



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.05.009  
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract3883.shtml

· 甲状腺肿瘤专题研究 ·

# 甲状腺全切除术治疗甲状腺微小癌 128 例临床分析

吴红伟, 王飞, 胡洪生, 方大正, 陈会彬, 万光俊, 周文波

(湖北医药学院附属东风医院 外科, 湖北 十堰 442000)

## 摘要

**目的:** 分析甲状腺微小癌的临床、病理特点, 探讨甲状腺全切除术在治疗甲状腺微小癌中的意义。  
**方法:** 回顾性分析 2009 年 10 月—2012 年 12 月经手术和病理证实的 128 例甲状腺微小癌患者的临床资料。患者均行甲状腺全切除术, 部分行辅助  $^{131}\text{I}$  治疗。  
**结果:** 128 例患者中, 单发微小癌 87 例 (67.97%), 多发微小癌 41 例 (32.03%); 单发微小癌肿瘤直径均在 0.3 cm 以上, 术前经超声检查可发现病灶; 多发微小癌术前超声可明确所有病灶者 25 例 (60.98%), 另 16 例 (39.02%) 多发微小癌中除较大的病灶 (>0.3 cm) 在术前超声检查中明确外, 其余病灶均是在术中冷冻切片中发现或术后石蜡切片中发现; 多发病灶局限于单侧甲状腺腺体者 22 例 (53.66%), 分散于双侧腺体者 19 例 (43.34%)。术后随访率 100%, 1 例出现颈部淋巴结转移。  
**结论:** 掌握甲状腺微小癌的临床、病理特点, 仔细检查, 可避免漏诊; 甲状腺全切除术对治疗甲状腺微小癌有重要意义。

[中国普通外科杂志, 2014, 23(5):609-611]

## 关键词

甲状腺肿瘤 / 治疗; 微小癌; 甲状腺切除术  
中图分类号: R736.1

## Total thyroidectomy for thyroid microcarcinoma: a clinical analysis of 128 cases

WU Hongwei, WANG Fei, HU Hongsheng, FANG Dazheng, CNHEN Huibin, WAN Guangjun, ZHOU Wenbo

(Department of Surgery, Affiliated Dongfeng Hospital, Hubei University of Medicine, Shiyan, Hubei 442000, China)

Corresponding author: ZHOU Wenbo, Email: zwbmail@163.com

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the clinical and pathological features of thyroid microcarcinoma and assess the value of total thyroidectomy in the treatment of this condition.

**Methods:** The medical records of 128 patients with thyroid microcarcinoma confirmed by surgical and pathological findings from October 2009 to December 2012 were retrospectively analyzed. All patients underwent total thyroidectomy and some of them also received adjuvant  $^{131}\text{I}$  therapy.

**Results:** Of the 128 patients, single focus of microcarcinoma was found in 87 cases (67.97%), and multiple foci of microcarcinoma were found in 41 cases of (32.03%). The diameters of lesions in patients with single focus of microcarcinoma were all larger than 0.3 cm and were able to be detected by preoperative ultrasound; among patients with multiple foci of microcarcinoma, all of the lesions in 25 cases (60.98%) were clearly identified by preoperative ultrasound, while in the other 16 cases (39.03%), preoperative ultrasound could detect those lesions that were larger than 0.3 cm and the other lesions were found by intraoperative frozen section or postoperative paraffin sections. The multiple lesions in 22 patients (53.66%) were confined to only one side of the thyroid gland and 19 cases (43.34%) involved both sides. Postoperative follow-up rate was 100%, and one patient developed cervical lymph node metastases.

收稿日期: 2013-10-12; 修订日期: 2013-12-14。

作者简介: 吴红伟, 湖北医药学院附属东风医院主治医师, 主要从事甲状腺外科疾病基础与临床方面的研究。

通信作者: 周文波, Email: zwbmail@163.com

**Conclusion:** Better understanding of the clinical and pathological characteristics of thyroid microcarcinoma, along with extensive examination may avoid missed diagnosis; total thyroidectomy is of proven value in treatment of thyroid microcarcinoma. [Chinese Journal of General Surgery, 2014, 23(5):609-611]

**KEYWORDS** Thyroid Neoplasms/therapy; Microcarcinoma; Thyroidectomy

**CLC number:** R736.1

甲状腺微小癌过去又称为隐匿性甲状腺癌,起病隐匿,定义为甲状腺腺体原发,肿瘤 $\leq 10$  mm,其发病率为6%~35%<sup>[1]</sup>,术前诊断率低<sup>[2]</sup>。它在临床上极难发现,检查时难以扪及。近年来,大功率高分辨率彩超能检出直径3 mm的囊实性结节及3 mm的实性结节,使甲状腺微小癌的检出率明显增加<sup>[3]</sup>。本研究回顾性分析我院甲状腺外科自2009年10月—2012年12月行甲状腺全切除术治疗的128例甲状腺微小癌患者的病历资料,分析甲状腺微小癌的临床及病理等特点,评估甲状腺全切除术治疗甲状腺微小癌的临床效果。

## 1 资料与方法

### 1.1 病例资料

我院甲状腺外科自2009年10月—2012年12月经手术和病理证实的128例甲状腺微小癌患者,其中男56例,女72例,年龄21~68岁,平均年龄50.6岁。128例患者均行全甲状腺切除术(术前怀疑颈淋巴结转移行颈淋巴结清扫术者不列入本组病例)。

### 1.2 手术方法

对于术前经细针穿刺细胞学检查明确的微小癌患者术中直接行双侧甲状腺全切除术;对于术前细针穿刺细胞学检查阴性而超声高度怀疑的甲状腺结节患者,结节局限于1侧腺叶的均行患侧甲状腺腺叶全切除术,对于双侧腺叶均有结节的患者先行处理高度怀疑恶性的腺叶,行单侧腺叶全切除术,所有患者术中均行快速病理学检查—冷冻切片检查,若冷冻证实为恶性者,即行对侧腺叶全切除术。手术方法采用全新甲状腺切除技术<sup>[4]</sup>。

### 1.3 辅助<sup>131</sup>I治疗

术后单发微小癌患者,肿瘤局限于腺体内,无腺体外侵犯,无血管内癌栓的患者一律不行放射性<sup>131</sup>I治疗;术后定期复查,行免疫增强治疗;对于癌灶侵犯腺体被膜或侵犯喉犯神经、侵犯外周血管的微小癌患者术后无碘饮食,3周后行放射性<sup>131</sup>I治疗2~3次,研究<sup>[5]</sup>证实,<sup>131</sup>I核素治疗可

降低远期复发率和病死率,尤其是原发性肿瘤有甲状腺外浸润时,能明显提高患者的生存率。<sup>131</sup>I治疗后常规行<sup>131</sup>I全身显像检查排除转移病灶。

## 2 结果

### 2.1 诊断

128例患者中,单发微小癌87例(67.97%),多发微小癌41例(32.03%);单发微小癌肿瘤直径均在0.3 cm以上,术前经超声检查可发现病灶;多发微小癌有2个以上病灶,术前超声可明确所有病灶者25例(60.98%),其余16例(39.02%)多发微小癌中除较大的病灶(>0.3 cm)在术前超声检查中明确外其余病灶均是在术中冷冻切片中发现或术后石蜡切片中发现,多发微小癌中多发病灶局限于单侧甲状腺腺体者22例(53.66%),多发病灶分散于双侧腺体者19例(43.34%)。术后病理诊断:乳头状癌126例,髓样癌1例,滤泡状癌1例。

### 2.2 术后治疗及随访

术后随访率100%,术后常规口服甲状腺素片行TSH抑制治疗,定期复查FT<sub>3</sub>、FT<sub>4</sub>、TSH,复查甲状腺球蛋白及降钙素水平,复查颈部淋巴结彩超及胸部CT,必要时行<sup>131</sup>I全身显像检查进一步排除复发、转移。无1例死亡,1例术后1年出现一侧颈淋巴结转移,该患者为1例双侧多发微小癌患者,行患侧颈淋巴结清扫术,术后病理证实为淋巴结转移。

## 3 讨论

甲状腺癌的人群发病率逐年攀升。临床流行病学调查显示,甲状腺癌位居女性恶性肿瘤发病率的第6位。甲状腺癌已成为头颈部最常见的恶性肿瘤以及最常见的内分泌恶性肿瘤。甲状腺癌存在多中心性,对于多灶性甲状腺癌的发生率,国内文献<sup>[6-7]</sup>报道大约为15%~32%,其中70%~88%位于双侧<sup>[8-9]</sup>。甲状腺内的多发癌灶,可能为单克隆病变在甲状腺内转移所致,也可能是多克隆病变<sup>[10]</sup>。

多项临床资料显示,多灶性甲状腺癌呈现淋巴结转移、甲状腺外侵犯和肿瘤复发的特点,但其与肿瘤部位及体积无关联。多发结节中常含微小癌灶,或均为直径 $<1.0\text{ cm}$ 的微小癌,但这并不妨碍其发生早期淋巴结转移。但在多灶性甲状腺癌中,近半数病例表现为单侧较明显的癌灶,而对侧为微小癌,甚至直径仅 $0.5\sim 3.0\text{ mm}$ ,术前无法通过B超检查发现,仅在标本的快速冷冻病理切片或术后石蜡切片检查中发现<sup>[11]</sup>。甲状腺微小癌的体积虽小,但其生物学行为仍是一种成熟的癌,并且还有一部分微小癌生物学行为差,易发生区域性淋巴结转移,病灶大小也与预后关系不大,应积极手术治疗<sup>[5]</sup>。对于手术切除范围的选择,目前尚无规范且仍有不少争议。许多西方国家已经把全甲状腺切除术作为微小癌的常规治疗方式<sup>[12]</sup>。学者认为产生分歧的根源在于对甲状腺微小癌的临床、病理特点及生物学性质没有充分的认识。

本组128例甲状腺微小癌病例均行甲状腺全切除术,资料分析显示,多灶性微小癌患者所占比例为32.03%,但术前超声可明确所有病灶者仅占60.98%,仍有39.02%的多发微小癌至少部分病灶在术前超声检查中不能被发现,出现漏诊,而只能依靠术中冷冻切片检查或术后石蜡切片得以诊断。进一步分析临床资料显示,多发微小癌中多发病灶局限于单侧甲状腺腺体者占53.66%,而多发病灶分散于双侧腺体者占到了43.34%。分析认为,有接近40%的多发微小癌患者至少部分病灶(直径 $<3.0\text{ mm}$ )术前超声无法发现,因此对于术中诊断明确的微小甲状腺癌应积极行甲状腺全切除术,这样可一并切除潜在的隐匿病灶,避免留下术前超声无法发现的癌灶,对预防肿瘤的复发及转移意义重大,而甲状腺对侧大部切除则不能保证切除所有的病灶,不符合肿瘤手术治疗的原则。甲状腺癌患者的长期随访资料<sup>[11]</sup>显示,全甲状腺切除对术后的10年生存率可能并无优势,但却明显增加了20年甚至更长期的生存率。

因此,本文认为,对甲状腺微小癌应采用甲状腺全切除术。原因如下:(1)全甲状腺切除能最大限度地保证原发灶切除的彻底性,杜绝甲状腺内肿瘤残留,而且全甲状腺切除后的局部复发率低于任何其他方式的手术,明显降低术后复发和再次手术的风险,临床病例也证实再次手术的喉返神经损伤及甲状旁腺功能减退并发症发生率成倍增加;能提高患者的长期无瘤生存率;(2)全甲状腺切除术为术后<sup>131</sup>I清除残余甲状腺及转移灶治疗创造了

条件;(3)全甲状腺切除后便于复查,监测甲状腺肿瘤特异性标记物甲状腺球蛋白(TG)及降钙素(CT)水平有利于早期发现肿瘤转移,避免残留、避免分化型甲状腺癌病灶去分化转变为未分化癌的风险<sup>[13]</sup>。

甲状腺癌的高发生率已成为危害人民健康的主要疾病之一,但其恶性程度不高,患者多可长期存活。因此,降低肿瘤复发转移风险,提高长期无瘤生存率与改善患者生活质量,成为治疗甲状腺癌的重要目标。重视微小甲状腺多灶癌的准确诊断和规范化治疗至关重要。

#### 参考文献

- [1] Yang GC, LiVolsi VA, Baloch ZW. Thyroid microcarcinoma: fine-needle aspiration diagnosis and histologic follow-up[J]. *Int J Surg Pathol*, 2002, 10(2):133-139.
- [2] Hedinger C, Williams ED, Sobin LH. The WHO histological classification of thyroid tumors: a commentary on the second edition[J]. *Cancer*, 1989, 63(5):908-911.
- [3] Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, et al. Management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer[J]. *Thyroid*, 2006, 16(2):109-142.
- [4] 吴红伟,王飞,胡洪生,等.甲状腺全切除术技术改进临床应用分析[J]. *中国普通外科杂志*, 2011, 20(5):523-525.
- [5] 刘永锋,张洁.我国甲状腺癌外科治疗现状[J]. *中国实用外科杂志*, 2007, 27(10):763-765.
- [6] 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.
- [7] 林琳,郑向前,刘磊,等.多灶性甲状腺乳头状癌的生物特性及治疗分析[J]. *中华普通外科杂志*, 2010, 25(8):621-623.
- [8] 林益凯,盛建明,赵文和,等.多灶性甲状腺乳头状癌168例临床研究[J]. *中华外科杂志*, 2009, 47(6):450-453.
- [9] 李治,刘春萍,石岚,等.546例分化型甲状腺癌手术治疗分析[J]. *中华外科杂志*, 2008, 46(5):375-377.
- [10] McCarthy RP, Wang M, Jones TD, et al. Molecular evidence for the same clonal origin of multifocal papillary thyroid carcinomas[J]. *Clin Cancer Res*, 2006, 12(8):2414-2418.
- [11] 陈诚,余宁康,陈曦,等.重视甲状腺多灶癌的诊断和规范化治疗[J]. *上海医药*, 2012, 33(18):6-8.
- [12] Sakorafas GH, Giotakis J, Stafyla V. Papillary thyroid microcarcinoma: a surgical perspective[J]. *Cancer Treat Rev*, 2005, 31(6):423-438.
- [13] 刘春萍,明洁,石岚,等.分化型甲状腺癌手术方法的探讨[J]. *中国普通外科杂志*, 2008, 17(5):410-411.

(本文编辑 姜晖)

本文引用格式:吴红伟,王飞,胡洪生,等.甲状腺全切除术治疗甲状腺微小癌128例临床分析[J]. *中国普通外科杂志*, 2014, 23(5):609-611. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.05.009

Cite this article as: WU HW, WANG F, HU HS, et al. Total thyroidectomy for thyroid microcarcinoma: a clinical analysis of 128 cases[J]. *Chin J Gen Surg*, 2014, 23(5):609-611. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.05.009