

文章编号:1005-6947(2008)11-1051-03

· 甲状腺外科专题研究 ·

乳头状甲状腺癌的颈部淋巴结转移规律与手术方式

李治, 刘春萍, 屈新才, 黄韬

(华中科技大学附属协和医院 乳腺甲状腺外科, 湖北 武汉 430022)

摘要:目的 探讨甲状腺乳头状癌颈部淋巴结的转移规律以及清扫范围的合理选择。方法 回顾性分析近4年多来收治的457例乳头状甲状腺癌患者的临床资料。结果 全组患者均接受常规甲状腺双侧全切加颈深(Ⅲ+Ⅳ区)组及中央(Ⅵ区)组颈部淋巴结清扫术。颈部淋巴结总转移发生率为63.67%(291/457),中央组淋巴结转移发生率为59.08%(270/457),颈深组淋巴结转移发生率为29.76%(136/457)。当癌肿直径>1cm或癌肿突破甲状腺包膜、侵犯肌肉时各区淋巴结转移的发生率明显增加($P < 0.05$)。全组无手术或住院期间死亡。结论 乳头状甲状腺癌最常见的淋巴结转移为中央组淋巴结,其次为颈深组(Ⅲ+Ⅳ区)的淋巴结,初次手术应常规清扫双侧中央组淋巴结,当肿块直径>1cm或癌肿突破甲状腺包膜和/或侵犯肌肉时宜同时,清扫同侧的颈深组淋巴结。

[中国普通外科杂志,2008,17(11):1051-1053]

关键词: 甲状腺肿瘤/外科学;癌,乳头状;淋巴结转移;颈淋巴结清扫术

中图分类号:R 736.1

文献标识码:A

The regularity of cervical lymph node metastasis of papillary thyroid cancer and selection of surgical procedure

LI Zhi, LIU Chunping, QU Xincai, HUANG Tao

(Department of Breast and Thyroid Surgery, Union Hospital, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430022, China)

Abstract: **Objective** To study the regularity of cervical lymph metastasis of papillary thyroid cancer and select a reasonable extent of lymph node dissection. **Methods** Clinical data of 457 papillary thyroid cancer patients at our hospital between Jun, 2003 and Sep, 2007 were retrospectively reviewed. **Results** All patients routinely underwent bilateral thyroidectomy and deep and central cervical lymph node dissection (Ⅲ, Ⅳ + Ⅵ region). The total rate of cervical lymph node metastasis was 63.67% (291/457), metastases that occurred in central region and deep jugular lymph nodes was 59.08% (270/457) and 29.76% (136/457), respectively. The rate of cervical lymph node metastasis was markedly increased with diameter of primary neoplasm > 1 cm or tumor penetrating through the thyroid capsule ($P < 0.05$). **Conclusions** For papillary thyroid cancer, the most common cervical lymph node metastasis is the central region, then the deep jugular (Ⅲ + Ⅳ region) lymph nodes. For primary operation, it is necessary to routinely dissect the bilateral central lymph nodes, and it is reasonable to dissect the ipsilateral deep jugular lymph nodes when diameter of primary neoplasm is > 1 cm or tumor penetrate through the thyroid capsule.

[Chinese Journal of General Surgery, 2008, 17(11):1051-1053]

Key words: Thyroid Neoplasms/surg; Carcinoma, Papillary; Lymphonode Metastasis; Neck Dissection

CLC number: R 736.1

Document code: A

收稿日期:2008-01-03; 修订日期:2008-05-19。

作者简介:李治,男,华中科技大学附属协和医院主治医师,主要从事甲状腺癌、乳腺癌方面的研究。

通讯作者:黄韬 E-mail:huangtaowh@163.com

甲状腺癌中90%以上属于乳头状甲状腺癌(papillary thyroid cancer, PTC),并且甲状腺癌发病的增加也以PTC为主^[1]。PTC的手术治疗效果较好,但目前国内外对PTC的手术方式,特别是淋巴结清扫范围仍然存在争议^[2]。我院2003年6月—2007年9月共收治了457例PTC,所有患者均接受了甲状腺双侧全切加中央组和颈深组淋巴结清扫术治疗,现对PTC患者颈部淋巴结转移的规律进行分析报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组男86例,女371例;年龄17~73岁(43.7±19.4)岁。病程10d至14年。单发肿块267例,多发肿块190例(1侧多发56例,双侧多发134例)。肿块大小0.5~4cm。肿块性质:72例质硬,378例质地中等,7例质软。12例术前触诊肿块有粘连固定感。术前有34例可扪及颈部淋巴结肿大,B超检查96例有颈部淋巴结肿大(最大直径>2cm)。所有患者均接受双侧甲状腺全切加中央组(Ⅵ区)和颈深组(Ⅲ+Ⅳ区)淋巴结清扫术治疗。

1.2 手术操作方法

取低颈切口以利于颈部淋巴结,特别是双侧中央组淋巴结的清扫。先行患侧甲状腺腺叶加峡部切除同时清除该区域的气管前淋巴结,再行对侧甲状腺腺叶切除,切除甲状腺过程中注意甲状旁腺,特别是上极甲状旁腺的保留;常规全程暴露

喉返神经,沿喉返神经清扫气管食管沟以及胸骨切迹上气管前的淋巴脂肪组织,上至甲状软骨下缘,下至锁骨水平,内至气管,外至颈总动脉鞘。然后开颈总动脉鞘,清扫Ⅲ+Ⅳ区淋巴结。部分患者术前影像学检查或术中探查发现有Ⅱ区(21例)和Ⅴ区(9例)淋巴结可疑转移时(淋巴结最大直径>2cm,或最大直径1~2cm但伴有钙化、中心性液化坏死),同时给以该区域淋巴结的清扫。对于再次手术粘连明显,无法区分甲状旁腺与喉返神经时,则紧贴甲状腺固有被膜操作,不追求中央组淋巴结的彻底清扫,而行可疑阳性淋巴结的摘除术。

1.3 统计方法

SPSS11.0软件进行 χ^2 检验。

2 结果

全组无手术及住院期间死亡。术后病理学诊断单侧PTC323例(70.68%),双侧PTC134例(29.32%)。颈部淋巴结总转移发生率为63.67%(291/457),中央组(Ⅵ区)淋巴结转移发生率为59.08%(270/457),颈深组(Ⅲ+Ⅳ区)淋巴结转移发生率为29.76%(136/457)。其中淋巴结呈跳跃性转移(Ⅱ区~Ⅴ区有阳性淋巴结而Ⅵ区无转移)的有5例(1.72%,5/291),Ⅱ区有10例(3.44%,10/291)和Ⅴ区有3例(1.03%,3/291)术后病检证实存在淋巴结转移。颈部淋巴结转移发生与癌肿大小、局部侵袭情况显著相关(表1)。

表1 PTC颈部淋巴结转移与癌肿大小、局部侵袭的关系

临床资料	中央(Ⅵ区)组 淋巴结转移(%)	P值	同侧Ⅲ+Ⅳ区 淋巴结转移(%)	P值	对侧Ⅲ+Ⅳ区 淋巴结转移	P值
单侧甲状腺癌323例	58.51(189/323)		28.48(92/323)		0/0	
癌肿直径						
≤1cm	23.40(11/47)	<0.05	4.26(2/47)	<0.05	0/0	-
>1cm	64.49(178/276)		32.61(90/276)		0/0	
是否突破甲状腺包膜						
否	39.20(69/176)	<0.05	21.59(38/176)	<0.05	0/0	-
是	81.63(120/147)		36.73(54/147)		0/0	
是否侵犯肌肉						
否	51.12(137/268)	<0.05	19.03(51/268)	<0.05	0/0	-
是	94.54(52/55)		74.55(41/55)		0/0	
双侧甲状腺癌134例	60.45(81/134)		32.09(43/134)		12.64(11/87)	
对侧癌肿直径						
≤1cm	49.49(49/99)	<0.05	30.30(30/99)	>0.05	2.22(1/45)	<0.05
>1cm	91.4(32/35)		37.14(13/35)		23.81(10/42)	

注:双侧甲状腺癌我们以手术前影像学怀疑或细胞学诊断的一侧为同侧癌肿,术中或术后方获得病理学诊断的一侧为对侧癌肿。

术后总的并发症发生率为2.84%。包括2例患者术后24 h内出现颈部肿胀,再次手术探查发现2例均为颈前肌肉出血,止血后无后遗症。8例患者术后出现声音嘶哑,5例患者在手术3个月后发音完全好转,喉镜检查无声带活动受限,3例在手术3个月后喉镜检查仍见单侧声带固定或活动受限;2例甲状旁腺部分损伤患者手术2个月后的甲状旁腺激素(parathyroid hormone, PTH)水平分别波动于8.31~10.74 pg/mL和8.01~10.29 pg/mL(正常参考值范围11.1~79.5 pg/mL),每日口服补钙600~900 mg无手足麻木和抽搐发生。1例于术后48 h剧烈咳嗽后发生胸导管破例和淋巴瘘,经过禁食、胃肠外营养支持、引流、局部压迫后在术后14d拔除引流管,无后遗症发生。

3 讨论

PTC的初次手术治疗十分重要,合理的手术方式可有效减少手术后复发和再次手术的发生^[2-4]。但目前国内外对于PTC患者是否应行颈部淋巴结清扫和清扫的范围仍然存在争议。根据对本组457例PTC患者颈部淋巴结转移发生情况分析,笔者认为:(1)淋巴结转移最常见于中央组淋巴结,其次为同侧颈深组的Ⅲ+Ⅳ区淋巴结;Ⅱ,Ⅴ区以及淋巴结的跳跃性转移较少发生。(2)肿瘤直径 ≤ 1 cm并且没有突破甲状腺包膜时,颈深组的淋巴结较少发生转移,但中央组淋巴结仍有较高的转移率;当肿瘤直径 > 1 cm或者癌肿突破甲状腺包膜、侵犯肌肉时,中央组和同侧颈深组淋巴结的转移率都明显增加,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。(3)双侧甲状腺癌时,一侧肿瘤直径 ≤ 1 cm且没有突破甲状腺包膜时,同侧颈深组淋巴结的转移同样很少发生,只有肿瘤直径 > 1 cm时,同侧颈深组淋巴结的转移率才会明显增加($P < 0.05$)。

肿瘤直径 > 1 cm的PTC患者的颈清术标本中约70%能检出阳性淋巴结,对于如此高比率的复发隐患还是以初次手术清除为好^[3,5]。如等待转移淋巴结明显肿大临床可触及时再行颈清术,

局部粘连会导致再次手术难度的明显增加,不但难以保证颈部重要组织功能的保留^[4-5],而且颈部淋巴结复发时往往范围较广,此时清扫的彻底性多不如初次手术,远期疗效仍然会受到影响^[5-6]。因此笔者主张对PTC患者应进行选择性的颈部淋巴结清扫,单侧PTC宜常规进行双侧中央组淋巴结清扫术,当肿瘤直径 > 1 cm时还应常规清扫同侧的颈深组的Ⅲ+Ⅳ区淋巴结;双侧PTC则应根据对侧肿瘤的大小来决定是否行双侧颈深组淋巴结清扫,而双侧中央组淋巴结宜常规进行清扫。

此外,手术切口取低领切口有利于术中中央组的淋巴结清扫以及术后的美观效果,同时只要在手术中注意显露喉返神经和甲状旁腺,并不会增加手术后并发症的发生^[7]。但是对再次手术的甲状腺癌患者进行中央组淋巴结清扫时,应特别注意甲状旁腺的保护,如果无确定的甲状旁腺被保留,只宜行中央组淋巴结摘除术,以免术后严重的甲状旁腺功能不足发生。

参考文献:

- [1] Fardella C, Jiménez M, Gonzalez H, et al. Pathological characteristics of thyroid microcarcinoma: A review of 402 biopsies [J]. Rev Med Chil, 2005, 133(11): 1305-1310.
- [2] Dionigi G, Dionigi R, Bartalena L, et al. Surgery of lymph nodes in papillary thyroid cancer [J]. Expert Rev Anticancer Ther, 2006, 6(9): 1217-1229.
- [3] Thompson GB, Hay ID. Current strategies for surgical management and adjuvant treatment of childhood papillary thyroid carcinoma [J]. World J Surg, 2004, 28(12): 1187-1198.
- [4] 李迅庚, 马宏岩, 金星. 甲状腺癌淋巴结微转移的研究 [J]. 中国普通外科杂志, 2007, 16(11): 1073-1075.
- [5] Mathonnet M. Lymph node dissection in non-medullary differentiated thyroid carcinoma [J]. Ann Chir, 2006, 131(6-7): 361-368.
- [6] Herman K, Wysocki W, Fortuna J. Should cervical lymph nodes be electively removed in differentiated thyroid carcinoma? [J]. Wiad Lek, 2001, 54(Suppl 1): 205-209.
- [7] 杨元华, 王冬冬, 李永斌, 等. 甲状腺手术显露喉返神经的临床研究 [J]. 中国普通外科杂志, 2007, 16(11): 1044-1045.