

文章编号:1005-6947(2008)11-1058-03

· 甲状腺外科专题研究 ·

甲状腺微小癌诊断和治疗:附52例报告

狄忠民

(上海交通大学医学院附属瑞金医院 外科, 上海 200025)

摘要:目的 分析甲状腺微小癌的临床特征,并探讨其诊断及手术治疗方法。方法 回顾性分析分析2003—2008年经手术和病理证实的52例甲状腺微小癌临床资料。结果 术后病理检查确诊甲状腺微小癌52例,其中术中冷冻切片发现30例,准确率57.7%,未发现22例。术前B超检查48例为实质性结节(92.31%),边界不清楚,4例为含液性病灶,19例(35.19%)有细砂粒样钙化;B超术前诊断甲状腺癌11例。38例行患侧甲状腺叶切除加对侧甲状腺次全切除,3例双侧甲状腺全切除术,3例行双侧甲状腺次全切除,患侧全切除5例,3例加行一侧改良性颈部淋巴结清扫。27例cN1行中央组淋巴结清扫,转移率11/27(40.74%),其余25例cN0未探及中央组淋巴结而未行清扫。随访率96.2%,随访时间3个月至5年,无1例复发及死亡。结论 (1)术前B超为首选检查。(2)对甲状腺微小癌,主张行患侧腺叶全切加峡部切除及对侧腺叶次全切除,并行中央组淋巴结清扫。

[中国普通外科杂志,2008,17(11):1058-1060]

关键词: 甲状腺肿瘤/外科学;微小癌,甲状腺;超声检查

中图分类号:R 736.1

文献标识码:A

Diagnosis and treatment of thyroid micro-carcinoma: a report of 52 cases

DI Zhongmin

(Department of General Surgery, Ruijin Hospital, Shanghai Jiaotong University Medical School, Shanghai 200025, China)

Abstract: **Objective** To analyze the clinical characteristics, diagnosis and treatment of thyroid micro-carcinoma. **Methods** The clinical data of 52 cases of thyroid micro-carcinoma operated from 2003 to 2008 were analyzed retrospectively. **Results** All of the 52 cases were confirmed as thyroid micro-carcinoma by postoperative pathologic exam; 30 cases (57.7%) were discovered by intraoperative frozen section and 22 cases were not. Micro-calcification ratio on ultrasound was 35.19%. 11 cases were diagnosed as malignant tumor on ultrasound scan preoperatively. Lobectomy of involved lobe with subtotal thyroidectomy of contralateral lobe was performed in 38 cases, 3 cases of bilateral total thyroidectomy, 3 cases of unilateral lobectomy and isthmectomy, 5 cases of ipsilateral subtotal lobectomy and 3 cases of ipsilateral lobectomy with isthmectomy were performed. Combined central region lymph nodes dissection was adopted in 27 cases (positive 11/27, 40.74%). Follow-up rate was 96.2%, with time ranging from 3 months to 5 years. No recurrence or mortality was discovered. **Conclusions** (1) B type ultrasound is the first choice for preoperative screening. (2) Ipsilateral thyroid lobectomy with contralateral subtotal thyroidectomy combined with central region lymph node dissection is advocated.

[Chinese Journal of General Surgery, 2008, 17(11):1058-1060]

Key words: Thyroid Neoplasms/surg; Micro-carcinoma, Thyroid; Ultrasonography

CLC number: R 736.1

Document code: A

收稿日期:2008-05-06; 修订日期:2008-10-18。

作者简介:狄忠民,男,上海交通大学医学院附属瑞金医院副主任医师,主要从事甲状腺疾病方面的研究。

通讯作者:狄忠民 E-mail:dzmhz2006@163.com

甲状腺微小癌是指直径 ≤ 10 mm的甲状腺癌,其起病隐匿,检查时难以扪及,常与甲状腺其他疾病并存^[1]。近年来随着大功率彩超应用,甲状腺内微小结节检出率越来越高,其中不乏甲状腺微小癌。本文回顾性分析2003—2008年经病理证实的52例甲状腺微小癌临床特征及诊疗体会,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者均为女性;年龄14~70(平均44.13)岁。因临床发现甲状腺结节就诊,病程1个月至15年,平均11.67个月。结节长径均 ≤ 10 mm。术后病理检查结果证实单侧微小癌灶50例,双侧微小癌灶2例,共52例54侧。1例合并对侧嗜酸性细胞瘤,1例合并毒性甲状腺肿。

1.2 辅助检查及诊断

1.2.1 术前B超 52例(54侧),48例(50侧)为实质性结节(92.31%),边界不清楚;4例(4侧)为含液性病灶;19例侧(35.19%)有细砂粒样钙化。B超术前诊断甲状腺癌11例(21.15%)(11侧,20.37%)。

1.2.2 术中活检结果 52例(54侧)术中冷冻切片证实,30例(31侧)准确率分别为57.7%和57.41%;另22例后经石蜡切片方才诊断,其中14例(15侧)冷冻切片提示良性结节,8例(8侧)冷冻切片未发现结节。

2 治疗及结果

2.1 手术方式

本组采用患侧全切+对侧次全切38例(39侧),双侧全切3例,双侧次全切3例,患侧全切5例(5侧),因怀疑颈部淋巴结转移同时行一侧改良颈淋巴结清扫3例;27例(27侧)探及中央组淋巴结肿大予以清扫(转移率40.74%),25例因术中未探及中央组淋巴结而未行清扫术。癌灶直径 ≤ 0.5 cm 32例(33侧),中央组淋巴结转移率42.11%; $> 0.5 \sim 10$ cm 20例(21侧),中央组淋巴结转移率37.5%,两者无明显差异($P > 0.05$)(表1)。22例(22侧)术中冷冻切片误诊者中9例(9侧)患侧初次手术范围已足够,未再次手术;5例(5侧)因患侧初次手术范围不够而再次扩大手术范围,残余腺体均为阴性;8例(8侧)患侧初次手术范围不够(患侧次全切),因患者拒绝未再次手术,密切观察。术后均口服

L-甲状腺素片(75~125 $\mu\text{g}/\text{d}$),使sTSH抑制在正常范围下限(0.35~4.94 uIU/mL)。定期检查 T_3 , T_4 ,TSH,TG和B超。

2.2 病理切片

52例患者54侧中50例侧为乳头状癌,4例侧为滤泡状癌(表2)。单侧微小癌灶50例,双侧微小癌灶2例。癌灶直径 ≤ 0.5 cm 33例侧, > 0.5 cm 21例侧。

2.3 随访

50例(96.2%)获访,2例失访。随访时间6个月至5年,无1例复发或死亡。

表1 癌灶长径与中央组淋巴结转移

类型	≤ 0.5 cm	> 0.5 cm	合计
中央组阳性转移	8(8侧)	3(3侧)	11(11侧)
中央组阴性转移	11(11侧)	5(5侧)	16(16侧)
未清扫	13(14侧)	12(13侧)	25(27侧)
合计	32(33侧)	20(21侧)	52(54侧)

表2 甲状腺微小癌病理类型(例)

病理类型	≤ 0.5 cm	> 0.5 cm	合计
乳头状癌	31(32侧)	17(18侧)	48(50侧)
滤泡状癌	1(1侧)	3(3侧)	4(4侧)
合计	32(33侧)	20(21侧)	52(54侧)

3 讨论

1988年WHO关于甲状腺癌的组织学分类标准中规定直径 ≤ 10 mm的甲状腺癌为微小癌,在所有的恶性肿瘤中,甲状腺癌是分化较好、恶性程度较低的恶性肿瘤之一,预后较好,而甲状腺微小癌的预后更好。

本组甲状腺微小癌患者均为女性,病理证实系分化良好的乳头状癌和滤泡状癌,以乳头状癌为主。单发癌占绝大多数(50例,96.15%),与多数文献报道有所不同^[2]。甲状腺微小癌早期临床表现缺乏特殊性、实验室检查尚无特异性指标,因此术前诊断比较困难^[3]。近年来开展的大功率彩色超声使甲状腺内的微细变化显示更清晰,发现率明显增加。相比较而言,核素扫描,CT,MRI则对小于10 mm的病灶难以检出。甲状腺微小癌的B超声像图特征有:结节为实质性,多为低回声型,多无包膜,内有细小强光点,甚至有较大的

钙化灶。尤其发现结节内有细小强光点,应高度怀疑甲状腺乳头状腺癌的可能,此细小强光点是甲状腺乳头状腺癌中特有的砂粒体的声像表现^[4]。甲状腺癌与甲状腺良性结节相比具有以下回声特征^[5]:(1)形态不规整,甚至如蟹足样向周围浸润;(2)发生囊性变不多,即使囊性变范围也较小;(3)除滤泡状腺癌外,包膜不完整,边界模糊;(4)肿物后方有回声衰减现。本组术前B超48例为实质性结节(92.31%),边界不清楚,4例为含液性病灶。19例(35.19%)有细砂粒样钙化。11例术前超声诊断为癌结节者,术后病理均证实为微小癌。术中冷冻的价值有其局限性、因受标本选材和切片取材部位的影响,术中冷冻切片检查亦存在假阴性可能。本组有30例微小癌患者术中冷冻切片予以证实,准确率57.7%,尚有22例漏诊,术后经连续薄层切片予以证实为甲状腺微小癌。

有关甲状腺微小癌手术切除的范围,由于其多灶性特点,笔者认为行患侧甲状腺腺叶切除加峡部切除以及对侧甲状腺次全切除术是一种积极的手术治疗方法,可有效地降低复发率。术中均应常规送冷冻切片检查以明确诊断,尤其对质硬或切面呈灰白色的可疑结节更要引起重视。同时仔细探查结节周围或对侧腺体内有无可疑结节或肿大淋巴结,以免遗漏可能存在的微小癌^[6]。本组11例在术前检查时即考虑为微小癌,采取了合适的手术治疗。术中触及可疑结节而又无法确诊者可行患侧腺叶全切除;术后病理确诊的微小癌,已行患侧腺叶大部或次全切除术,由于甲状腺癌有多灶性特点,应当再次手术扩大切除范围,以减少复发。本组5例因患侧初次手术范围不够而再次扩大手术范围,残余腺体均为阴性;8例患侧初次手术范围不够(次全切),因患者拒绝未再次手术,密切观察。微小癌不一定处于亚临床状态,易发生区域性淋巴结转移,往往首先转移到中央区淋巴结,而且癌灶大小与局部淋巴结转移关系不大。本组病例癌灶直径 ≤ 0.5 cm 32例,中央

组淋巴结转移率42.11%, >0.5 cm 20例,中央区淋巴结转移率37.5%,两者并无明显差异。根据颈部淋巴结是否转移而考虑是否行颈淋巴结清扫术,已有颈部淋巴结转移者,加行颈淋巴结改良清扫术,如未发现颈淋巴结转移,无须行预防性颈淋巴结清扫术,但应定期随访,发现有可疑癌组织复发征象应立即再次手术。本组行患侧全切+对侧次全切38例,双侧全切3例,双侧次全切3例,患侧全切5例,因颈侧区淋巴结转移而行一侧改良颈淋巴结清扫3例。27例探及中央区淋巴结肿大予以清扫(转移率40.74%),25例因术中未探及中央区淋巴结而未行清扫术。术后随访6个月至5年,无1例复发及死亡。据上海肿瘤医院204例甲状腺微小癌治疗体会,中央区淋巴结有较高转移率,达到40.69%。其中cN0患者转移率达39.2%,因此建议无论术前是否有中央区淋巴结转移证据,都应常规行中央区淋巴结清扫术。本组所有患者术后均口服L-甲状腺素,予以完全抑制治疗,使sTSH抑制在正常范围下限,以减少复发和转移机会,术后长期随访并定期复查T₃,T₄,TSH,TG和B超,对甲状腺微小癌预后具有重要作用^[7]。

参考文献:

- [1] 范峻,朱彤,陈涛,等.甲状腺癌的外科治疗[J].中国普通外科杂志,2006,15(4):271-273.
- [2] 姚琪远,邹强,倪泉兴,等.甲状腺微小癌:附57例临床分析[J].中国实用外科杂志,2000,20(6):358-359.
- [3] 徐涛.甲状腺微小癌29例报告[J].中国普通外科杂志,2003,12(5):382-383.
- [4] 谭郁彬,张万鑫.外科诊断病理学[M].天津:天津科学技术出版社,2000.849-858.
- [5] 徐智章.现代腹部超声诊断学[M].北京:科学出版社,2000,692-694.
- [6] 胡作军,王深明,王燕华,等.甲状腺微小癌合并转移的诊治[J].中国普通外科杂志,2003,12(5):357-359.
- [7] 吕新生.关于甲状腺癌诊断治疗中的几个问题[J].中国普通外科杂志,2000,9(6):481-483.