

以颈部转移癌为首发症状的甲状腺乳头状微癌 20 例分析

张文超 赵文川

天津医科大学附属肿瘤医院头颈科 (天津市 300060)

摘要 目的:探讨以颈部转移灶为首发症状的甲状腺乳头状微癌的临床特点及诊治中的特殊性。**方法:**分析 1991~2003 年收治的 20 例以颈淋巴结转移首诊者的临床、病理及随访资料。**结果:**15 例经术前淋巴结切除活检,5 例经术中冰冻病理确诊,均有颈淋巴结转移,均行颈清术,转移最多在Ⅵ区。随访 17 例均无复发及远处转移。**结论:**出现明显颈部转移的甲状腺乳头状微癌属于进展性癌,应通过淋巴结切除活检或术中冰冻获得正确诊断并积极行联合根治手术,必要时行传统性颈淋巴结清除术。

关键词 甲状腺 乳头状微癌 转移 颈淋巴结清除术

中图分类号:R736.1 文献标识码:A 文章编号:1000-8179(2004)24-1412-03

Clinical Study on Papillary Microcarcinoma of the Thyroid with the Neck Nodular Metastasis as Its Primary Symptom

Zhang Wenchao Zhao Wenchuan

Department of Head and Neck, Cancer Hospital of Tianjin Medical University, Tianjin

Abstract Objective: To explore the clinical character of the papillary microcarcinoma (PMC) of the thyroid and speciality in its diagnosis and treatment. **Methods:** The clinical, pathologic and follow-up information of 20 cases of thyroid PMC which only appeared clinically as the neck nodular metastasis from 1991 to 2003 treated in our department surgically was collected and reviewed. **Results:** Fifteen cases of patients were diagnosed to be thyroid PMC by the biopsy of neck nodular preoperatively and 5 cases by frozen section pathological examination during the operation. All of these cases underwent neck dissection. Neck nodular metastasis was found in all of the cases and most of them occurred at level Ⅵ. **Conclusion:** Thyroid PMC which occurs neck nodular metastasis obviously belongs to progressive carcinoma. It can be diagnosed by the biopsy of neck nodular preoperatively or by frozen section pathological examination during the operation. Neck dissection operation should be conducted actively and early.

Key words thyroid papillary microcarcinoma metastasis neck dissection

甲状腺乳头状微癌(Papillary microcarcinoma, PMC),为直径 $\leq 1\text{cm}$ 的乳头状癌(Papillary carcinoma of the thyroid, PTC),大多为其他原因切除甲状腺或尸检时偶然被发现,少数以颈部转移病灶就诊而被发现,临床易误诊、误治,且有时转移灶可较广泛而进展较快,诊治上有其特殊性。我们对 1991 年 3 月~2003 年 3 月收治的 PMC 临床资料进行分析,以探讨 PMC 的临床特点及诊断、治疗中存在的问题。

1 材料与方法

1.1 临床资料

本院 102 例 PMC 中 20 例以颈部淋巴结肿大就诊,约占同期 PMC 的 20%,其中女性 14 例,男性 6 例;女男比为 2.3:1,年龄 28~52 岁,中位年龄 38 岁;病程 20 天~7 年,平均 1.9 年;左侧 6 例,右侧 10 例,双侧 4 例。就诊时发现淋巴结转移癌位置:Ⅱ区 5 例,Ⅲ区 7 例,Ⅳ区 4 例,Ⅴ区 3 例(其中 1 例位于胸锁乳突肌上后缘),Ⅵ区 1 例。

1.2 手术方式

所有病例均行甲状腺癌联合根治术或颈淋巴结清除术,1例切除胸锁乳突肌,1例切除左颈内静脉及左喉返神经,并行气管切开。其余为三保留式功能性颈清术。3例行双侧颈清术,其中2例为一侧PMC,对侧并发的PTC也发生颈部淋巴结转移而行颈清术。

1.3 诊断

全部病例中15例术前行颈部淋巴结切除活检,病理诊断为转移性乳头状癌,术中冰冻病理检查证实为PMC 5例,其中2例甲状腺原发灶未能确诊,取淋巴结冰冻确诊,伴桥本氏病2例,结节性甲状腺肿1例。12例临床检查未触及甲状腺肿物,占60%,16例行B超检查中15例发现甲状腺原发小癌灶,仅1例触诊及B超检查均未见甲状腺肿物。

2 结果

2.1 术后病理

20例患者均有淋巴结转移,3例为双侧PMC双颈转移,1例为右侧PMC双颈转移。多灶性PMC 7例。镜下除一般PTC的表现外,原发癌均无包膜,乳头排列紧密,瘤细胞层次增多。颈部转移淋巴结病理分区采用美国Sloan—Kettering癌症中心的六区分法,12例有Ⅵ区转移,其中7例为所有取到的Ⅵ区淋巴结均有转移,最多为8/8转移;其次为Ⅱ~Ⅳ区(静脉角)及Ⅴ区:Ⅱ区10例,Ⅲ区8例,Ⅳ区8例,Ⅴ区5例。

2.2 转移淋巴结形态

有囊性、实性之分,囊性者呈棕黑色,内含棕黄色囊液,体积多较大;实性者质脆,形态饱满,类圆形,直径0.8~5.5cm,均可相互融合,但仅少数突破被膜侵犯周围组织。

2.3 随访

随访3个月~13年,中位随访期6年,17例无颈部复发,3例再入院行对侧颈清术,无远处转移及死亡,失访3例。

3 讨论

3.1 PMC的淋巴结转移特性及规律

WHO关于甲状腺乳头状癌的各种变型中描述乳头状微癌为最大径等于或小于1.0cm的乳头状癌,文献报道淋巴结转移率为30%~40%,近半数转移至气管旁淋巴结^[1],Strate等^[2]认为在就诊患者中PMC通常因为淋巴结转移灶被发现,1993年以后高频彩超等广泛应用而使PMC微小原发灶检出率大大提高。本文统计PMC颈淋巴结转移率为48%,其中以淋巴结转移首诊者占同期PMC的1/5,可见PMC亦有较高的淋巴结转移率,且部分患者转移灶

先于原发灶发现。由于一些患者原发灶隐蔽未被发现,而被临床误诊为淋巴结结核、炎性淋巴结肿大、腮裂囊肿或其它转移癌。

本组病例术后病理结果半数以上有气管食管沟的转移,与文献报道相符,且转移淋巴结占该区淋巴结比率最高,其次为Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ区及颈静脉角处和Ⅴ区。个别患者仅以乳突下一肿大淋巴结就诊,而其它区域无转移,我们认为PMC的颈淋巴结转移仍遵循一般PTC的转移规律,气管旁组可视为前哨淋巴结,转移最多,少数有跳跃式转移。转移灶的大小与此规律无关,最大病灶可位于Ⅱ~Ⅵ区的任何区域,大都分布在胸锁乳突肌上2/3的前后缘或深面。

3.2 诊断要点及注意事项

对以颈部淋巴结肿大就诊者,如无炎症病史和表现应常规行甲状腺触诊及高频彩色多普勒超声检查,如有典型的手感和超声影像学特点结合病史不难作出诊断;如甲状腺肿物伴同侧肿大淋巴结囊性变或在淋巴结中抽出棕褐色液体,均为PTC的转移,这一点有特异性,因甲状腺原发灶及转移灶均可发生囊性变,而在其它颈部癌罕见。

在102例中30%(36/102)的PMC可触及,本组以转移灶首诊者约40%的病例PMC可触及,后者比前者稍高,肿物均位于腺体表面或浅层,或患者较瘦。肿物触诊:质硬,基底固定,但能随吞咽上下移动,边界不甚清,约1cm~0.5cm,形态类圆形。本组资料中未触及甲状腺肿物的病例,经B超检查发现甲状腺原发癌灶。

本文显示PMC可有多灶性发生,可位于一侧或双侧(7/20),确诊PMC可行术前颈部肿大淋巴结切除活检或细针穿刺细胞学检查(FNAC)或术中冰冻组织检查。徐芳芳^[3]认为对原因不明的颈淋巴结肿大经抗感染无效者应及时行FNAC获得细胞学诊断或行可疑淋巴结切除活检。国外有报道应用FNAC诊断PMC准确率可达96%以上^[4],但国内FNAC诊断率较低,由于获得细胞数量少,或穿刺取材不准确造成诊断困难,细胞病理医生的经验也是影响FNAC诊断正确性的重要方面。

在诊治中发现对颈部可疑淋巴结行切除活检或术中冰冻检查,一般易于获得正确的PMC诊断。早在1906年Schrager发现与甲状腺无关的具有正常和病理甲状腺组织的颈部肿物,称其为迷走副甲状腺,后来证明是甲状腺乳头状癌的淋巴结转移灶。本组病例也有术中冰冻不能确诊甲状腺原发灶性质时,根据可疑颈淋巴结冰冻检查发现有乳头状结构而确诊。术中最典型且具特异性的转移灶为棕黑色的囊实性淋巴结。

3.3 治疗及预后

有观点认为应将 PMC 分为两型, I 型早期癌^[5], 大多数 PMC 均属此型, 生物学行为良好, 无淋巴结转移, 无包膜浸润及远处转移, 肿瘤的大小将停滞于微小癌阶段, 可发生纤维化和钙化, 能终生携带不被发现, 亦可称其为前临床期 PTC, 无须特殊治疗; II 型为晚期癌^[5], 有较高恶性的生物学行为, 虽甲状腺原发灶隐匿, 但易发生淋巴结转移甚至远处转移, 还可发生口咽及腭扁桃体等少见部位转移^[6], 常以颈部淋巴结转移灶为患者就诊原因。

本组资料显示外科手术彻底切除患侧甲状腺及颈部淋巴结是 II 型 PMC 的治疗方法, 在术前经淋巴结切除活检证实为转移性 PTC 后, 行甲状腺癌联合根治术; 也可在怀疑为 PMC 时行冰冻+根治术, 多行功能性颈清术; 因颈部转移灶有时广泛侵犯邻近组织, 治疗中若发现转移灶与肌肉及静脉粘连, 应一并切除。本组 2 例患者行传统性颈清术, 其中 1 例喉返神经受侵而切除, 术后 3 个月又因对侧颈淋巴结转移行对侧颈清术及气管切开术。若轻视 PMC 颈部淋巴结的处理, 必将对根治效果及患者预后产生不良影响。

Dietlein 等^[7]否定了国外曾对微小癌行全甲状腺切除及过量 ¹³¹I 治疗的做法, ¹³¹I 治疗对多灶性微小癌未行全甲状腺切除者预防复发有效, 对临床未发现颈淋巴结转移, 但属于男性、年龄>45 岁等高危组患者, 也可预行腺叶切除附加中央区清扫, 包括 VI 区及前上纵隔, 此也称为分区清扫。本组资料 VI 区转移数目及比例均最多, 因例数少可能无统计学意义, 但可说明此区作为前哨淋巴结的重要性; 若出现明显转移灶, 不论出现于几区, 均行包括 II~VI 区的功能性颈清术, 这与 Shiro^[8]、Ducci^[9]观点一致; 若术中发现侵犯肌肉、血管等则行传统性颈清术。

Chow 等^[10]报道 PMC 有 1% 的死亡率, 5% 的淋巴结复发率和 2.5% 的远处转移率。本组病例经颈清术后少数对侧出现颈淋巴结转移, 主要原因为多灶性经再手术预后仍较好, 无 1 例发生远处转移和死亡。大多病灶靠近腺体被膜尤其后被膜时预后较差。

总之: 1) 对较隐蔽的 PMC 应提高警惕, 对不明原因的颈部淋巴结肿大不应忽视对甲状腺微小病变

的检查, 避免误诊。2) 对于 PMC 是否需要积极的外科手术一直存有争议, 我们认为: 一味保守或盲目扩大手术均不可取, II 型 PMC 应尽早行根治性手术, 应考虑到 PMC 的多灶性, 有鉴于此, 病变侧腺叶切除和功能性颈淋巴结清除术是恰当的术式, 如有结外侵犯还须行传统性颈清术, 切勿因癌灶小而行单纯肿物切除; I 型者可暂观察或腺叶切除, 属于高危组患者亦可加中央组淋巴结清扫; 不能确定分型或尚无明确指标可预见转移的情况下, 可根据年龄、是否侵出被膜、是否多灶性、局部侵袭性等特点, 针对患者的实际情况实行个体化治疗, 而不能一概而论。

参考文献

- 1 Biersack HJ. Histopathology, Immuno histochemistry. and Molewlar Biology. In: Thyroid Cancer[M]. Springer, 2001
- 2 Strate SM, Lee EL, Childers JH. Occult papillary carcinoma of the thyroid with distant metastasis[J]. Cancer, 1984, 54(6): 1093~1097
- 3 徐芳芳. 甲状腺微小癌的临床病理分析 [J]. 济宁医学院学报, 2003, 26(3): 45~46
- 4 Breslin M, Lawrance JA, Desai M, et al. The role of ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy in the previously treated patient with thyroid cancer [J]. Clin Otolaryngol, 2004, 29 (2): 146~148
- 5 夏伟胜, 张文瑾. 甲状腺微小癌[J]. 实用癌症杂志, 2003, 18(6): 644~645
- 6 Erdem T, Miman MC, Oncel S, et al. Metastatic spread of occult papillary carcinoma of the thyroid to the parapharyngeal space: a case report[J]. Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg, 2003, 10(6): 244~247
- 7 Dietlein M, Schober O, Schicha H. Overtherapy or undertherapy for papillary thyroid microcarcinoma? Therapeutic considerations for radioiodine ablation[J]. Nuklearmedizin, 2004, 43(4): 107~114
- 8 Shiro N, Hiroto Y, Nobuo M, et al. Small carcinomas of the thyroid. A long-term follow-up of 867 patients [J]. Arch Surg, 1996, 131(2): 187~191
- 9 Ducci M, Appetecchia M, Marzetti M. Neck dissection for surgical treatment of lymphnode metastasis in papillary thyroid carcinoma [J]. Exp Clin Cancer Res, 1997, 16(3): 333~335
- 10 Chow SM, Law SCK, Chan JKC, et al. Papillary microcarcinoma of the thyroid - Prognostic significance of lymph node metastasis and multifocality[J]. Cancer, 2003, 98(1): 31~40

(2004-08-27 收稿)

(2004-10-20 修回)

(李雅玲校对)