

1 1 8 例甲状腺癌局部切除术后再手术探讨

杭剑萍 孟 东 李励琦

苏州大学附四院 无锡第四人民医院甲状腺乳腺肿瘤外科 (江苏省无锡市 214062)

摘要 目的:了解甲状腺癌行肿块切除或腺叶次全切除术后腺体残癌率和区域淋巴结转移的情况,明确甲状腺癌的切除范围与手术方式。方法:对 1994 年 8 月~2005 年 2 月在院外行肿块局部切除后来我院行 2 次或 2 次以上手术的 118 例甲状腺癌进行分析。结果:总癌残留率 55.9%(66/118),原发腺叶残癌率 38.1%(45/118),对叶癌发生率 7.6%(9/118),颈侧区淋巴结肿大的转移癌发生率为 37.5%(21/56),患侧中央区淋巴结转移癌发生率为 39.8%(47/118),院外术后喉返神经损伤的发生率为 15.2%(18/118),我院再次手术所致喉返神经损伤的发生率为 1.6%(2/118)。结论:甲状腺癌行肿块切除或腺叶次全切除术后残癌率较高,此类术式应该废弃。甲状腺癌腺叶切除手术中应强调解剖喉返神经,可降低损伤发生率。临床颈淋巴结阴性患者,术中快速切片(FS)一经确诊分化型甲状腺癌,应常规行中央区淋巴结清扫术。

关键词 甲状腺癌 再手术 局部切除

中图分类号 R736.1 R653 文献标识码 A 文章编号:1000-8179(2006)04-0223-03

The Discussion of Reoperation after Local Resection of Thyroid Cancer in 118 Cases

Hang Jianping Meng Dong Li Liqi

Department of Thyroid and Breast Surgery, Wuxi Fourth Hospital, Wuxi, Jiangsu

Abstract Objective: To evaluate the rate of residual disease in the thyroid gland and that of cervical lymph node metastasis, after preliminary local resections in thyroid cancer. **Methods:** From 1994.8~2005.2, 118 thyroid cancer patients who had previously been treated with nodulectomy or subtotal lobectomy in other hospitals were reoperated. **Results:** The rate of residual disease at the primary site was 38.1%. The lymph node metastasis rate at middle zone was 39.8%. The rate of lymph node metastasis in those with enlarged lymph nodes in the ipsilateral internal jugular chain was 37.5%. The rate of laryngeal recurrent nerve injury was 15.2% in other hospitals while that of the second operation in my hospital was 1.6%. **Conclusions:** Nodulectomy or subtotal lobectomy alone is not indicated for thyroid cancer because of the high rate of local residual disease. It is important to be familiar with laryngeal recurrent nerve anatomy in thyroid surgery. The clearance of lymph nodes in central area is needed for differentiated thyroid cancer.

Key words Thyroid neoplasm Reoperation Local resection

甲状腺癌是常见的内分泌恶性肿瘤,手术是主要的治疗手段。尽管术式尚待统一,但再手术时难度大、并发症高。避免的关键在于首次手术应遵循无瘤原则。收集我院收治的甲状腺癌患者中,由外院因结节行局切术后病理确诊寻求根治性手术的 118 例资

料进行分析,旨在了解此类手术存在的问题及明确应切除的范围。

1 材料与方法

1.1 一般资料

本组均由本市及周边地区各级医院行甲状腺局

部切除后来院。占同期甲状腺癌手术的 26.1%(118/452)。男 15 例,女 103 例,年龄 17~73 岁,平均年龄 38.6 岁。院外资料:患侧腺叶或峡部肿块切除 74 例;双侧腺叶肿块切除 9 例;一侧腺叶部分切除 33 例;双侧腺叶部分切除 5 例,患侧腺叶切除 2 例。乳头状癌 102 例,滤泡状癌 14 例,髓样癌 2 例。初次手术者 92 例,2 次者 14 例,3 次者 2 例。距前次手术时间 2 个月内 68 例。入院体检甲状腺区均无明显肿块,经 B 超、CT、ECT 等检查均发现残叶或残癌灶,对侧腺叶存在结节 38 例,颈侧区淋巴结肿大 56 例。一侧声带麻痹 18 例,占 15.2%。症状性低血钙 2 例。

1.2 再次手术方式

全组全麻。脚控式尖刀片电刀。切除原切口疤痕入路。贴近腺体精细操作,仔细辨认确保二枚旁腺及其血供。腺叶切除时强调解剖喉返神经。临床颈淋巴结阴性常规行患侧中央区淋巴结清扫。59 例原病灶为单发结节的切除残叶及峡部,对侧腺叶存在结节的切除送冰冻切片(FS)9 例恶性结节行甲状腺全切除,29 例良性则部分切除。25 例原病灶位于峡部并>1.5cm 行甲状腺全切除,18 例<1.5cm 行峡部及双侧腺叶大部切除。14 例确诊的滤泡状癌行甲状腺全切除,利于术后同位素随访与治疗。2 例髓样癌行甲状腺全切除,同期行患侧功能性颈清。56 例术前检查颈淋巴结阳性行功能性颈清。声带麻痹 2 个月之内者术中解剖喉返神经并探查原因,被结扎予以松解,已切断尽量寻找断端行修补术。

2 结果

2.1 肿瘤残留

总癌残留 66 例(55.9%)。其中仅原发部位残叶癌 29 例,癌残留并颈淋巴结转移癌 16 例,仅颈淋巴结转移癌 21 例。对侧腺叶同时存在癌 9 例(7.6%)。

2.2 淋巴转移

56 例功能性颈清中仅颈侧区淋巴结转移癌 21 例(37.5%),颈侧并中央区转移癌 19 例。中央区淋巴结清扫中转移癌 28 例。总颈淋巴结转移癌 49 例(41.5%)。

2.3 并发症

前次手术致一侧声带麻痹 18 例,占 15.2%。再次手术中探见从喉返神经入喉到与下动脉交叉处的断端 6 例,2 例找到近端予行静脉桥接修补术,其中 1 例 1 年后发音基本恢复,另 1 例无明显改善;被扎及粘连 7 例,松解后 5 例 2~6 个月功能恢复,均距前次术期 2 个月内,2 例无改善者超过 2 个月,5 例无发现损伤原因。再手术喉返神经损伤 2 例,占 1.6%,术中即行端端吻合,分别于术后 3、6 个月恢复功能。50 例甲状腺全切除中 2 例一过性低血钙,

经补钙处理一周缓解,2 例病检报告腺内旁腺 1 枚,无低血钙症状。再次术后无永久性甲状旁腺功能减退。

2.4 随访

全组术后长期甲状腺激素抑制治疗。52 例半年中接受 ^{131}I 治疗。随诊率 83.0%(98/118),无瘤生存率 95.9%(94/98),带瘤生存 2 例,1 例滤泡状肺癌、骨转移;1 例乳头状癌骨转移,经 2 次 ^{131}I 治疗,生活质量一般。2 例分别于术后 3 年、5 年死于心脏病。

3 讨论

3.1 再次手术的原因

长久以来甲状腺手术时外科医生由于惧怕喉返神经与旁腺损伤往往较为保守,久而久之局部切除或次全切除术成了习惯性的术式,手术的不彻底导致了肿瘤残留复发和颈淋巴结转移,本组分别为 55.9%、41.5%;医院设备条件不具备及医生专科技术和病理技能欠成熟致术前术中误诊是再手术的主要原因,报道达 75.0%~82.5%^[1,2];有些医生可能缺乏对甲状腺癌病理类型与生物特性的了解而造成再次术式的不恰当,本组占 13.5%。

3.2 切除范围与手术方式

甲状腺癌切除范围仍缺乏前瞻性随机对照研究结果未能定论^[3]。为此,曾对数百名甲状腺病专家进行调查,多数推荐对分化性癌采用甲状腺全切或近全切的术式。其优点为:术后复发率低;术后长期生存率高;与癌相关的病死率低;有利术后 ^{131}I 随访;手术本身安全性好并发症少;乳头状癌存在双叶和多灶。反对理由是缩小了手术范围,减少了旁腺和喉返神经损伤的几率;缺乏经验的外科医生行全切术时并发症高。由于甲状腺癌病理类型、恶性程度、转移途径、预后均不同,治疗原则也不同。我们认为选择术式应“个体化”:1)乳头状癌具有颈淋巴结转移的特性,术式采用既满足于肿瘤颈淋巴结播散特点又考虑到多中心学说。单发结节行患侧腺叶加峡部切除,对侧腺叶结节根据 FS 行部分或全切除;位于峡部应行峡部加双侧腺叶次全切除。2)滤泡状癌主要通过血行转移,FS 常难区分腺瘤和癌,报告为滤泡细胞腺瘤至少行患侧腺叶加峡部切除,如能确诊应行全切除,术后辅以 ^{131}I 治疗。3)髓样癌常有淋巴和血行转移,全切除为主要治疗措施,只要条件允许争取行颈清扫。4)未分化癌恶性度高,进展迅速,死亡率高,平均生存为 2~6 个月,就诊时已不易手术,峡部切除仅为了短期内改善气管受压。

3.3 颈淋巴结转移的处理

甲状腺癌大多为乳头状癌,具有易发生颈淋巴结转移的生物学特征,是影响预后的因素之一,李树

玲报告为 40%~51%^[4],本组为 41.5%。颈淋巴结转移的第一站往往在颈 VI 区,特别是中下极癌,且易侵犯邻近的食管和喉返神经,中央区清扫的目的主要是清除颈 VI 区淋巴结。本组颈淋巴结转移癌 49 例中存在或与颈侧区同时存在 VI 区转移癌有 47 例,占 95.9%,充分说明该区在颈清扫中的价值。因此,FS 一经确诊而临床颈侧淋巴结阴性者应同期行中央区清扫。对于颈侧淋巴结肿大者应行功能性颈清,或术中探查,必要时淋巴结切检,明确性质一期完成颈清。

3.4 减少并发症的措施

首次手术留下的疤痕造成解剖紊乱更容易意外损伤喉返神经和旁腺。文献⁵报告再次手术神经损伤率会升高 7 倍。本组院外局切术后 18 例一侧声带麻痹,发生率 15.2%,这部分医生在甲状腺手术的技术方面有待改进。我们认为应熟悉喉返神经最易损伤区域的解剖,术中尽可能显露喉返神经^[6],以此为标志进行手术,既可彻底切除患侧腺叶,又在直视下操作避免损伤,更利于食管沟淋巴结清扫^[7]。否则,往往会为避免损伤而保留后被膜造成癌残留。本组再次手术喉返神经损伤的发生率为 1.6%,虽然较文献报道低,但局部的严重粘连还是需要更加重视。甲状腺全切除术后低血钙发生率由首次手术的 1%提升到再次手术的 11%^[5]。本组未出现永久性甲状旁腺功能减退,是因为强调术中操作精细保证创面无血,才不至于因术区的视野模糊和结构紊乱增加损伤机会。

3.5 再次手术的必要性

甲状腺癌手术根治是唯一有效的治疗手段,不恰当的术式导致癌残留 20%~60%^[2,4,7-9],本组

55.9%,追加手术十分必要。多数甲状腺癌具有分化好、恶性低、生长慢、预后佳的特性,为再手术创造了机会。甲状腺癌虽预后较好,但与其他肿瘤一样强调首次手术的规范性,局部切除或次全切除不是根治的手段,此类术式应予废弃^[7,9]。对于已行局部切除的应按病理类型制订方案尽早手术。临床颈淋巴结阴性的分化型癌建议行中央区淋巴结清扫,其优点^[10]是既保留颈部功能和外形,又达到根治的目的,也为随访中出现颈淋巴结转移再手术时,避免该区清扫因疤痕反应致喉返神经损伤。

参考文献

- 1 张长其,吴建芝.甲状腺癌再手术的体会[J].中国肿瘤临床,1996,23(9):662~664
- 2 林胜璋,郑志强,许家熔.甲状腺癌的再次手术治疗[J].中国普通外科杂志,2001,10(5):441~443
- 3 白耀.甲状腺病学—基础与临床[M].北京:科学技术文献出版社,2003.340~353
- 4 李树玲,主编.新编头颈肿瘤学[M].北京:科学技术文献出版社,2002.838~881
- 5 Muller PE, Kabus S, Robens E, et al. Indications,Risks,and Acceptance of Total Thyroidectomy for Multinodular Benign Goiter[J]. Surg Today, 2001, 31: 958~962
- 6 李祥,朱耀明,邱红根,等.甲状腺癌再手术[J].肿瘤防治研究,2003,30(4):320~321
- 7 徐伟,唐平章,李正江.甲状腺癌局部切除术后再手术的探讨[J].中华肿瘤杂志,2002,24(2):185~187
- 8 朱预.临床内分泌外科学[M].重庆:重庆出版社,2000.71~91
- 9 许坚,张哲,杨剑波,等.甲状腺癌二次手术的探讨[J].中国实用外科杂志,2000,20(8):480~481
- 10 吴毅,王卓颖.中央区颈淋巴结清扫术的临床应用[J].外科理论与实践,2003,4(5):293~294

(2005-05-12 收稿)

(2005-07-26 修回)

(王展宏校对)

(上接第 222 页)

- 3 赵喜荣,康素海,康连春.黑斑息肉综合症的研究进展[J].中国肛肠病杂志,2005,25(2):49~51
- 4 Debrah A, Nicholas J, Miguel A. Hamartomatous Polyposis Syndromes: Molecular Genetics, Neoplastic Risk, and Surveillance Recommendations[J]. Ann Surg Oncol, 2001, 8(4):319~327
- 5 Amos CI, Keitheri-Cheteri MB, Sabripour M, et al. Genotype-phenotype correlations in Peutz-Jeghers syndrome[J]. J Med Genet, 2004, 41(5):327~333
- 6 高鹏,司继媛.黑斑息肉病致小肠两次套叠一例[J].中华普通外科杂志,2000,15(7):392
- 7 张卫,孟荣贵,傅传刚,等.黑斑息肉综合症 27 例诊治分析[J].

中华普通外科杂志,2002,17(6):349~351

- 8 王振军,刘玉村,毕郭龙,等.黑斑息肉病病人的恶性肿瘤易感性的研究[J].中国实用外科杂志,1999,19(11):655~656
- 9 宋京翔,卿三华,黄祥成.黑斑息肉病及其合并恶变的临床分析[J].中华胃肠外科杂志,2003,6(1):27~28
- 10 Tomoaki T, Sachiyo S, Shohei T, et al. Peutz-Jeghers Syndrome in Children:High Recurrence Rate in Short-term Follow-up[J]. Asian J Surg, 2003, 26(4):221~224

(2005-03-23 收稿)

(2005-06-21 修回)

(王展宏校对)