

文章编号:1005-6947(2010)05-0463-04

· 甲状腺外科专题研究 ·

甲状腺癌同期双侧颈清术 68 例临床分析

许坚¹, 杨建波¹, 韦正波¹, 陈景新²
(广西医科大学附属肿瘤医院 1. 头颈外科; 2. 二〇〇七级研究生, 广西 南宁 530021)

摘要: **目的** 探讨甲状腺癌同期双侧颈淋巴结清扫术的适应证及注意事项。 **方法** 回顾性分析 1990 年 1 月—2005 年 12 月间行同期双侧颈部淋巴结清扫术的 68 例甲状腺癌患者临床病理资料。 **结果** 全组 68 例中双侧淋巴结均阳性 60 例 (88.2%), 单侧淋巴结阳性 4 例 (5.9%), 双侧淋巴结均为炎症 4 例 (5.9%)。单侧甲状腺癌对侧颈部淋巴结肿大、双侧甲状腺癌单侧颈部淋巴结肿大及峡部癌的双颈淋巴结转移率分别为 100.00% (7/7); 90.00% (9/10), 66.67% (4/6)。术后并发症为: 颜面部及皮瓣水肿 7 例, 头痛 2 例, 术后声嘶 5 例, 甲状旁腺功能低下 7 例, 永久性甲状旁腺功能减退 1 例, 左侧淋巴液漏 1 例, 一侧副神经受损 3 例。无手术相关死亡。 **结论** 单侧甲状腺癌对侧颈部淋巴结肿大、双侧甲状腺癌单侧颈部淋巴结肿大及峡部甲状腺癌这三种情况应属于高风险双颈转移, 应行同期双侧颈清术, 以提高患者的生存率和生存质量。该术式安全且无严重手术并发症。

[中国普通外科杂志, 2010, 19(05): 463-466]

关键词: 甲状腺肿瘤/外科学; 颈淋巴结清扫术, 双侧
中图分类号: R 736.1 **文献标识码:** A

Clinical analysis of one-stage bilateral neck dissection for patients with thyroid carcinoma: a report of 68 cases

XU Jian¹, YANG Jianbo¹, WEI Zhenbo¹, CHEN Jingxin²
(1. Department of Head and Neck Surgery 2. Graduated Student, the Affiliated Cancer Hospital of Guangxi Medical University, Nanning 530021, China)

Abstract: **Objective** To explore the indications and attention points in one-stage thyroidectomy and bilateral neck dissection for thyroid carcinoma. **Methods** The clinical and pathological data of 68 thyroid carcinoma patients treated with one-stage thyroidectomy and bilateral neck dissection from Jan 1990 to Dec 2005 were reviewed retrospectively. **Results** There was no operative death in this series. Of the 68 patients, 60 had bilateral and 4 had unilateral positive lymph nodes; 4 had negative lymph nodes. The metastatic rate of patients who had unilateral thyroid cancer with contralateral cervical enlarged lymph nodes, bilateral thyroid cancer with unilateral cervical lymph nodes and isthmus cancer with lymph nodes was 100% (7/7), 90% (9/10) and 66.67% (4/6) respectively. Postoperative complications include 7 cases of facial and flap edema, 2 headache, 5 postoperative hoarseness, 7 temporary hypoparathyroidism, 1 permanent hypoparathyroidism, 1 left chylus fistula, and 3 unilateral accessory nerve injury. **Conclusions** The patients with unilateral thyroid cancer and enlarged contralateral neck lymph nodes, with bilateral thyroid cancer and unilateral cervical lymph nodes, and with isthmus cancer and enlarged lymph nodes are high-risk patient of bilateral neck metastasis, and should be treated with one stage thyroidectomy and bilateral cervical lymph node dissection. The procedure is safe, no serious postoperative complications occurred, and the survival rate and life quality can be improved. [Chinese Journal of General Surgery, 2010, 19(05): 463-466]

Key words: Thyroid Neoplasms/surg; Neck Dissection, Bilateral
CLC number: R 736. 1 **Document code:** A

甲状腺癌颈部淋巴结转移率高,而且有明显的区域转移倾向,在某些特定的情况下,无论是双侧甲状腺、峡部甲状腺癌或单侧甲状腺癌均有可能出现双侧颈部淋巴结转移,对已有或怀疑有隐匿双侧颈部淋巴结转移的患者,需要行同期双侧颈部淋巴结清扫术。我科于 1990 年 1 月—2005 年 12 月行同期甲状腺癌双侧颈部淋巴结清扫术 68 例,现分析报告如下。

1 临床资料

1.1 性别与年龄

本组男 25 例,女 43 例,男:女为 1:1. 72;年龄 15 ~ 73 岁,中位年龄 55. 5 岁。

1.2 症状与体征

病程 5 d 至 19 年,中位病程 18 个月。本组中首次入院 51 例,再次入院 17 例。症状:本组中 58 例因颈前部肿物来就诊,其中 3 例因肿物巨大致Ⅱ度呼吸困难,另 10 例颈部未触及肿物,4 例有声嘶,6 例无症状。原发灶位于甲状腺单侧叶者 8 例,峡部 6 例,单侧叶并峡部者 9 例,双侧叶者 45 例。17 例曾行甲状腺手术,其中 4 例为双侧甲状腺全切除术,单侧甲状腺全切加峡部切除术 10 例,3 例单侧甲状腺次全切除术。甲状腺癌术后颈部淋巴结转移复发 14 例,复发时间为术后 6 个月至 4 年。甲状腺肿物最大径 8. 0 cm,最小径 0. 8 cm。双侧颈部可触及肿大淋巴结 44 例,单侧颈部可触及肿大淋巴结 18 例,有 6 例未触及颈部淋巴结。不同原发灶出现颈部肿大淋巴结分布情况见表 1。颈部肿大淋巴结中最大径 15. 0 cm,最小径 0. 5 cm。有 4 例发现肺部转移,其余患者未见远处转移。

表 1 不同原发灶出现颈部肿大淋巴结分布

甲状腺原发灶	双侧颈部肿大淋巴结(44 例)	单侧颈部肿大淋巴结(18 例)	颈部无肿大淋巴结(6 例)
双叶癌(45 例)	33	10	2
单叶癌(17 例)	10	7(对侧颈部)	0
峡部癌(6 例)	1	1	4

1.3 诊断

术前通过病史、体格检查、彩超及 CT 检查发现病灶,结合细针穿刺活检、颈部淋巴结活检及术

中快速冰冻病理检查等证实为甲状腺癌,其中乳头状癌 58 例(85. 3%),滤泡状癌 7 例(10. 2%),髓样癌 2 例(3. 0%),未分化癌 1 例(1. 5%)。术前做纤维喉镜检查,以了解声带麻痹、气管受压或侵犯情况。

2 治疗及结果

2.1 治疗方式

根据原发灶情况决定手术方式,行 H 型切口 10 例,双侧颈部对称 L 型切口 58 例,手术野暴露满意。双侧甲状腺癌患者均行双侧甲状腺全切除术;峡部甲状腺癌行峡部全切加双侧甲状腺次全切;单侧甲状腺癌患者行患侧甲状腺叶及峡部全切除加对侧腺叶次全切除;单侧甲状腺并峡部癌行患侧甲状腺及峡部全切加对侧腺叶近全切除;所有病例均行双侧颈部功能性淋巴结清扫术,5 例一侧颈内静脉严重受侵者予与切除,保留对侧颈内静脉及同侧颈外静脉。术中常规解剖喉返神经,寻找并至少保留一颗甲状旁腺,另行甲状旁腺自体移植术 10 例,术后 8 例行放射性碘治疗。全部患者术后行 TSH 抑制治疗。

2.2 颈部淋巴结转移情况

每例患者清除淋巴结数 5 ~ 30 个,平均 8. 3 个/例,双侧淋巴结均阳性 60 例(88. 2%),单侧淋巴结阳性 4 例(5. 9%),均为双侧甲状腺癌双颈淋巴结肿大者;双侧淋巴结均为炎症 4 例(5. 9%),其中为甲状腺峡部癌及双侧甲状腺癌颈部未触及肿大淋巴结者各 2 例。阳性淋巴结在颈部的分布以Ⅵ,Ⅱ及Ⅲ区为主,各 3 个区域分布比例相差不大,其次是Ⅳ区,最后是Ⅴ区。分布情况见表 2。

表 2 阳性淋巴结的颈部分区

甲状腺癌病灶		Ⅱ区	Ⅲ区	Ⅳ区	Ⅴ区	Ⅵ区
单侧叶(8 例)	同侧	6	7	2	1	7
	对侧	6	5	0	0	3
单侧叶加峡部(9 例)	同侧	9	8	4	5	9
	对侧	7	6	1	2	5
峡部(6 例)	左侧	3	3	1	0	3
	右侧	2	4	1	0	4
双侧叶(45 例)	左侧	42	38	15	7	40
	右侧	40	43	10	2	43

2.3 术后并发症

术后8例有不同程度的颜面部及皮瓣水肿,3例出现头痛,经对症处理后术后3~5 d逐渐好转;6例出现术后声嘶,1~3个月后恢复;7例出现低钙抽搐的甲状旁腺功能低下症状,经口服钙剂后好转,2个月后递减药量至停药,1例未能恢复,需要长期口服钙剂;1例出现术后左侧淋巴瘘,经过保守治疗后治愈;3例出现一侧副神经受损的临床表现;5例随访期间出现头晕,体力不佳等症状,经查甲状腺激素水平低下,调整口服甲状腺激素制剂剂量后症状消失;所有患者均未出现皮瓣坏死、感染。本组无手术相关死亡。住院时间10~15 d。

2.4 随访

65例获4~18年随访,34例获得10年以上随访,3例失访。随访终止日期为2009年3月。其中6例死亡,分别于术后1年5个月,3年3个月,5年9个月,6年,8年8个月及8年5个月死亡,均死于肺、骨、纵隔淋巴结等全身多处转移;55例存活,4例复发,其中1例带瘤生存,其余3例再次行淋巴结清扫术,病情得到有效控制。生存分析采用Kaplan—Merier法,5年生存率91.1% (47/52),10年生存率88.7% (30/34)。其中8例接受放射性碘治疗患者全部存活7年以上,无死亡者。

3 讨论

目前对于甲状腺癌发现双侧颈部可触及肿大的淋巴结患者要进行同期双颈清扫术已无异议。但当双侧或峡部甲状腺癌只有一侧颈部出现或未出现颈部肿大淋巴结时,是否需要同期双侧颈清扫术尚无明确定论。争论点在于这种情况下双颈淋巴结隐匿转移的发生率及出现隐匿转移后是否需要颈清扫术,有提倡做颈清扫术的^[1-3],也有不提倡的^[4-6]。本组中单侧甲状腺癌患者出现对侧颈部肿大淋巴结、双侧甲状腺癌患者出现单侧颈部肿大淋巴结及甲状腺峡部癌患者均存在较高的双侧颈部淋巴结转移发生率;其分别为100% (7/7);90.00% (9/10),66.67% (4/6)。故笔者认为这三种情况应属于高风险双颈转移患者,应行同期双侧颈清扫术,这与一些学者观点一致^[7-9]。

甲状腺癌临床触诊阴性的同侧颈部淋巴结隐匿转移率达70%,而单侧甲状腺癌患者出现对侧

颈部肿大淋巴结时,本组资料显示同侧颈部淋巴结隐匿转移率高达100%。临床常常认为这种情况是肿瘤的跳跃式转移或通过喉下淋巴结链传递所致^[10],但也要考虑是甲状腺癌的多中心性或肿瘤腺内扩散到对侧腺体后的微小病灶发生的颈部转移^[11-12],本组的单侧甲状腺癌患者对侧腺体并没有发现微小癌灶,考虑可能与病理标本取材细心程度不足及没有采用连续病理切片有关。本组双侧甲状腺癌患者中有的只有单侧颈部出现肿大淋巴结,但未发现肿大淋巴结一侧的颈部淋巴结隐匿转移率高达90%。有文献报道^[13],10例临床判断为单侧颈部转移的双侧甲状腺癌中另侧(N₀)侧淋巴结隐匿转移率为60%,两者之间无统计学差异。本组与该组资料相比,两者之间的亦无统计学差异(P=0.264)。但由于病例数目过少而尚不能认作为一般性规律。值得一提的是,本组6例单纯甲状腺峡部癌中,有4例未触及颈部肿大淋巴结,最后证实这4例中2例发生双颈转移,颈部淋巴结隐匿转移率为50%,另2例为淋巴结慢性炎症。有文献报道峡部甲状腺癌中央区淋巴结转移率为77%,右侧颈部淋巴结转移率为85%,左侧颈部淋巴结转移率77%^[14],但未对其隐匿性转移做进一步的探索分析,可能由于单纯甲状腺峡部癌的例数较少,故尚有待进一步的积累病例数。

甲状腺癌颈部隐匿转移淋巴结如不清除,将成为术后复发的根源,而且持续性携带肿瘤细胞将大大增加远处转移的风险,甲状腺癌患者肿瘤相关死亡多为肺、骨骼转移或其他全身多处转移。MACIS,AMES等国际甲状腺癌预后评估系统均认为远处转移是影响患者生存率的一个独立预后因素。因此,对于这部分高风险患者,同期双颈淋巴结清扫术能够清除隐匿转移淋巴结,阻断其淋巴道转移,减少颈部复发,防止肺部及其他远处转移,从而减少肿瘤相关死亡,可改善这部分甲状腺癌患者的预后。有文献报道,对于这类高风险病人,行颈清扫术后发现远处转移的时间明显比未行颈清扫术长,同期双颈清扫组10年生存率明显高于单侧颈清扫术组^[15]。

双侧颈清扫术的技术已经相当规范,在此不作赘述。一般来讲,按照规范操作,并发症可以降至很低。有几点需要注意:(1)多数情况下可以行功能性颈清扫,如果肿瘤严重侵犯颈部脏器者,该

切除的还是要切除,如颈内静脉、副神经、胸锁乳突肌等。(2)本组资料及相关文献显示甲状腺癌的好发转移部位以Ⅵ,Ⅱ及Ⅲ区为主^[16-17],此区域的喉返神经、迷走神经和膈神经等受累及时,如果神经功能尚存,应尽可能分离神经纤维以保留功能,就是有少许癌残留,也还可以做放射性碘治疗,本组有 8 例就是如此,患者全部存活 7 年以上,无死亡。如果喉返神经已受侵犯严重,丧失功能,需要把受侵犯神经切除,做一期神经移植术,会有较好效果。注意不要同时损伤双侧神经,以防止双侧声带麻痹或膈肌麻痹而致呼吸困难。(3)对于侵犯上呼吸消化道的晚期甲状腺癌,有学者报道,采取根据具体情况选择积极合适的术式,术后辅以辅助治疗,可以显著提高疗效和患者的生活质量^[18]。

甲状腺癌同期双侧颈清术是相当安全的,无严重手术并发症,对属于高风险双颈转移又无明显手术禁忌证的病人,临床上应行同期双侧颈清术,可提高患者的生存率和生存质量,更符合肿瘤治疗的无瘤原则。

参考文献:

[1] Grodski S, Cornford L, Sywak M, *et al.* Routine level VI lymph node dissection for papillary thyroid cancer: surgical technique[J]. ANZ J Surg, 2007,77(9):203-208.

[2] Wada N, Duh QY, Sugino K, *et al.* Lymph node metastasis from 259 papillary thyroid microcarcinomas: frequency, pattern of occurrence and recurrence, and optimal strategy for neck dissection[J]. Ann Surg, 2003,237(12):399-407.

[3] Beasley NJ, Lee J, Eski S, *et al.* Impact of nodal metastases on prognosis in patients with well-differentiated thyroid cancer[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2002,128(12):825-828.

[4] Henry JF, Gramatica L, Denizot A, *et al.* Morbidity of prophylactic lymph node dissection in the central neck area in patients with papillary thyroid carcinoma[J]. Langenbecks Arch Surg, 1998,383(10):167-169.

[5] Mazzaferri EL. Long-term outcome of patients with differentiated thyroid carcinoma: effect of therapy[J]. Endocr Pract,

2000,6(8):469-476.

[6] 苏杰,郭洪久,郑力萍. 双侧同时性甲状腺癌的诊断与治疗[J]. 中国普通外科杂志,2000,9(6):498-499.

[7] Noguchi M, Kinami S, Kinoshita K. *et al.* Risk of bilateral cervical lymph node metastases in papillary thyroid cancer[J]. J Surg Oncol JT-Journal of Surgical Oncology, 1993,52(3):155-159.

[8] Palestini N, Borasi A, Cestino L, *et al.* Is central neck dissection a safe procedure in the treatment of papillary thyroid cancer? Our experience[J]. Langenbecks Arch Surg, 2008,393(9):693-698.

[9] 狄忠民,严超,燕敏. 双侧甲状腺癌外科诊治体会[J]. 中国普通外科杂志,2009,18(9):1132-1134.

[10] Goropoulos A, Karamoshos K, Christodoulou A, *et al.* Value of the cervical compartments in the surgical treatment of papillary thyroid carcinoma[J]. World J Surg JT-World Journal of Surgery, 2004,28(12):1275-1281.

[11] Dackiw AP, Zeiger M. Extent of surgery for differentiated thyroid cancer[J]. Surg Clin North Am JT-The Surgical Clinics of North America, 2004,84(3):817-832.

[12] 韦正波,许坚,莫立根,等. 双侧甲状腺癌的外科治疗[J]. 中国现代手术学杂志,2007,11(6):435-437.

[13] 潘貽飞,张筱骅,叶国华,等. 甲状腺切除联合同期双侧颈淋巴清扫术治疗分化型甲状腺癌[J]. 中华肿瘤杂志,2006,28(5):389-392.

[14] Noguchi M, Hashimoto T, Ohyama S, *et al.* Indications for bilateral neck dissection in well-differentiated carcinoma of the thyroid[J]. Jpn J Surg, 1987,17(5):439-444.

[15] Ohshima A, Yamashita H, Noguchi S, *et al.* Indications for bilateral modified radical neck dissection in patients with papillary carcinoma of the thyroid[J]. Arch Surg JT-Archives of Surgery (Chicago, Ill: 1960), 2000,135(10):1194-1199.

[16] 张雁,康骅,海涛,等. 甲状腺乳头状癌淋巴结转移相关因素分析[J]. 中国普通外科杂志,2009,18(5):541-542.

[17] 刘勤江,田尤新,马世红. 甲状腺滤泡状癌淋巴结微转移与中央组淋巴结处理的探讨[J]. 中国普通外科杂志,2009,18(5):481-483.

[18] 许坚,杨荣宁,曾先捷,等. 侵犯上呼吸消化道的高分化甲状腺癌的治疗[J]. 中华肿瘤杂志,2003,25(5):501-503.