

# 内镜下甲状腺癌手术的处理原则

石井诚一郎 陈德兴<sup>①</sup> 翻译

(日本川崎市川崎病院外科)

中图分类号 R736.1

文献标识 C

文章编号 1009-6604(2005)01-0034-03

## 1 前言

1999 年我院报道日本首例内镜下甲状腺手术<sup>[1]</sup>后,许多医院相继开展了内镜下甲状腺疾病的手术治疗。多数人都将内镜下手术与内镜辅助下手术相提并论,但完全内镜下甲状腺手术与应用传统手术尽量缩小切口或颈部近旁切口内镜辅助下甲状腺手术相比,手术难易程度相差悬殊。从癌的手术治疗观点出发,内镜辅助下甲状腺手术也能达到与传统手术同样的颈部淋巴清扫效果<sup>[2,3]</sup>,但这并不能与完全内镜下甲状腺手术相提并论。内镜下手术的优点多强调微创和美容效果,但是在颈部则不然,由于这个部位没有腔隙,需要通过对皮下组织的分离营造一个手术空间,从手术创伤这一点无优势可言,但前颈部是不能被衣物遮饰的特殊部位,并且女性患者占多数,所以保持颈部皮肤的完美成为该手术的主要优点。

甲状腺外科手术治疗甲状腺肿瘤和甲状腺机能亢进,由于内镜下甲状腺手术难以完成系统淋巴结清扫,所以我们一直未将甲状腺癌作为手术适应证。但在临床实践中,有不少病例术前难以做出准确诊断,术中或术后病理证实为甲状腺癌,初期我们采取再次手术或术中中转传统方法完成甲状腺癌手术,最近我们对没有浸润被膜和血管的高分化癌,在患者被充分告知同意的前提下,进行内镜手术和随访观察,现就 7 例甲状腺癌的手术治疗体会谈一谈内镜下甲状腺癌手术的适应证。

## 2 甲状腺癌手术病例

甲状腺肿瘤外科手术适应证:①癌或可疑恶性肿瘤;②肿瘤影响美容,有气管压迫症状,咽喉部异物感的较大良性(腺肿样)腺瘤;③若干年内科治疗

未能有效控制的甲状腺机能亢进;④强烈要求手术治疗的患者。内镜下甲状腺手术的适应证:术前超声、穿刺细胞学检查、术中快速病理诊断为良性肿瘤,具备上述②、③、④者。

7 例甲状腺癌临床资料见表 1。病例 5 为医生,影像学、穿刺细胞学检查始终未能发现癌。乳头癌 6 例(4 例为滤泡型乳头状癌),滤泡状癌 1 例,组织学上只能看到有被膜浸润,但无腺外及血管侵袭。组织学诊断后,前 2 例中转传统手术。病例 3 术前穿刺细胞学检查、术中快速病理均诊断为良性肿瘤,术后病理诊断为滤泡型乳头状癌(图 1A~B),因此,内镜下手术后 30 d 追加颈部淋巴清扫手术,结果是 N<sub>0</sub>,但因粘连严重分离时出现了喉返神经损伤。病例 1、2 术中快速病理诊断为可疑癌变和恶性,术后病理诊断为滤泡癌和滤泡型乳头状癌。病例 4~7 术后病理证实为甲状腺癌,在患者被告之同意的前提下,行内镜下甲状腺癌手术。7 例随访 2 年 2 个月~6 年 6 个月,未见复发。

## 3 甲状腺癌的术前诊断

我们一直将甲状腺经过影像学检查(软 X 线摄影、超声波、CT、TI 闪烁扫描术),穿刺细胞学检查诊断为良性肿瘤者作为内镜手术的适应证。一般认为,穿刺细胞学检查诊断较为困难的是乳头状癌,如果细胞学检查有滤泡变异,术中快速病理检查可以提高诊断率<sup>[4-6]</sup>。病例 4 尽管影像学 and 穿刺细胞学检查均诊断为良性肿瘤,但最终诊断是滤泡型乳头状癌。这种术后才明确诊断的情况,在临床工作中是难以避免的。虽然上述病例数少,但术前未能获得局部所见(包括穿刺细胞学检查)的甲状腺癌,淋巴转移几率小,或许仅做腺体局部切除就能取得良好的治疗效果。

① 吉林省前卫医院普外科,长春 130012)

表 1 7 例内镜下甲状腺癌手术的临床资料

病例	性别	年龄 ( 岁 )	肿瘤大小 ( cm )	病程	术前穿刺 细胞学检查	术中快速 病理	最终诊断	治疗经过	随访时间	复发
1	女	36	6.5 × 8.0	5 年	良性	可疑	滤泡癌	术中中转传统手术	6 年 6 个月	无
2	女	54	5.5 × 4.5	3 年	良性	恶性	滤泡型乳头状癌	术中中转传统手术	6 年 2 个月	无
3	女	51	4.5 × 3.2	3 年	良性	良性	滤泡型乳头状癌	30 d 后再手术	5 年 8 个月	无
4	女	27	4.0 × 3.5	1 年 1 个月	良性	良性	滤泡型乳头状癌	内镜下手术	3 年 0 个月	无
5	女	29	2.0 × 2.0	3 年	良性	良性	滤泡型乳头状癌	内镜下手术	3 年 5 个月	无
6	女	18	5.5 × 3.0	1 个月	良性	—	乳头癌( 高分化型 )	内镜下手术	2 年 2 个月	无
7	女	18	3.0 × 2.5	1 个月	可疑	—	乳头癌( 低分化型 )	内镜下手术	2 年 2 个月	无

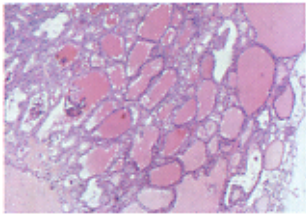


图 1A 滤泡型乳头状癌 ,细胞核呈现毛玻璃状 ,具核沟 核内假包涵体 HE 染色 ×200

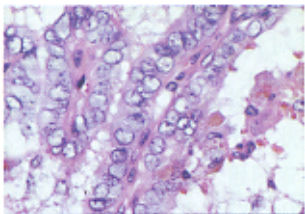


图 1B 滤泡型乳头状癌 ,细胞核呈毛玻璃状 ,具核沟 核内假包涵体 HE 染色 ×400

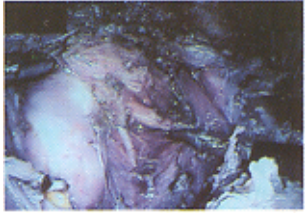


图 2 内镜下清扫中央区颈淋巴结

4 内镜下甲状腺癌手术的处理方法

对术前诊断为良性病变而最终诊断为甲状腺癌的病人 ,是否应该再次行甲状腺手术应根据实际情况 ,如果可能的话 ,应避免再次甲状腺手术。内镜下手术后再次手术多伴局部组织粘连坚固、紧密 ,分离这种粘连严重的组织 ,钝性剥离操作较多 ,组织出血电凝止血 ,因粘连严重 喉返神经难以鉴别而造成损伤实在令人痛心 ,可以采用通过电极来确认喉返神经的方法<sup>[7]</sup>避免损伤 ,而且手术时机应选择在其产生高度粘连之前 ,最好术中转为传统手术方法。病例 3 因劝说其手术耗费了时间 ,内镜下手术后 30 d 才再次手术。

另外 ,术前已明确诊断为甲状腺癌时 ,可以作为内镜下手术的适应证吗 ? 内镜下手术的适应证应限于颈部无淋巴结转移 ,无周边浸润的早期甲状腺癌。滤泡癌的处理原则 ,在欧美是提倡甲状腺全部切除 ,但在日本若甲状腺癌限于一侧叶 ,采取一侧叶全切或部分切除的方法。由于淋巴结转移的机率较低 ,所以可以作为内镜下甲状腺手术的适应证。病例 1 为滤泡癌 ,无淋巴结转移 ,无中转传统手术的必要 ,但却中转为传统手术 ,只是因为刚刚开展此种手术 ,手术适应证掌握较严格。乳头状癌直径 < 1.0 cm 的微小癌灶可以作为内镜下手术适应证。甲状腺癌的术前诊断 ,即使诊断技术不够发达时 ,对潜伏癌

( latent carcinoma )并非象想象中的那样难。应该在患者被充分告知同意的前提下 ,行内镜下甲状腺癌手术。手术时必须行气管、喉返神经周围的所谓中央区颈淋巴结( central node )清扫 ,内镜下手术完全可行( 图 2 )。另外 ,应该将清扫的淋巴结做术中快速病理检查 ,若有淋巴结转移 ,必须中转传统手术行淋巴结清扫。若未发现中央区颈淋巴结转移 ,且肿瘤局限于一侧叶 ,即使肿瘤直径 > 1.0 cm 我们认为也可将其作为内镜下手术适应证。这种看法是否合适 ,有待于今后做进一步研究讨论。

最近 ,有人术中鉴别哨兵淋巴结<sup>[8 9]</sup> ,若挑选出不必行淋巴结清扫的病例可作为内镜下手术的适应证 ,特别是内镜有视野放大效应 ,可获得清晰的画面 ,便于观察。色素法或放射性同位素法可避免周围组织的广泛剥离 ,低侵袭的条件下找到特定的淋巴结。

5 小结

开展颈部内镜技术 ,首先要通过动物实验掌握相关手术技术。1996 年 Gager 等<sup>[10]</sup>首先报道内镜下甲状腺瘤切除术 ,翌年 Hüscher 等<sup>[11]</sup>报道内镜下甲状腺瘤切除术 ,由于手术技术提高及器械的改进 ,逐渐扩大了内镜下手术适应证。甲状腺癌作为内镜下手术适应证 ,应该是术前或术中诊断的甲状腺癌 ,并且体格检查无淋巴结转移的滤泡癌和比较小的分

化型乳头状癌,内镜下手术时须行中央区颈淋巴结清扫。

由于内镜下甲状腺癌手术,尚无长期术后生存率随访,也未被列为医疗保险的范畴内,因此,术前要向病人交代病情。术后诊断为甲状腺癌的病人,应该与患者充分协商的前提下再决定治疗原则。特别是再次手术颈部带来的创伤使患者极不情愿接受,所以根据不同的病例,从组织学所见说明术后高复发的危险性来说服患者接受再次手术治疗。

有人对淋巴结清扫提出质疑,认为即使清扫淋巴结也未能提高生存率。目前,怎样把握甲状腺癌的治疗原则仍然不十分明确,但应该通过对传统手术结果进行分析研究之后再应用于内镜下手术。

#### 参考文献

- 1 石井誠一郎,大上正裕,有澤淑人,他. 前胸部アプローチ法による内視鏡下甲状腺切除術. 日鏡外会誌,1998,3:159-163.
- 2 原 尚人. 甲状腺乳头状癌に対する内視鏡補助下甲状腺切除+頸部リンパ節 D2 郭清-腫瘍径およびリンパ節転移による適応基準. 内分泌外科,2001,18(3):157-161.

- 3 清水一雄,北川 亘,赤須東樹. 甲状腺癌に対する内視鏡下手術の適応と限界. 臨床外科,2004,59(4):443-448.
- 4 McCahey WM, Hay ID, Woolner LB, et al. Papillary thyroid cancer treated at the Mayo Clinic, 1946 through 1970: Initial manifestations, pathologic findings, therapy, and outcome. Mayo Clin Proc, 1986, 61: 978-996.
- 5 Shaha AR. Management of the neck in thyroid cancer. Otolaryngol Clin North Am, 1998, 31: 823-831.
- 6 内野真也. 甲状腺癌の術中診断. 外科, 2002, 64(1): 1-6.
- 7 Lipton RJ, McCaffrey TV, Litchy WJ. Intraoperative electrophysiologic monitoring of laryngeal muscle during thyroid surgery. Laryngoscope, 1988, 98: 1292-1296.
- 8 中野静雄,上之園芳一,衣袋勝彦,他. 甲状腺癌におけるナビゲーション手術. 手術, 2004, 56(4): 473-477.
- 9 津川浩一郎,三輪晃一. 甲状腺癌の SNNS: 臨床応用への展開. 臨床外科, 2004, 59(5): 569-573.
- 10 Gagner M. Endoscopic subtotal parathyroidectomy in patients with primary hyperparathyroidism. Br J Surg, 1996, 83: 875.
- 11 Huscher CS, Chiodini S, Napolitano C, et al. Endoscopic right thyroid lobectomy. Surg Endosc, 1997, 11: 877.

(收稿日期:2004-12-09)

(修回日期:2004-12-29)

## ·作者·读者·编者·

### 《中国微创外科杂志》投稿须知

《中国微创外科杂志》自创刊以来得到全国各地读者、作者与编委的大力支持,取得了可喜的成绩。2004 年 3 月经多项学术指标综合评定及同行多位专家评议和推荐,《中国微创外科杂志》被收录为国家科技部“中国科技论文统计源期刊”(中国科技核心期刊),标志着本刊在学术上已迈上一个新台阶。为加快微创外科技术的传播速度,2005 年 1 月起改为月刊。为减少稿件的不必要退修,提高编辑部工作效率,使作者论文及时发表,现特别重申以下投稿要求,望作者严格按照执行。

1. 本刊自 2005 年第 1 期开始执行卫生部新闻办公室颁布的《中国医药卫生期刊质量管理规范》,其编排格式按照其中的《中国医药卫生期刊编排规范》,请作者仔细阅读本刊“稿约”要求。

2. 来稿时必须附单位介绍信。介绍信应包括对稿件的评审意见,并特别证明资(材)料真实,无一稿多投,署名排序无争议。来稿一律文责自负。已在内部刊物上发表,在学术会议上交流过的论文,或已用非中文发表过的论文,不属一稿多投。一旦发现一稿多投,本刊将刊登该文重复发表的声明,在中华医学会系列杂志及兄弟刊物上通报,并在 2 年内拒绝该作者作为第一作者的所有来稿。电子邮件来稿同样须另邮寄单位介绍信。

3. 来稿须付稿件处理费,每篇 20 元,请随来稿及时邮寄至编辑部,以免影响稿件送审。稿件确认刊登后须按稿件录用通知数额付版面费,刊印彩图者须另付彩图印刷工本费。逾期 2 个月不寄版面费视作自动撤稿。作者欲改投它刊,请先与本刊联系,切勿一稿多投。

4. 经审核初步拟定刊登的稿件按退修意见修改整理后,请存入软盘,与修改稿打印件、原稿、修改意见一并 2 周内寄回编辑部,同时附有效联系电话(手机),传真号码备用。欢迎 E-mail 发送修改稿:wcwkzazhi@sohu.com,wcwkzazhi@263.net.

5. 本刊每月 20 日出版。每期 1~2 个主题,出版前 4 个月截稿。2005 年各期主题见本期第 3 页。

热烈欢迎读者来稿,谢谢合作!