

45 例甲状腺髓样癌患者颈部淋巴结转移规律及术式探讨

金玲爽¹

[摘要] 目的:探讨甲状腺髓样癌(MTC)患者颈部淋巴结转移规律及初治手术方式。方法:回顾性分析 45 例 MTC 患者初治病例资料,探讨其颈部淋巴结转移规律。结果:颈部淋巴结发生转移共 34 例(75.6%),其中中央区淋巴结转移 18 例(40.0%),侧颈部淋巴结转移 30 例(66.7%),双侧颈淋巴结转移 2 例(4.4%)。隐匿性淋巴结转移 24 例(53.3%)。结论:建议明确诊断为 MTC 的患者,应常规行甲状腺全切+中央区淋巴结清扫+侧颈部淋巴结清扫术。

[关键词] 甲状腺肿瘤;髓样癌;淋巴结转移
doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2018.19.016
[中图分类号] R736.1 **[文献标志码]** A

The patterns of cervical lymph node metastasis and the surgical treatment for untreated medullary thyroid carcinoma

JIN Linshuang

(Department of Head and Neck Surgery, Tumar Hospital of Shanxi Province, 030013, China)
Corresponding author: JIN Linshuang, E-mail: 474560483@qq.com

Abstract Objective: To study the features of cervical lymph node metastasis and the optimal type of surgical treatment for untreated medullary thyroid carcinoma. **Method:** To retrospectively analyze the clinical data of 45 patients with untreated medullary thyroid carcinoma who received surgical treatment in our hospital. The patterns of cervical lymph node metastasis and the surgical treatment were investigated. **Result:** 34(75.6%) cases were confirmed with lymph node metastasis. Among them, 18(40.0%) cases were confirmed with central lymph node metastasis; 30(66.7%) cases with lateral lymph node metastasis; 2(4.4%) cases with bilateral lateral lymph node metastasis; 24(53.3%) cases with occult lymph node metastasis. **Conclusion:** Total thyroidectomy, central and bilateral neck dissection should be recommended for medullary thyroid carcinoma.

Key words thyroid neoplasm; medullary; lymphatic metastasis

甲状腺髓样癌(medullary thyroid carcinoma, MTC)属于神经内分泌来源的一种恶性肿瘤,又称为 C 细胞癌,因其起源于甲状腺分泌降钙素的滤泡旁 C 细胞而命名,该病占甲状腺恶性肿瘤的 4%~8%,分为散发型和遗传型 2 种,其特点是分化差,较早容易发生颈部淋巴结转移,不摄碘,对放化疗均不敏感。因此,首次规范、彻底的手术治疗尤显重要。MTC 患者容易发生颈部淋巴结转移,且颈部淋巴结转移与 MTC 的复发率、生存率均密切相关。选择合理的治疗方式可大大降低术后复发率及并发症的发生。本文回顾性分析 45 例 MTC 患者手术治疗情况,结合既往文献分析探讨 MTC 患者颈部淋巴结转移特点,以便为患者制定合理的治疗方案,为 MTC 颈部淋巴结清扫提供一定的临床依据。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择 2016-06—2017-06 我院收治的 MTC 患者 45 例,其中男 11 例,女 34 例,男女比例为 1:3;年龄 21~69 岁,平均(46.5±10.9)岁;病程 5 d~6 年,平均 12.4 个月。甲状腺原发肿瘤直径 0.4~6.5 cm,平均(1.30±0.72)cm。术前扪及或 B 超检查提示中央区或侧颈区有淋巴结转移者 11 例。

1.2 纳入标准

①具有完整的临床及病例资料;②初次行甲状腺癌手术治疗;③术前视情况行 B 超引导下穿刺或术中冷冻病理检查诊断为 MTC;④手术方式为甲状腺全切+中央区淋巴结清扫+至少单侧的侧颈部淋巴结清扫术。

1.3 方法

45 例患者术前常规行甲状腺及颈部彩超,对于直径≥1 cm 的瘤体,均行细针穿刺细胞学检查,确诊为 MTC 后,与患者及家属良好沟通,术前征得患者及家属的同意后,再行甲状腺全切+中央区淋巴

¹山西省肿瘤医院头颈外科(太原,030013)
通信作者:金玲爽, E-mail: 474560483@qq.com

结清扫+侧颈部淋巴结清扫;对于原发灶较小(直径 $<1\text{ cm}$)的患者,因细针穿刺细胞学检查准确率较低,故术中行快速冷冻病理检查,诊断考虑为MTC后,术中再次与家属谈话,在征得家属的同意并签字后,行甲状腺全切+中央区淋巴结清扫+侧颈部淋巴结清扫。其中2例行双侧颈部淋巴结清扫术。根据2008年美国外科协会推荐的颈部淋巴结分区方法^[1],将标本按不同的亚区分别送病理检查。行甲状腺全切时,采用精细化甲状腺被膜解剖结合纳米碳负显影技术,以保护甲状旁腺;同时全程解剖游离喉返神经,并予以保护。中央区清扫范围包括喉前淋巴结、气管前淋巴结、甲状腺周围淋巴结及气管旁淋巴结。侧颈部淋巴结清扫范围包括I~V区淋巴结及纤维脂肪结缔组织。

2 结果

45例患者中,经病理证实共有34例(75.6%)有颈部淋巴结转移,其中中央区淋巴结转移18例(40.0%),侧颈淋巴结转移30例(66.7%),双颈淋巴结转移2例(4.4%)。术前扪及颈部淋巴结肿大或彩超提示颈部淋巴结转移,并经术后病理证实为淋巴结转移21例(46.7%),其中中央区淋巴结转移9例,侧颈部淋巴结转移12例,发生隐匿性淋巴结转移者24例(53.3%)。侧颈部淋巴结转移的各个亚区中,淋巴结转移I区1例,II区11例,III区19例,IV区17例,V区4例。

3 讨论

MTC侵袭性强,远处脏器(肺、骨骼、脑等)转移率高,对放化疗均不敏感,主要依靠手术治疗,因此,首诊时选择合理恰当的手术方式,直接影响到患者的生存质量及愈后。

MTC有多发病灶的特点,2015版美国甲状腺协会(ATA)指南推荐^[2]:MTC患者应行甲状腺全切术,因为MTC有腺体内播散的可能,甲状腺全切后,复发率明显降低。黄彩平等^[3]报道,147例MTC患者中,行患侧腺叶+对侧大部分切除41例中复发1例,腺叶+峡部切除65例中复发6例。王军轶等^[4]报道,行甲状腺腺叶切除49例中复发4例。尽管复发率不高,但考虑到二次手术解剖结构改变,瘢痕组织粘连,对于甲状旁腺及喉返神经的保护均是比较棘手的问题。因此不管是散发型还是遗传型,甲状腺全切应是最佳选择。甲状腺手术理念的不断更新、能量外科技术与设备的改进提高,为甲状腺外科手术的发展提供了强有力的技术保障。目前在双极电凝结合超声刀辅助下进行甲状腺被膜的精细化解剖,联合应用纳米碳负显影技术及神经监护仪,使甲状旁腺及喉返神经受损概率较之前大幅度降低。本组仅有1例T4期患者因声嘶入院,术前电子纤维喉镜检查发现患侧声带已经固定,术中探查发现瘤体较大,侵犯广泛,术中无

法明确分辨保护甲状旁腺,喉返神经被瘤体侵蚀包绕,无法保留,术中予以离断。术后出现甲状旁腺功能低下,予以静脉及口服补充钙剂,术后1个月复查时,症状消失,甲状旁腺素及血清钙恢复正常值。其余患者均常规显露双侧喉返神经,予以保护;同时明确保留双侧甲状腺上位旁腺,无一例终身性甲状旁腺功能低下发生。因此不管是散发型还是遗传型,甲状腺全切是最佳选择。

有关MTC患者颈部淋巴结的处理,2015版ATA指南推荐^[2],经过超声检查,无颈部淋巴结转移迹象及无远处转移迹象的cN0患者,应常规行中央区的淋巴结清扫,对此无争议,但是否同时行侧颈部(II~V区)淋巴结清扫,并未达成共识(I级意见)。有文献报道^[5-6]:MTC患者早期极易发生颈部淋巴结转移,总转移率为60%~80%。而广泛的区域性颈部淋巴结清扫能清除更多的隐匿性病灶,所以主张无论是单或双侧病灶,一律行中央区+双侧颈部的淋巴结清扫术。而本研究结果显示:颈部区域总淋巴结转移率为75.6%,其中中央区为40.0%,侧颈部为66.7%。可以看出,MTC患者无论是中央区,还是侧颈部区域淋巴结转移率均较高,且侧颈部淋巴结转移率更高,侧颈部的各个亚区中,III区转移率最高,I区最低,IV区淋巴结转移率较高。国外学者认为MTC隐匿性转移较多见^[7],有文献报道MTC患者的隐匿性转移率为42.1%^[3]。本研究中,术前经影像学证实有颈部淋巴结转移者仅为21例,说明发生隐匿性淋巴结转移者有24例(53.3%)。刘激薇等^[8]报道,在14例未行颈部淋巴结清扫的MTC患者中,术后复发7例(50.0%),而12例行颈部淋巴结清扫术的患者,仅复发1例(8.33%)。鉴于MTC患者颈部淋巴结的高转移率,主张对于明确诊断为MTC的cN0患者,在取得患者及家属的同意后,首诊术式应为甲状腺全切+中央区淋巴结清扫+同侧颈部淋巴结清扫(II~V区)。在行颈部淋巴结清扫时应注意以下2点:①对上纵隔(Ⅶ区)的探查,前上纵隔的淋巴结转移往往是中央区的淋巴结沿气管食管沟向下侵犯所致,很少见跳跃性转移,所以在行中央区的淋巴结清扫时可探查前上纵隔,一旦发现转移,应行彻底的前上纵隔清扫。王军轶等^[4]报道在37例行中央区淋巴结清扫的MTC患者中,术后4例出现上纵隔的复发。ATA专家组明确规范中央区清扫范围^[9]:喉前、气管前、气管旁淋巴结,气管旁淋巴结清扫下界应到无名动脉水平以上,即上纵隔区域(Ⅶ区)。本研究发现上纵隔淋巴结转移仅2例,其中1例经颈部予以切除,另1例因转移灶与上腔静脉粘连,故行胸骨劈开完整切除。②是否需同时行双侧侧颈淋巴结清扫术,目前只有少数学者持支持意见^[10-11]。研究报道^[4],在MTC患者中,对

侧中央区淋巴结转移及 T4 期病变为对侧侧颈淋巴结转移侧独立危险因素。本组患者中,仅 1 例患者由于术前彩超提示有对侧转移,术中冷冻结果为阳性,因此行双侧颈部淋巴结清扫。考虑到即使行颈双侧的改良淋巴结清扫术,也对患者的创伤较大,并发症较多,故我们主张在无影像学资料支持对侧转移的前提下,对于单侧病灶的 CN0 患者(排除对侧中央区淋巴结发生转移,或 T 分期较晚)可不予以行对侧颈部淋巴结的清扫,但术后要密切复查,监测血清降钙素及癌胚抗原的水平。

为了提高 MTC 患者术后的生存质量及生存率,应从患者的角度出发,为其制定合理的手术治疗方案,降低复发率,减少并发症的发生。

参考文献

[1] 石臣磊,石铁锋,秦华东. 乳头状甲状腺癌颈淋巴结转移方式及其相关影响因素的研究[J]. 中国普外基础与临床杂志,2014,21(1):29-34.

[2] WELLS S A Jr,ASA S L,DRALLE H, et al. Revised American Thyroid Association guidelines for the management of medullary thyroid carcinoma[J]. Thyroid, 2015,25:567-610.

[3] 黄彩平,朱永学,田敖龙. 147 例 MTC 临床分析[J]. 中华肿瘤杂志,2008,23(8):603-605.

[4] 王军轶,张彬,鄢丹桂,等. 73 例初治 MTC 术式探讨[J]. 中国肿瘤临床,2012,39(7):410-413.

[5] FUCHSHUBER P R,LOREE T R,HICKS WL J R, et al. Medullary carcinoma of the thyroid: prognostic factors and treatment recommendations[J]. Ann Surg

Oncol,1998,5:81-86.

[6] 徐本义,王建中,杨剑波. MTC[M]. 中国普通外科杂志,1999,8(3):204-206.

[7] MOLEY J F,DEBENEDETTI M K. Patterns of nodal metastases in palpable medullary thyroid carcinoma: recommendations for extent of node dissection[J]. Ann Surg,1999,229:880-887.

[8] 刘激薇,邓先兆,樊友本,等. 散发性甲状腺髓样癌规范与非规范手术的效果观察[J]. 中国普外基础与临床杂志,2014,21(11):1408-1412.

[9] AMERICAN THYROID ASSOCIATION SURGERY WORKING GROUP, AMERICAN ASSOCIATION OF ENDOCRINE SURGEONS, AMERICAN ACADEMY OF OTOLARYNGOLOGY-HEAD AND NECK SURGERY, et al. Consensus statement on the terminology and classification of central neck dissection for thyroid cancer[J]. Thyroid,2009,19:1153-1158.

[10] AMERICAN THYROID ASSOCIATION GUIDELINES TASK FORCE, KLOOS R T, ENG C, et al. Medullary thyroid cancer: management guidelines of the American Thyroid Association[J]. Thyroid,2009,19:565-612.

[11] SCOLLO C,BAUDIN E,TRAVAGLI J P, et al. Rationale for central and bilateral lymph node dissection in sporadic and hereditary medullarythyroid cancer[J]. J Clin Endocrinol Metab,2003,88:2070-2075.

(收稿日期:2018-05-14)

(上接第 1503 页)

参考文献

[1] PERSAUD R A,HAJIOFF D,THEVASAGAYAM M S, et al. Keratosis obturans and external ear canal cholesteatoma: how and why we should distinguish between these conditions[J]. Clin Otolaryngol Allied Sci,2004,29:577-581.

[2] SHINNABE A,HARA M,HASEGAWA M, et al. A comparison of patterns of disease extension in keratosis obturans and external auditory canalcholesteatoma [J]. Otol Neurotol,2013,34:91-94.

[3] PIEPERGERDES M C,KRAMER B M,BEHNKE E E. Keratosis obturans and external auditory canal cholesteatoma[J]. Laryngoscope,1980,90:383-391.

[4] CHONG A W,RAMAN R. Keratosis Obturans: A

Disease of the Tropics[J]? Indian J Otolaryngol Head Neck Surg,2017,69:291-295.

[5] CORBRIDGE R J,MICHAELS L,WRIGHT T. Epithelial migration in keratosis obturans[J]. Am J Otolaryngol,1996,17:411-414.

[6] PARK S Y,JUNG Y H,OH J H. Clinical characteristics of keratosis obturans and external auditory canal cholesteatoma [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2015,152:326-330.

[7] 臧丽格,余晓燕,黄孟捷. 以外耳道肉芽为临床体征的儿童相关疾病分析[J]. 现代医药卫生,2017,33(6):893-894.

[8] 赵亮,李建东. 阻塞性角化病和外耳道胆脂瘤[J]. 中国医学文摘耳鼻咽喉科学,2017,32(5):265-267.

(收稿日期:2018-05-04)