



doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.05.025
http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1005-6947.2015.05.025
Chinese Journal of General Surgery, 2015, 24(5):743-746.

· 简要论著 ·

颈淋巴结阴性的甲状腺乳头状癌中央区淋巴结清扫的临床意义

胡晓川, 吴文明, 胡勇

(安徽省黄山市人民医院 普通外科, 安徽 黄山 245000)

摘要

目的: 研究中央区淋巴结清扫在 cN₀ 甲状腺乳头状癌治疗中的意义。

方法: 回顾性分析 2010 年 1 月—2014 年 6 月间收治的 83 例 cN₀ 甲状腺乳头状癌患者的临床资料, 对中央区淋巴结转移的单因素和转移率进行统计分析。

结果: 83 例 cN₀ 甲状腺乳头状癌患者的中央区淋巴结转移率为 48.2%, 中央区淋巴结转移与患者性别、年龄、肿瘤多灶性、肿瘤大小及是否侵犯甲状腺包膜有关 ($P < 0.05$)。

结论: cN₀ 甲状腺乳头状癌患者的中央区淋巴结转移率较高, 中央区淋巴结清扫术在减少肿瘤复发、改善存活率、降低颈侧区淋巴结转移率、肿瘤准确临床分期、制定术后综合治疗方案和判断。

关键词

甲状腺肿瘤 / 外科学; 中央区淋巴结; 淋巴清扫

中图分类号: R736.1

甲状腺癌是内分泌肿瘤和头颈肿瘤中最为常见的肿瘤, 而甲状腺乳头状癌 (papillary thyroid carcinoma, PTC) 是甲状腺癌中最常见的一种病理类型, 约占所有甲状腺癌的 80%^[1-2], 以恶性程度低、预后好为其特点, 但其淋巴结转移率高, 且颈中央区淋巴结转移与术后局部病灶复发及远处淋巴结转移密切相关^[3-4]。目前对术前检查提示临床颈淋巴结阴性 (cN₀) 的患者是否实行选择性颈淋巴结清扫以及清扫范围、时机等国内外均存在争议^[5]。本文对本院 2010 年 1 月—2014 年 6 月间手术治疗的 83 例 cN₀ 甲状腺乳头状癌患者临床资料进行回顾性分析, 探讨 cN₀ 甲状腺乳头状癌中央区淋巴结清扫的临床意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院普通外科 2010 年 1 月—2014 年 6 月间收

治的 83 例 cN₀ PTC 患者, 其中男 13 例 (15.7%), 女 70 例 (84.3%), 男女比例 1:5.4, 年龄 18~70 岁, 平均 41.7 岁, 其中 <45 岁者 45 例 (54.2%), ≥45 岁者 38 例 (45.8%)。cN₀ 标准^[4]: (1) 临床检查未触及肿大淋巴结或肿大淋巴结最大直径 <2 cm, 质地柔软; (2) 影像学检查未见肿大淋巴结或肿大淋巴结最大直径 <1 cm, 或者最大直径 1~2 cm, 但无中心性液化坏死、周边强化和淋巴结旁脂肪间隙消失等; (3) 缺乏影像学资料者以触诊为准。

1.2 治疗方法

术中快速冷冻切片均诊断为 PTC, 对 73 例单侧 cN₀ PTC 患者行全或近全甲状腺切除术或单侧甲状腺腺叶及峡部切除术+同侧中央区淋巴结清扫术 (central lymph node dissection, CLND), 其中 42 例行单侧甲状腺腺叶及峡部切除术+同侧 CLND; 对 10 例双侧 cN₀ PTC 患者行全甲状腺切除术+双侧 CLND。术后均行石蜡病理检查证实为 PTC, 出院后口服左甲状腺素钠片行 TSH 抑制治疗。

1.3 随访

通过复诊和电话方式进行随访, 随访截止 2014 年 7 月, 中位随访 30 个月 (2~54 个月)。

1.4 统计学处理

数据采用 SPSS 18.0 统计软件进行分析, 对可

收稿日期: 2014-08-20; 修订日期: 2014-11-07。

作者简介: 胡晓川, 安徽省黄山市人民医院副主任医师, 主要从事肝胆、甲状腺外科方面的研究。

通信作者: 胡晓川, Email: 1975hxc@sina.com

能致颈中央区（VI区）淋巴结转移的临床因素进行单因素分析，计数资料采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术后病理结果

癌灶位于单侧73例（91.3%），其中多个病灶13例（15.7%）；双侧10例（12.0%）；肿瘤侵犯包膜15例（18.1%）；肿瘤直径 ≥ 4 cm者9例（10.8%）；合并桥本氏甲状腺炎7例（8.4%）；合并结节性甲状腺肿10例（12.0%）；合并甲状腺结核1例（1.2%）；40例（48.2%）有VI区淋巴结转移。

2.2 影响VI区淋巴结转移危险因素的单因素分析

83例患者分为VI区淋巴结转移组和未转移组进行危险因素分析。分析结果发现VI区淋巴结转移情况与性别、年龄、单侧多病灶、肿瘤侵犯包膜及肿瘤大小相关，而是否双侧癌对其影响的差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）（表1）。

表1 中央区淋巴结转移影响因素的单因素分析

影响因素	中央区淋巴结转移情况		转移率 (%)	χ^2	P
	是	否			
男	10	3	76.9	5.1	<0.05
女	30	40	42.9		
年龄 (岁)				5.94	<0.05
< 45	20	25	44.4		
≥ 45	27	11	71.1		
多灶性				5.85	<0.05
单灶	24	36	40		
多灶	10	3	76.9		
单双侧				0.21	>0.05
单侧	34	39	46.6		
双侧	6	4	60		
包膜侵犯				10.85	<0.01
是	13	2	86.7		
否	27	41	39.7		
肿瘤直径 (cm)				4.99	<0.05
< 4	32	42	43.2		
≥ 4	8	1	88.9		

2.3 术后并发症及处理

共有23例（27.7%）患者中央区切除标本中存在甲状旁腺组织。发生暂时性低血钙症4例（4.8%），喉返神经麻痹1例（1.2%），均为全甲状腺切除术后。经维生素D₃、葡萄糖酸钙及营养神经治疗，均于术后1周左右恢复正常。

2.4 随访结果

随访期间无死亡病例，3例（3.6%）出现同侧颈侧区淋巴结转移（II、III、IV、V区），经再次手术恢复良好，1例（1.2%）对侧甲状腺再发PTC再次手术。

3 讨论

3.1 PTC 原发灶的处理

随着生活中接触的电离辐射越来越多，甲状腺癌成为近20年来发病率增长最快的实体恶性肿瘤。因此，欧美各国都非常重视分化型甲状腺癌的规范诊治，相继制定并定期更新临床诊治指南，我国也于2012年发布了《甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南》（以下简称国内指南），但对甲状腺癌的标准手术方式目前仍存在很多争论。过去数十年中PTC的标准治疗方法均为全甲状腺切除加术后同位素治疗，因其临床应用难度大，并发症多，素来存在争议。近年来，经过大量临床病例研究，认为全甲状腺切除术对低危PTC患者似无必要，一侧腺叶加峡部切除术逐渐被人们所接受。2009年修订版的美国甲状腺协会（American Thyroid Association, ATA）指南中推荐对既往无放射线接触史、临床未发现淋巴结转移、直径 < 1 cm的无包膜外侵犯的低风险PTC患者可行单侧腺叶切除术^[2]。2012年国内指南将直径 ≤ 4 cm、低危性、对侧腺叶无结节、局限于一侧腺叶内的单发分化型甲状腺癌作为患侧腺叶切除+峡部切除术的相对适应证^[6]，笔者对符合适应证的42例患者采用了患侧腺叶切除+峡部切除术，术后随访1~3年无转移、复发病例。因此，笔者认为PTC患者手术切除范围应该以风险分层为基础，结合术者临床经验和专业技术水平进行个体化选择，既要做到治疗合理，也要避免过度治疗。

3.2 CLND 的意义

对术前和术中发现有颈淋巴结转移的PTC患者行CLND已无异议，但对cN₀ PTC患者是否常例行CLND还存在争议。反对的理由主要有：(1) 术后生存率与是否行淋巴结预防性清扫术无关，有学者^[7]指出对影像学检查和临床检查淋巴结阴性的患者可不行淋巴结预防性清扫，这样可提高患者生存质量。(2) 预防性CLND并不能减少复发，且术中术后发生喉返神经损伤和低钙血症的概率可能增加^[8]。然而，基于甲状腺癌颈部淋巴结从VI区向颈

侧区转移的规律,VI区淋巴结转移成为颈侧区淋巴结转移的高危因素^[9-10],cN₀ PTC患者中央区隐匿性淋巴转移率高,文献报道达50%~60%,且术中不能准确判断中央区是否有淋巴转移^[11-12],越来越多的学者赞同在处理原发灶的同时常规进行VI区清扫,以便早期切除VI区淋巴结中的微转移灶,防止复发和转移,提高无瘤期并改善存活率^[13-15]。综合文献结合自身诊治体会,笔者认为常规行CLND在cN₀ PTC治疗中的意义有:(1) VI区淋巴结是cN₀ PTC患者最常见的转移部位,转移率较高,本研究中为48.2%,与文献报道基本相符。研究中发现许多患者术前临床检查和术中探查未发现肿大淋巴结,而术后病理结果仍有淋巴结转移,故术前临床检查及术中对VI区淋巴结的评估并不可靠,常规清扫VI区淋巴结有利于手术的彻底性。(2) 原发灶切除和VI区淋巴结清扫一次完成,手术创伤小,既达到了治疗目的又提高了患者生存质量。(3) 初次手术解剖层次清晰,有利于彻底清扫,可减少再次手术时因术后粘连、解剖层次不清引起的喉返神经及甲状旁腺损伤,明显降低术后并发症的发生率。(4) VI区淋巴结阳性患者术后颈侧区淋巴结转移的概率明显升高,常规清扫VI区淋巴结有利于降低颈侧区淋巴结转移,对减少肿瘤复发和改善相关存活率有益。(5) 常规清扫VI区淋巴结有利于准确判断患者术后TNM分期,对制定术后综合治疗和随访方案、评估术后复发危险及判断预后具有重要价值。

3.3 CLND的并发症及注意事项

由于中央区淋巴结与喉返神经及甲状旁腺关系密切,因此,CLND的常见并发症主要是喉返神经损伤以及甲状旁腺功能不足引起的低钙血症。其他少见的并发症有食道损伤、术后出血及胸膜损伤等。笔者认为减少手术并发症和副损伤须要注意以下几点:(1) 在实施中央区淋巴结清扫的过程中,清晰的暴露喉返神经是重要的步骤^[16],应尽量避免因神经显露不佳而造成损伤,特别是喉返神经入喉处及与甲状腺下动脉交叉处的损伤。(2) 游离喉返神经及清扫周围淋巴结时动作要轻柔,避免过度牵拉引起损伤和伴行血管出血,出血时切忌盲目结扎和缝扎,以免误扎喉返神经造成损伤。(3) 对甲状旁腺的保护原则首先是最大可能清除病灶,其次尽可能原位保留甲状旁腺^[17]。原位保留甲状旁腺的关键是仔细识别保护血供,故在处理甲状腺上下极血管时笔者提倡分层、分

次结扎,尽量避免结扎主干血管。(4) 肿瘤浸润周边组织时应耐心、仔细解剖分离,切忌粗暴分离牵拉,避免出血及其他器官损伤。总之,对解剖结构的熟悉和手术技巧的熟练是预防CLND并发症的关键。

综上所述,甲状腺乳头状癌患者的中央区淋巴结转移率较高,而且中央区淋巴结位置隐蔽,术前临床检查及术中判定不能对淋巴结转移情况作出准确诊断。因此,中央区淋巴结清扫术在减少肿瘤复发、改善存活率、降低颈侧区淋巴结转移率、肿瘤准确临床分期、制定术后综合治疗方案和判断预后等方面有重要意义,笔者提倡cN₀甲状腺乳头状癌患者应在根治原发灶的基础上常规行中央区淋巴结清扫术。

参考文献

- [1] Jemal A, Siegel R, Xu J, et al. Cancer statistics, 2010[J]. CA Cancer J Clin, 2010, 60(5):277-300.
- [2] American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer¹, Cooper DS, Doherty GM, et al. A Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer[J]. Thyroid, 2009, 19(11):1167-1264.
- [3] Rajeev P, Ahmed S, Ezzat TM, et al. The number of positive lymph nodes in the central compartment has prognostic impact in papillary thyroid cancer[J]. Langenbecks Arch Surg, 2013, 398(3):377-382.
- [4] Leboulleux S, Girard E, Rose M, et al. Ultrasound criteria of malignancy for cervical lymph nodes in patients followed up for differentiated thyroid cancer[J]. J Clin Endocrinol Metab, 2007, 92(9):3590-3594.
- [5] 俞甲子,王雅平,贝一冰,等. cN₀甲状腺乳头状癌中央区淋巴结转移的危险因素分析[J]. 中华普通外科杂志, 2014, 29(3):195-198.
- [6] 高明. 甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南[J]. 中国肿瘤临床, 2012, 39(17):1249-1272.
- [7] Kefeli M, Akpolat I, Yildirim A, et al. Morphometric analysis in cytologic evaluation of papillary thyroid carcinoma[J]. Anal Quant Cytol Histol, 2010, 32(4): 234-238.
- [8] 李宇杰,黄小娥,周小栋. 预防性中央区淋巴结清扫与甲状腺乳头状癌局部复发的Meta分析[J]. 中国普通外科杂志, 2013, 22(5):608-612.
- [9] Zhang L, Wei WJ, Ji QH, et al. Risk factors for neck nodal metastasis in papillary thyroid microcarcinoma: a study of 1066 patients[J]. J Clin Endocrinol Metab, 2012, 97(4):1250-1257.
- [10] 向俊,吴毅. 甲状腺癌临床诊治新特点(附572例临床分析)[J]. 中国实用外科杂志, 2008, 28(5):365-367.
- [11] 鄢丹桂,张彬,王军轶,等. 甲状腺乳头状癌cN₀患者中央区淋巴



doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.05.026
http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1005-6947.2015.05.026
Chinese Journal of General Surgery, 2015, 24(5):746-748.

· 简要论著 ·

免疫组化和荧光原位杂交检测 HER-2 与乳腺癌病理参数的相关性

华勤学

(南阳医学高等专科学校第一附属医院 胸外科, 河南 南阳 473058)

摘要

目的: 探讨免疫组化和荧光原位杂交检测 HER-2 与乳腺癌患者病理参数的相关性。

方法: 采用免疫组化二步法和荧光原位杂交法检测 80 例乳腺癌组织中 HER-2 表达情况, 分析其与临床病理参数的关系。

结果: 乳腺癌组织中 HER-2 蛋白表达阳性率为 56.25% (45/80), 而基因扩增率为 30% (24/80)。HER-2 蛋白的表达和 HER-2 基因扩增均与乳腺癌组织学分级、淋巴结转移密切相关 (均 $P < 0.05$), 而与患者年龄、肿瘤大小无关 ($P > 0.05$)。

结论: 乳腺癌组织中 HER-2 蛋白表达和基因扩增与肿瘤分化程度密切相关, 具有重要的临床意义。

关键词

乳腺肿瘤; HER-2; 基因扩增; 预后
中图分类号: R737.9

乳腺癌是女性常见肿瘤, 针对新的肿瘤基因为治疗靶点的分子治疗措施得到广泛推广^[1]。HER-2 已被证实可作为判断乳腺癌患者预后的重要因素^[2], 但 HER-2 蛋白表达和基因扩增与乳腺

癌患者病理参数的相关性目前尚无明确研究报道, 本文将进一步探讨乳腺癌 HER-2 蛋白表达和基因扩增状态的与乳腺癌患者病理参数的相关性。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我院乳腺癌石蜡标本 80 例, 均为女

收稿日期: 2014-10-24; 修订日期: 2015-04-17。

作者简介: 华勤学, 南阳医学高等专科学校第一附属医院主管护师, 主要从事胸外科方面的研究。

通信作者: 华勤学, Email: huaxueqin1212@163.com

转移的研究[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2010, 45(11):891-894.

[12] Sugitani I, Fujimoto Y, Yamada K, et al. Prospective outcomes of selective lymph node dissection for papillary thyroid carcinoma based on preoperative ultrasonography[J]. World J Surg, 2008, 32(11):2494-2502.

[13] Zetoune T, Keutgen X, Buitrago D, et al. Prophylactic central neck dissection and local recurrence in papillary thyroid cancer: a meta-analysis[J]. Ann Surg Oncol, 2010, 17(12):3287-3293.

[14] So YK, Son YI, Hong SD, et al. Subclinical lymph node metastasis in papillary thyroid microcarcinoma: a study of 551 resections[J]. Surgery, 2010, 148(3):526-531.

[15] 吴毅. 中央区淋巴结清扫术用于分化型甲状腺癌治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2010, 30(10):898.

[16] Glover AR, Gundara JS, Norlén O, 等. 预防性中央区淋巴结清扫治疗甲状腺乳头状癌的利与弊[J]. 中国普通外科杂志, 2014, 23(5):567-574.

[17] 吴毅. 甲状腺癌根治术中甲状旁腺保护[J]. 中国实用外科杂志, 2014, 34(4):292-293.

(本文编辑 姜晖)

本文引用格式: 胡晓川, 吴文明, 胡勇. 颈淋巴结阴性的甲状腺乳头状癌中央区淋巴结清扫的临床意义[J]. 中国普通外科杂志, 2015, 24(5):743-746. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.05.025

Cite this article as: HU XC, WU WM, HU Y. Clinical significance of central lymph node dissection for papillary thyroid carcinoma (cN₀) [J]. Chin J Gen Surg, 2015, 24(5):743-746. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.05.025