧化物酶抗体(thyroid peroxidase antibody,TPOAb)均正常。患者行甲状腺结节及颈部淋巴结CNB及免疫组织化学检查,结果显示,甲状腺结节Galectin-3(部分+),CD5(T细胞+),Ki-67(60%+),Vimentin(+);淋巴结CD3(T细胞+),CD20(+),Pax-5(+),Bcl-2(90%+),c-myc(40%+),CD21(FDC+),CD10(90%+),cyclin D1(少数+),Bcl-6(70%+),MUM1(30%+),Ki-67(70%+)。确定诊断为“非霍奇金淋巴瘤-弥漫性大B细胞淋巴瘤(diffuse large B-cell lymphoma,DLBCL)”。遂对该患者进行R-CHOP方案(利妥昔

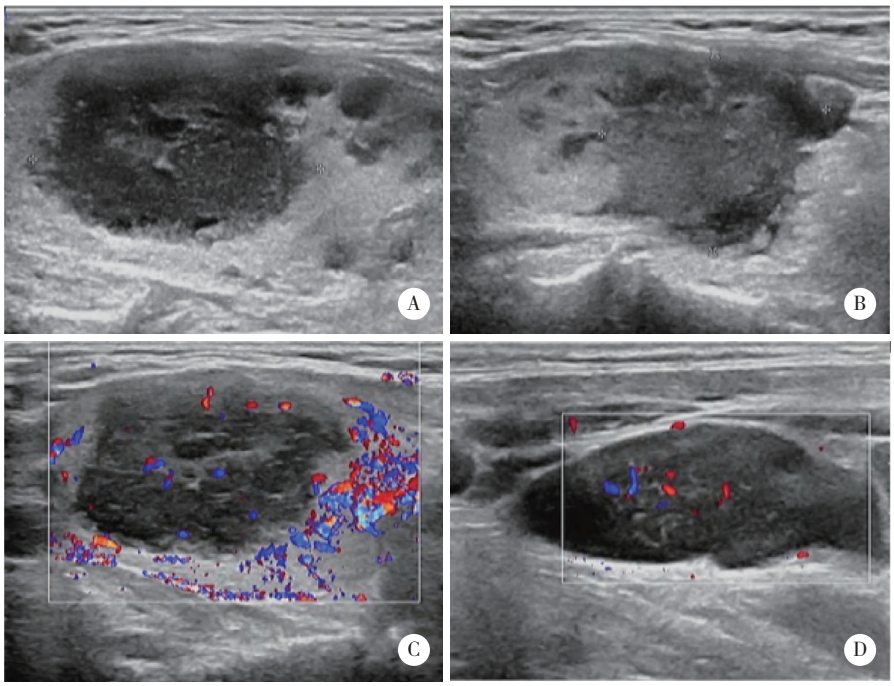
作者简介:霍雨舒(1998-),女,硕士研究生.
通信作者:桑亮,E-mail:13889167622@163.com
收稿日期:2025-03-21
网络出版时间:2026-06-08 11:39:12

单抗，环磷酰胺，盐酸吡柔比星，长春地辛，地塞米松）化疗，患者目前生存状况良好。本研究获得患者及家属知情同意。



A，甲状腺内低回声，垂直位，边缘模糊，可见少许点条状血流信号；B，左侧颈部淋巴结回声减低，皮质略增厚，可见门样为主血流；C，HE染色结果（×200）.

图1　甲状腺、颈部淋巴结超声检查及穿刺病理结果



A（右叶），B（左叶），C（彩色），甲状腺内低回声结节，边缘模糊，内似网格，可见点条状血流信号；D，颈部淋巴结回声减低不均匀，皮质增厚，可见网格结构，血流较丰富.

图2　甲状腺及颈部淋巴结超声检查结果

2　文献复习

通过检索中国知网和PubMed数据库，以“甲状腺淋巴瘤”和“误诊”为关键词，检索截止时间至2024年12月，筛查出误诊类型为HT且对病例特征进行了详细描述的病例文献。最终对1999年至2024年发表的10例PTL误诊为HT的相关病例文献[3-11]进行复习并总结。既往10例患者中，均以颈部出现肿块为主诉就诊，其中女7例，男3例；≥60岁6例；肿块质地坚硬4例，出现疼痛症状3例，伴有呼吸困难、吞咽困难、气管移位等压迫症状9例；超声检查显示，甲状腺呈弥漫性增大7例，血流信号丰富6例，伴有颈部淋巴结肿大5例；最终依据细胞学穿刺确诊5例，手术切除后确诊5例；病理分型全部为非霍奇金淋巴瘤，其中DLBCL 7例，黏膜相关淋巴组织淋巴瘤（mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma，MALT）1例（表1）。

表1　既往文献中10例误诊患者的临床特征

序号	性别	年龄（岁）	疼痛症状	压迫症状	症状出现侧	颈部淋巴结肿大	确诊方法	病理分型
病例1[3]	男	16	是	是	双侧	是	2	–
病例2[4]	男	80	否	是	双侧	是	2	MALT
病例3[5]	女	68	是	是	双侧	否	1	DLBCL
病例4[6]	女	70	否	是	双侧	否	2	结外富于T的B细胞淋巴瘤
病例5[7]	女	51	否	否	右侧	否	1	DLBCL
病例6[8]	女	64	–	是	双侧	是	1	DLBCL
病例7[9]	女	74	是	是	双侧	是	2	DLBCL
病例8[10]	女	54	–	是	双侧	–	2	DLBCL
病例9[10]	男	30	–	是	左侧	是	1	DLBCL
病例10[11]	女	72	–	是	双侧	–	1	–

1，细胞学穿刺；2，手术切除. MALT，黏膜相关淋巴组织淋巴瘤；DLBCL，弥漫大B细胞淋巴瘤；–，未提及.

3　讨论

由于自身免疫反应导致甲状腺内淋巴细胞持续增生，HT患者发生PTL的风险显著高于普通人群[12]。PTL常以HT为背景发生，二者常合并存在，因此，目前认为HT是PTL发病的高危因素，两者在临床上常难以鉴别[13-14]。

PTL的临床表现及体征缺乏特异性，常表现为短时间内颈部肿块增大[15]，本文中11例患者均出现此表现，肿块质地多坚硬，部分伴有疼痛、呼吸困难、吞咽困难、声音嘶哑等压迫症状。本文11例患者中，10例出现压迫症状，3例伴有疼痛症状。大多数PTL患者的甲状腺功能正常，约有10%的患者伴有甲状腺功能减低的症状，10%的患者可伴有发热、盗汗、体重减轻等典型淋巴瘤症状[16]。目前，各国临床指南均以甲状腺超声检查为甲状腺结节首选的影像学方法。基于病灶边界、形态及内部和后方回声等超声特征，将PTL分为结节型、弥漫型和混合型3种类型[17]。由于PTL病灶在超声检查时处于病程的不同发展阶段，因此各型的超声影像特点也不尽相同。常见超声表现为病灶体积较大，形态不规则，与周围组织分界较清晰。相关研究[18-19]证实，甲状腺内肿瘤呈片状极低回声且伴后方回声增强是PTL的特征性表现，有时可伴发颈部多发淋巴结肿大，在以往文献及本院病例中有6例患者伴发颈部淋巴结肿大。彩色多普勒超声提示，PTL甲状腺上动脉血流动力学参数尚在正常范围，病灶内部血流信号分级以Ⅰ~Ⅱ级居多，呈短棒状或斑点状分布，其中心可探及高速高阻动脉频谱征象，可能是由于肿块内部淋巴细胞异常增生或恶性转化导致血管受压。明确诊断PTL需要依靠病理学检查，目前FNAB、CNB及手术切除活检是甲状腺肿物的主要活检方法[20]。PTL的病理分型大多数是B细胞来源的非霍奇金淋巴瘤，最常见的是DLBCL，约占50%以上，其次是MALT，MALT可发展成DLBCL，其他亚型包括滤泡型、小淋巴细胞型以及T细胞、套细胞和淋巴母细胞淋巴瘤[21-22]。本文11例患者均为非霍奇金淋巴瘤，其中DLBCL8例，MALT1例。

本文11例误诊病例的最终确诊手段中，细胞学穿刺活检6例，手术切除活检5例。我院患者行FNAB未能正确诊断，之后行甲状腺及颈部淋巴结CNB后才正确诊断为PTL。分析误诊原因如下：（1）FNAB所获细胞量小，难以对整个病灶进行取材，因此在诊断及鉴别诊断PTL的过程中有难度；（2）淋巴瘤细胞异质性大，形态变化多样，因此对PTL的病理诊断不能仅依据细胞形态的改变，还需结合组织结构改变及免疫组织化学结果才能诊断；（3）超声检查是甲状腺结节首选的影像学检查方法，但由于PTL的发病率较低，当遇到超声表现不典型、缺乏特征性改变时，容易发生漏诊、误诊。本例我院患者超声检查显示，甲状腺腺体回声不均匀减低，出现网格样改变，而网格样改变是HT的典型超声表现，多由于甲状腺滤泡破坏而形成纤维结构所致，故被误诊为良性病变。PTL的超声诊断需警惕以下特征：病灶周围常可见残余的正常甲状腺实质，若在病灶周边探及相对正常的实质回声时，应高度怀疑PTL。此外，HT后

期常表现为腺体体积缩小、血供信号稀疏；而PTL或从HT发展而来的PTL则表现为腺体短期内迅速增大，血流灌注往往较丰富，因此询问患者是否短期内出现颈部淋巴结肿大，有助于鉴别诊断。

综上所述，PTL与HT临床表现相似，极易发生误诊。当超声检查发现甲状腺弥漫性肿大，内部呈网格样改变，病灶内呈低回声，且后方回声增强，而周围腺体回声则相对正常时，在考虑HT的基础上，应高度警惕PTL的可能，及时穿刺活检进行病理诊断，以提高确诊率，减少漏诊和误诊。

参考文献：

[1] LEE JS，SHIN SJ，YUN HJ，et al. Primary thyroid lymphoma：a single-center experience [J]. Front Endocrinol，2023，14：1064050. DOI：10.3389/fendo.2023.1064050.

[2] ROVIRA A，CARROLL P，SIMO R. Thyroid lymphoma [J]. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg，2023，31 (2)：83-88. DOI：10.1097/moo.0000000000000875.

[3] 陈志伟，曹明溶. 原发性甲状腺淋巴瘤误诊1例报告并文献复习 [J]. 岭南现代临床外科，2018，18 (5)：571-574. DOI：10.3969/j.issn.1009-976X.2018.05.018.

[4] 王琰，崔可飞. 误诊为桥本甲状腺炎的甲状腺淋巴瘤1例 [J]. 实用医学杂志，2015，31 (20)：3418. DOI：10.3969/j.issn.1006-5725.2015.20.043.

[5] 景文宝，刘玉辉，安鲁彪. 甲状腺淋巴瘤误诊为桥本甲状腺炎一例 [J]. 临床误诊误治，2014，27 (12)：47-48. DOI：10.3969/j.issn.1002-3429.2014.12.018.

[6] 卢永刚，孙敏，谭晶，等. 原发性甲状腺非霍奇金淋巴瘤误诊为桥本氏病1例 [J]. 中国误诊学杂志，2005，5 (6)：1196. DOI：10.3969/j.issn.1009-6647.2005.06.201.

[7] 王菁，裴斐，廖松林. 原发性甲状腺非何杰金恶性淋巴瘤误诊为桥本氏甲状腺炎一例 [J]. 天津医药，2003，31 (4)：257，192. DOI：10.3969/j.issn.0253-9896.2003.04.029..

[8] 戴为信，崔全才，沈悌. 原发性甲状腺淋巴瘤误诊为甲状腺炎临床分析 [J]. 中华医学杂志，2000，80 (10)：762. DOI：10.3760/j.issn.0376-2491.2000.10.014.

[9] 黄贵心，陈文璞. 甲状腺非何杰淋巴瘤误诊误治1例 [J]. 广东医学院学报，1999，17 (3)：293. DOI：10.3969/j.issn.1005-4057.1999.03.080.

[10] AHMED T，KAYANI N，AHMAD Z，et al. Non-Hodgkin's thyroid lymphoma associated with Hashimoto's thyroiditis [J]. J Pak Med Assoc，2014，64 (3)：342-344.

[11] DEGABRIEL D，CERUTTI A，CARAMANICA L，et al. Association of Hashimoto's thyroiditis and Burkitt lymphoma：a rare condition to be considered [J]. Praxis，2021，110 (14)：812-815. DOI：10.1024/1661-8157/a003736.

[12] OTSUKA Y，YASUDA M，TOKUMASU K，et al. Hashimoto's thyroiditis and primary thyroid lymphoma [J]. QJM，2020，113 (9)：691-692. DOI：10.1093/qjmed/hcaa002.

[13] LIU LY，YU Y，CHEN L，et al. Clinical differences between IgG4 Hashimoto's thyroiditis and primary thyroid lymphoma [J]. Eur Thyroid J，2022，11 (3)：e210144. DOI：10.1530/ETJ-21-0144.

[14] ZHANG YH，SONG YY，CHENG RF，et al. Concurrent papillary thyroid carcinoma and incidental cervical lymph node indolent B cell non-Hodgkin lymphoma：clinicopathological features，outcomes，and potential relationships [J]. World J Surg Oncol，2025，23 (1)：145. DOI：10.1186/s12957-025-03803-4.

[15] VITA O，DEMA A，BARNA R，et al. Primary thyroid lymphoma：a retrospective-observational study in a single institutional center [J]. Medicina，2024，60 (3)：476. DOI：10.3390/medicina60030476.

[16] WILLIAMS TP，RAESS PW，BRAZIEL R，et al. Primary extranodal nodular lymphocyte predominant Hodgkin lymphoma involving the thyroid [J]. Head Neck Pathol，2020，14 (2)：550-553. DOI：10.1007/s12105-019-01052-y.

[17] OTA H，ITO Y，MATSUZUKA F，et al. Usefulness of ultrasonography for diagnosis of malignant lymphoma of the thyroid [J]. Thyroid，2006，16 (10)：983-987. DOI：10.1089/thy.2006.16.983.

[18] PENG CJ，YI D，ZHOU Y，et al. Differential diagnosis of non-diffuse primary thyroid lymphoma and papillary thyroid carcinoma by ultrasound combined with computed tomography [J]. BMC Cancer，2022，22 (1)：938. DOI：10.1186/s12885-022-10035-2.

[19] XIA Y，WANG L，JIANG YX，et al. Sonographic appearance of primary thyroid lymphoma-preliminary experience [J]. PLoS One，2014，9 (12)：e114080. DOI：10.1371/journal.pone.0114080.

[20] 陈瑞珠，张欢，郑立春，等. 超声联合细针穿刺洗脱液甲状腺球蛋白测定在甲状腺乳头状癌颈部淋巴结转移诊断中的应用 [J]. 中国医科大学学报，2024，53 (11)：999-1004，1011. DOI：10.12007/j.issn.0258-4646.2024.11.008.

[21] HUANG CG，LI MZ，WANG SH，et al. The diagnosis of primary thyroid lymphoma by fine-needle aspiration，cell block，and immunohistochemistry technique [J]. Diagn Cytopathol，2020，48 (11)：1041-1047. DOI：10.1002/dc.24526.

[22] ZHANG L，CASTELLANA M，VIRILI C，et al. Fine-needle aspiration to diagnose primary thyroid lymphomas：a systematic review and meta-analysis [J]. Eur J Endocrinol，2019，180 (3)：177-187. DOI：10.1530/EJE-18-0672.

（编辑　王又冬）