

甲状腺癌再手术 77例分析

邓 军

[摘要]目的:探讨甲状腺癌再手术的必要性及其手术方式,分析再次手术的原因。方法:回顾性分析甲状腺癌再手术 77例的临床资料。结果:手术切除率为 100%,无手术死亡者;再手术后病理检查证实癌残留 17例,颈部淋巴结有转移癌 34例。结论:选用恰当的手术方式,是避免甲状腺癌再次手术的关键。甲状腺癌行局部切除手术后残癌率高,再次手术是必要的。

[关键词] 甲状腺肿瘤; 甲状腺切除术; 再手术

[中国图书资料分类法分类号] R 736.1 R 653 [文献标识码] A

Reoperation of thyroid carcinoma: A report of 77 cases

DENG Jun

(Department of Tumor Surgery, Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu 233004, China)

[Abstract] Objective: To investigate the necessity and methods of reoperation for thyroid carcinoma and analyze the causes of reoperation. Methods: A retrospective analysis was made on the clinical data of reoperation in 77 patients with thyroid carcinoma from January 1996 to May 2005. Results: The operative resection rate was 100% without operative death. The residual carcinoma was found at the primary site in 17 patients and the lymph node metastasis was found in 34 patients. Conclusions: The appropriate operation method is the key to avoid the reoperation. The high residual cancer rate after local mass resection of thyroid carcinoma necessitates the reoperation.

[Key words] thyroid neoplasms; thyroidectomy; reoperation

甲状腺癌是头颈部最常见的恶性肿瘤之一。由于对甲状腺癌认识不清,首次诊断不当,手术方式选择错误,往往造成切除范围不够或术后癌残留,使患者不得不经受再次手术^[1]。大多数甲状腺癌患者以甲状腺结节就诊,很多患者在当地医院行甲状腺肿物局部切除术,术后病理诊断为甲状腺癌到我院进一步治疗。本文报道我科 1996年 1月~2005年 5月收治的手术后病理证实为甲状腺癌需要行再次手术治疗者 77例,现对其临床资料进行回顾性分析,探讨甲状腺癌再次手术的有关问题。

1 资料与方法

1.1 一般资料 77例中,男 14例,女 63例;年龄 15~76岁。2次施手术 72例,3次者 4例,4次者 1例。再次手术距首次手术时间为 3天~6年。

1.2 手术方式

1.2.1 上次手术方式 单侧腺叶部分切除术 43例;峡部腺叶部分切除术 5例;单侧腺叶全切术 13例;患侧腺叶全切加患侧颈清扫术 3例;患侧腺叶全切加峡部腺叶切除加对侧腺叶次全切除术 1例;双侧腺叶全切术 2例;双侧腺叶全切除加峡部切除加 1侧颈清扫术 2例;患侧腺叶部分切除加患侧颈清扫术 1例;双侧腺叶部分切除术 2例;颈部淋

巴结活检术 5例。

1.2.2 本次手术方式 患侧腺叶切除加峡部切除加患侧颈清扫术 28例;患侧腺叶切除加峡部切除加对侧腺叶次全切除加患侧颈清扫术 9例;患侧腺叶切除加峡部切除术 2例;1侧腺叶切除加峡部切除加对侧腺叶次全切除术 10例;患侧腺叶切除术 3例;患侧颈清扫术 14例(其中 1例首次手术时误扎喉返神经,2次手术给予喉返神经松解后发音明显改善);双侧腺叶次全切除术加峡部切除术 2例;复发肿块切除术 2例;患侧颈清扫术加对侧颈部淋巴结切除术 1例(第 2次手术前发现对侧颈部淋巴结肿大);对侧颈清扫术 3例;患侧腺叶切除加双侧颈清扫术 1例(术前发现两侧颈部有肿大淋巴结);甲状腺全切除加患侧清扫术 2例。

1.3 病理诊断 首次与再次术后的病理诊断都相同,乳头状癌 66例,髓样癌 8例,滤泡状腺癌 3例。首次手术后病理示:有 22例甲状腺肿瘤侵及包膜或横纹肌。

2 结果

本组病例手术切除率为 100%,无手术死亡者。有残叶的 57例再手术后的腺叶残留癌有 17例,残癌率为 29.8%;行颈淋巴结清扫术的 58例中有淋巴结转移 34例,转移率为 58.6%;本组乳头状癌的淋巴结转移率为 62.0% (31/50),髓样癌的淋巴结转移率为 33.3% (2/6),滤泡状腺癌为 0 (0/2)。77例中,1例因首次术式不正确误扎喉返神经经松

解后发音明显改善。51例随访 1~7年, 1例再次术后 2年死于肺转移, 其余患者随访效果确实。

3 讨论

3.1 甲状腺再次手术的原因^[1] 甲状腺针吸细胞学检查是鉴别甲状腺结节良恶性有价值的一种方法, 有条件的医院可将其作为甲状腺结节样病变的一项术前常规检查^[2]。由于甲状腺肿块术前的定性诊断比较困难, 有报道细针穿刺细胞学检查对甲状腺癌的诊断具有重要的价值, 准确率达 95%以上^[3]。行甲状腺穿刺细胞学检查虽可进一步明确结节的性质, 但诊断的可靠性与病理学家的经验有很大关系, 常会出现假阳性或假阴性的结果; 即使是冷冻切片检查也可能发生误诊, 特别是滤泡状腺瘤和癌的鉴别, 有经验的病理学家也常有困难。这些都是造成初次误诊、手术方式失当的根本原因。本组甲状腺癌按良性甲状腺肿瘤行甲状腺肿块的切除或患叶次全切除术后, 病理证实为甲状腺癌, 再行残叶切除, 术后证实残癌率为 29.8%。文献资料报道残余腺体的残癌率可达 42%~65%^[4], 本组颈部淋巴结转移率为 58.6% (34/58), 说明再次手术是必要的。所以造成癌残存的主要原因是首次手术不当, 此情况多见于基层医院。而腺叶切除不仅可使将近 1/4 的患者免遭再次手术之苦, 还可发现并清除气管食管沟及喉返神经旁可疑淋巴结, 减少日后该部位复发及转移, 而并不增加喉返神经损伤、甲状腺功能低下及甲状旁腺功能低下等手术并发症^[5]。笔者主张对于需要手术治疗的甲状腺结节样病变, 术中应常规行快速冷冻病检, 根据病检结果决定手术方式。但也要认识到快速冷冻切片检查有一定的假阴性, 此时要结合临床判断, 采取相应的手术方式, 对术中病检阴性但又高度可疑的病变可行病灶侧腺叶全切加峡部切除。这可以最大限度地避免因误诊导致的甲状腺癌再手术。

3.2 选择合理的再手术方式 (1) 甲状腺癌原发灶的外科切除范围多年来仍未统一^[6]。笔者认为甲状腺肿瘤局部切除后病理证实有癌者, 行残叶及峡部切除加或不加甲状腺对侧叶次全切除术; 双侧甲状腺癌者应行全甲状腺切除术。(2) 颈淋巴结清扫。甲状腺癌大多有淋巴结转移, 特别是乳头状腺癌, 其区域淋巴结转移率为 44.7%^[7]。本组乳头状癌的淋巴结转移率为 60.0% (31/50), 髓样癌的淋巴结转移率为 33.3% (2/6), 笔者认为对于乳头状癌和髓样癌, 应该根据术中常规探查的情况而定, 淋巴结肿大、质硬且有融合和(或)与气管粘连者, 行根治性颈清扫术; 淋巴结肿大、质韧、无融合、无粘连者行功能性颈清扫术; 淋巴结肿大数目少、质韧且活

动可行淋巴结摘除术; 若无肿大淋巴结, 一般不作颈清扫术。(3) 对标准或功能性根治术后复发及转移者, 原则上应以局部切除病灶为主, 尤其是对侧腺叶转移者, 应采取保守治疗, 行对侧腺体次全切除术, 对侧淋巴结有转移者, 要注意保留有关血管及神经(颈内静脉及喉返神经), 以免引起严重并发症。(4) 复发转移灶累及气管、食管、喉及颈部其它器官时, 亦应争取作姑息性切除, 术后综合治疗, 以提高生存率。本组有 1 例为甲状腺髓样癌, 在外院行 2 次腺体局部切除术, 术后不久出现气道梗阻, 呼吸困难症状明显, 在我科第 1 次行气管切开术, 术后给予化疗, 第 2 次再行患侧腺体切除。如果肿瘤累及食管造成食管缺损, 可视情况直接缝合或行咽胃吻合。本组有 1 例为乳头状癌, 在外院行 1 侧腺体局部切除术, 本次手术中发现肿瘤部分浸润到食管肌层, 将食管肌层部分切除。总的说来, 分化型和未分化型甲状腺癌对放疗和化疗均不敏感, 故甲状腺癌的治疗仍应以手术为主, 术后可辅以放疗、化疗。本组 77 例再手术后一直服用甲状腺素治疗, 根据病情调节甲状腺素的用量。

3.3 喉返神经及甲状旁腺的保护 由于喉返神经的变异, 盲目的手术操作增加损伤的机会。笔者认为术中应尽可能暴露喉返神经, 保留后包膜是避免损伤的主要措施。在分离喉返神经时, 血管钳应与神经走行方向一致, 出血时, 血管钳切忌乱夹或大块钳夹。甲状腺癌术后喉返神经麻痹者, 术后 1 个月内可考虑手术探查, 如发现为缝扎所致, 解除线结后可望恢复功能。本组有 1 例在外院行甲状腺部分切除术, 术后出现声音嘶哑, 我科再手术解剖后发现喉返神经被误扎, 经过松解喉返神经, 声音有明显改善。手术中要正确辨认甲状旁腺, 在行腺叶切除时应推下甲状腺后包膜, 对切下的甲状腺叶应常规检查, 疑为甲状旁腺者, 应将其种植在颈部肌肉里。

[参 考 文 献]

- [1] 张德恒. 甲状腺疾病的再手术治疗 [J]. 实用临床医药杂志, 2004, 8(3): 11-13
- [2] Werra P, Wallin G, Skoog L, et al. Expanding role of fine needle aspiration cytology in thyroid diagnosis and management [J]. World J Surg 2000 24(8): 907-909
- [3] 周振英, 吴晓柳, 朱月清, 等. 恶性肿瘤患者外周血细胞 CD25 表达的临床意义 [J]. 肿瘤防治研究, 2001, 28(2): 117-118
- [4] 王育生, 王国俊, 陆文煜. 甲状腺癌再次手术的原因及对策 [J]. 医学临床研究, 2003 20(11): 848-850
- [5] 邓震球, 张三申, 赵守然. 甲状腺单发结节腺叶切除 750 例分析 [J]. 河南肿瘤学杂志, 1994, 7(3): 228-229
- [6] 王 虎, 于淑珍, 杨 浩. 甲状腺癌的再次手术 62 例临床分析 [J]. 耳鼻喉咽喉—头颈外科, 2001, 8(5): 283-285
- [7] 叶 真, 张性浩, 魏 林, 等. 甲状腺癌的颈淋巴结转移与血行转移 [J]. 中华外科杂志, 1999, 37(2): 89-90