

## · 文献综述 ·

## 特殊类型甲状腺癌的外科治疗:国内对策

常 宏 综述 田兴松 侯连泽 审校

(山东省立医院普外科, 济南 250021)

【摘要】 根据近年国内文献,对临床较为少见的特殊的甲状腺癌,包括隐匿性甲状腺癌、青少年甲状腺癌、双侧同时性甲状腺癌、侵犯气管食管甲状腺癌、合并甲状腺功能亢进症的甲状腺癌以及原发性甲状腺淋巴瘤等临床特征及国内对上述甲状腺癌手术治疗原则及对策作一概述。虽然已有一定数量文献报告临床诊治经验及疗效,但某些治疗原则仍存争议,尚须大样本、多中心、前瞻性的基础及临床研究加以明确。

【关键词】 甲状腺癌; 隐匿性甲状腺癌; 青少年甲状腺癌

中图分类号:R736.1

文献标识:A

文章编号:1009-6604(2005)09-0744-02

大多数分化型甲状腺癌,恶性程度较低,如果及时采取包括手术等综合治疗,预后较好。但对于某些特殊类型的甲状腺癌,如隐匿性的甲状腺癌、青少年甲状腺癌、双侧同时性甲状腺癌、侵犯颈部邻近器官的甲状腺癌、合并甲亢的甲状腺癌以及少见的原发性甲状腺恶性淋巴瘤等,由于临床少见,诊断治疗措施尚未完善。根据近年国内相关文献,现对上述特殊类型的甲状腺癌临床特征及国内手术和其他综合治疗原则及对策做一概述。

### 1 隐匿性甲状腺癌

由于临床医师对此病认识不足,且其缺乏特异性临床表现,故易被所伴发的良性甲状腺病变掩盖。临床一般认为癌灶最大直径  $< 1$  cm 的甲状腺癌,无论有无区域淋巴结转移或远处转移均称为隐匿性甲状腺癌。术前 B 超检查或颈部 X 线检查如发现甲状腺内存在斑点状或不规则钙化灶,或发现颈部淋巴结肿大者,应注意隐匿性甲状腺癌可能<sup>[1,2]</sup>。术中应注意对甲状腺组织的探查,特别是甲状腺残余组织和对侧未手术腺体。对其中质硬、色灰白的边界不清的小结节,尤应注意,可行快速病理检查。此型甲状腺癌多为乳头状癌,术中快速病理不易确诊,多需术后常规石蜡切片才能发现<sup>[1]</sup>。

目前,此型甲状腺癌的手术治疗尚有争议,隐匿性甲状腺癌的生物行为类似于较大的甲状腺癌,可早期出现区域性淋巴结转移,甚至发生远处转移。只要条件允许,都应早期进行根治性切除<sup>[3]</sup>,可首选患侧腺体及峡部切除术,不做预防性淋巴结清扫术。但如果癌灶已穿透甲状腺背膜,特别已有颈部淋巴结转移者,应行淋巴结清扫术<sup>[2]</sup>。但有人认为如术中快速病理证实甲状腺癌,应常规行患侧腺体全切、峡部切除、对侧腺体大部切除术,有淋巴结转移者行清扫术。术中未发现而术后病理证实者,是否再次手术应视肿瘤大小而定<sup>[1]</sup>。

### 2 青少年甲状腺癌

此型绝大多数为高分化型的乳头状癌和滤泡性

癌,恶性程度较低,生长缓慢且病程较长。一般认为此型患者年龄  $< 30$  岁<sup>[4,5]</sup>。由于此类型甲状腺癌易误诊误治,故术中应常规行快速病理检查。多数报道<sup>[6,7]</sup>认为年龄是影响分化型甲状腺癌预后的重要因素,年龄愈小,预后愈好。故手术既要彻底切除病灶,同时又能使青少年有良好的生活质量。因此,多数学者认为病灶局限于一侧腺叶者宜采用患侧腺叶加峡部切除。术中发现患侧累及峡部或对侧腺叶及对侧腺叶存在病灶者,可行甲状腺次全切除或一侧腺叶,峡部全切加对侧腺叶次全切除术,不做预防性颈部淋巴结清扫术。随访发现淋巴结转移或肿瘤复发者可再次手术,预后仍良好<sup>[4]</sup>。但也有不同意见:青少年甲状腺癌以具多中心病灶为特征的乳头状癌多见,主张行甲状腺全切术<sup>[5]</sup>。

### 3 双侧同时性甲状腺癌

甲状腺两侧叶在同一时期发生癌肿称同时性癌或同步性癌。此型甲状腺癌临床少见,发生率占甲状腺癌的 6.45%,缺乏特异症状,误诊率高。故对临床疑诊或术中探查结节有可疑癌变者应常规行快速病理检查,以免漏诊。此型甲状腺癌应采取以手术为主的综合性治疗,但术式尚存争议。有学者主张,双侧甲状腺癌可行甲状腺一侧叶全切,另一侧保留瘤体背侧上极或下极小片无癌细胞腺体组织,可避免全甲状腺切除术后甲状腺功能低下和甲状旁腺功能低下。临床观察也表明近全切除与甲状腺全切术后生存率无明显差异<sup>[8]</sup>,但有学者认为如行甲状腺近全切除术极易造成癌组织残留。资料表明,一侧甲状腺癌行全甲状腺切除,术后标本连续切片 75% 可见多癌灶,故主张行全甲状腺切除术,并认为此术式有利于术后<sup>131</sup>I 治疗<sup>[9]</sup>。但此型甲状腺癌多为分化型,预后较好,故多数主张对此型低危患者不必行预防性颈清扫术;对滤泡性癌的高危患者、髓样癌及侵犯背膜者或有淋巴结转移者,可行功能性颈清扫术。对双侧淋巴结转移者,可行同期双侧颈清扫术。但有文献认为对双侧颈淋巴结转移癌应行分期颈清扫术<sup>[10]</sup>。

#### 4 侵犯气管、食管、甲状腺癌

分化型甲状腺癌进展期可侵犯颈部邻近的气管和食管,其侵犯上呼吸道和消化道的发病率为1%~16%<sup>[11]</sup>,最终可导致气管内出血和窒息而危及生命。此类型多见于老年女性,病程较长,多为术后复发者,常伴有颈部其他组织的侵犯。侵犯早期,肿瘤侵及腺体背膜,与喉气管外膜形成癌性粘连,继而穿透软骨膜侵犯喉气管,病变继续生长时可出现气管腔黏膜隆起、坏死、溃疡形成及肉眼可见的肿块<sup>[12]</sup>。术前B超检查对发现肿瘤侵犯喉气管的作用有限。纤维镜可帮助了解腔内病变程度及范围,CT和MRI检查还可明确喉气管软骨破坏程度,有助于术前评估手术方案的制定<sup>[12,13]</sup>。手术是首选方案,但术式及切除范围尚存争议。据参考文献,甲状腺癌侵犯气管或食管,只要无广泛转移,应尽可能施行受累气管和食管的联合切除,认为一般条件良好的患者均可耐受,并不增加手术死亡率,术后并发症也无显著增加。癌肿侵犯局限时,可行受累气管楔形切除或袖状切除或气管、食管部分切除,气管或食管直接缝合重建<sup>[14]</sup>。对于局限性喉气管侵犯患者,有人主张<sup>[12,13]</sup>将癌肿从喉气管或气管壁削除,尽可能保留上消化道和呼吸道结构,此术式有效可行。对于肿瘤转移引起呼吸困难和出血者,可行受累器官的联合切除,以胸锁乳突肌锁骨骨膜瓣修复喉气管壁缺损,可保持气道的固有形状。但对年轻、小儿患者必须慎重使用此种扩大切除重建手术<sup>[12]</sup>。对分化型甲状腺癌,术后可考虑局部放疗,对减少复发,改善预后具有重要意义。还可应用<sup>131</sup>I行内照射治疗,但未分化型不适合此类治疗。

#### 5 合并甲状腺功能亢进的甲状腺癌

以往认为甲状腺功能亢进极少并发甲状腺癌,但近年甲亢并发甲状腺癌的报道表明此型与甲亢并存的甲状腺癌并非罕见<sup>[15]</sup>。甲亢合并甲状腺癌术前极少确诊。此型甲状腺癌多为早期,癌灶较小,临床医师易诊断甲亢而忽视合并甲状腺癌的可能性。故术中应注意检查甲状腺及周围淋巴结、合并结节的可疑病例,应行快速病理诊断,争取一次手术同时治愈甲亢和甲状腺癌。手术方式可行癌侧叶全切及峡部切除,对侧叶次全切除。如有颈淋巴结转移者,则行颈淋巴结清扫术。亦有文献认为<sup>[16]</sup>甲亢合并甲状腺癌者肿块较小,分化程度高,可仅行患侧腺叶全切。对已行双侧腺叶次全切除术,术后病理示并发甲状腺癌者是否要再次手术切除残余腺体仍有争议。多数学者认为癌灶直径较小,单发且首次切缘阴性,可暂不行二次手术切除残余腺体,但应密切随访观察。若怀疑颈淋巴结转移或为髓样癌者应行癌侧腺体全切及同侧颈清扫术<sup>[15,17]</sup>。

#### 6 甲状腺少见恶性肿瘤——原发性甲状腺淋巴瘤

原发性甲状腺淋巴瘤较为罕见,占甲状腺恶性肿瘤1%~5%。患者大都合并慢性淋巴细胞性甲状腺炎,以迅速增大的颈部包块就诊。应与甲状腺未分化癌鉴别<sup>[18,19]</sup>。研究表明手术治疗可延长此

类患者生存期。对于大多肿瘤病期为IE及IIE患者,应采用包括手术切除肿瘤在内的综合治疗措施。单一放疗只适用于IE且肿瘤体积较小的患者,勿盲目扩大手术范围以追求根治效果。术后根据患者体质,给予化疗和(或)放疗,可望取得较好效果<sup>[19]</sup>。

总之,上述特殊类型的甲状腺癌已引起越来越多的临床医师的重视,并从相应的文献中提出外科诊治原则,取得了较好的疗效。但仍有以下不足:与上述特殊甲状腺癌相应的肿瘤分子生物学的诊断与治疗研究尚少见报道;多数文献仍属个人临床经验的回顾性总结、研究;存在例数较少、可比性较差、多为非前瞻性研究;某些治疗原则尚存争议。故对上述特殊类型的甲状腺癌进行多中心、大样本及前瞻性研究,不但可对其临床特征及其肿瘤分子生物学基础加以明确,对确定合理的治疗原则,改善预后亦具有重要临床意义。

#### 参考文献

- 1 于吉人,严盛. 隐匿性甲状腺癌. 浙江医学, 2003, 25(7): 434.
- 2 王荣华,欧琨,杨振林,等. 隐匿性甲状腺癌34例分析. 中华普通外科杂志, 2001, 16(12): 742-743.
- 3 秦建武,魏林,叶真. 隐匿性甲状腺癌淋巴结和血行转移分析. 中国普通外科杂志, 1999, 8(5): 351-353.
- 4 李德群,鲁全传. 青少年分化型甲状腺癌95例治疗体会. 中国实用外科杂志, 1997, 17(5): 295-296.
- 5 龚日祥,黄军,徐惠珍. 73例儿童及青少年甲状腺癌临床分析. 华西医学报, 2002, 33(2): 322-323.
- 6 Beenken S, Roye D, Weiss H, et al. Extent of surgery for intermediate - risk well - differentiated thyroid cancer. Am J Surg, 2000, 179(1): 51-56.
- 7 Sebastian SO, Gonzalez JM, Paricil PP, et al. Papillary thyroid carcinoma: prognostic index for survival including the histological variety. Arch Surg, 2000, 135(3): 272-277.
- 8 苏杰,郭洪久,郑力萍. 双侧同时性甲状腺癌的诊断和治疗. 中国普通外科杂志, 2000, 9(6): 498-499.
- 9 莫立根,许坚,李淑兰,等. 双侧同步性甲状腺癌的诊断和治疗. 山西肿瘤杂志, 2002, 10(3): 175-176.
- 10 吕新生. 关于甲状腺癌诊断治疗中的几个问题. 中国普通外科杂志, 2000, 9(6): 481-483.
- 11 Gillenwater AM, Goepfert H. Surgical management of laryngotracheal and esophageal involvement by locally advanced thyroid cancer. Semin Surg Oncol, 1999, 16(1): 21-29.
- 11 何宝林. 分化型甲状腺癌侵犯喉气管的外科治疗. 中华肿瘤杂志, 2002, 24(6): 589-591.
- 13 徐伟,唐平章. 高分化甲状腺癌侵犯喉气管的治疗. 中华医学杂志, 2001, 81(21): 1298-1300.
- 14 潘一明,谢敏,王雪晨,等. 侵犯气管或食管的甲状腺癌的外科治疗. 现代医学, 2003, 31(2): 110-111.
- 15 寿铨明,边锡良. 甲状腺机能亢进症合并甲状腺癌的治疗. 中国普通外科杂志, 1998, 7(5): 293-294.
- 16 潘永海,吴成亮,曾勇. 甲状腺功能亢进症并发甲状腺癌12例的临床分析. 中华普通外科杂志, 2003, 18(3): 149-150.
- 17 卢秀波,席兆华,王庆兆,等. 甲状腺功能亢进症合并甲状腺癌的诊断与外科治疗. 郑州大学学报(医学版), 2002, 37(4): 411-413.
- 18 孙治君,姚榛祥,管小琴. 甲状腺原发性淋巴瘤的诊断与治疗. 中国普外基础与临床杂志, 2003, 10(3): 393-394.
- 19 常宏,侯连泽,宫艺,等. 原发性甲状腺淋巴瘤的外科诊治: 附5例报告. 中国普通外科杂志, 2003, 12(10): 796-797.

(收稿日期:2004-12-09)

(修回日期:2005-02-03)