

## 中央区淋巴结清扫术在 cN0 期甲状腺微小乳头状癌治疗中的应用研究

吴文泽, 陈小平, 朱春富

(南京医科大学附属常州第二人民医院 普外科, 江苏 常州, 213003)

关键词: 外科; 甲状腺; 微小乳头状癌; 中央区淋巴结

中图分类号: R 736.1 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2013)11-130-02 DOI: 10.7619/jcmp.201311053

为探讨中央区淋巴结清扫术在颈侧淋巴结阴性 cN0 期甲状腺微小乳头状癌(PTMC)治疗中的应用价值, 作者对本院 2006 年 1 月—2013 年 4 月收治的经病理学确诊的 PTMC 患者 39 例行患侧甲状腺腺叶+峡部切除+同侧中央区淋巴结清扫术, 并与行患侧甲状腺腺叶+峡部切除的 23 例进行比较, 现将结果报告如下。

### 1 资料与方法

本组 62 例均为 cN0 期单侧甲状腺微小乳头状癌(PTMC)患者, 病程 1 周~10 年, 平均 $(4.0 \pm 1.2)$ 年。其中 39 例患者行患侧甲状腺腺叶+峡部切除+同侧中央区淋巴结清扫术(A 组); 23 例患者行患侧甲状腺腺叶+峡部切除(B 组); A 组 39 例中男 12 例, 女 27 例; 年龄 20~65 岁, 平均 $(37 \pm 4.4)$ 岁; B 组 23 例中男 5 例, 女 18 例, 年龄 28~51 岁, 平均 $(35 \pm 4.2)$ 岁。

cN0 期 PTMC 诊断标准参照 Kowalski 等<sup>[3]</sup>提出的颈淋巴结临床评价标准: 临床检查未及肿大淋巴结或肿大淋巴结最大直径 $<2$  cm, 质地柔软; 影像学检查未见肿大淋巴结或肿大淋巴结最大直径 $<1$  cm, 或者最大直径 1~2 cm, 但无中心性液化坏死、周边强化和结旁脂肪间隙消失等。缺乏影像学资料者以临床检查为准。所有病例肿块均位于一侧腺叶。本组患者术前临床及辅助检查颈部淋巴结均符合 cN0 标准。患者原发灶大小以手术记录中肿瘤最长径为准, 入组病例肿瘤均小于 1 cm, 其中小于 0.5 cm 的患者 20 例, 0.5~1.0 cm 的患者 42 例。术前细针穿刺明确甲状腺乳头状癌者 22 例, 所有患者术中均再次冰冻病理切片确诊 PTMC。

A 组手术方式: 全身麻醉后, 取仰卧、颈部垫高位, 胸骨上切迹上方一横指沿皮纹切口 6~

10 cm; 术前确诊为癌者, 行患侧甲状腺腺叶+峡部切除+同侧中央区淋巴结清扫术; 术前未确诊者, 将肿块连同周围 0.5~1.0 cm 腺体切除, 术中送快速冷冻病理检查, 证实为癌者, 行患侧甲状腺腺叶+峡部切除+同侧中央区淋巴结清扫术。甲状腺腺叶切除采用首先游离上极, 将腺体向内、向下牵引, 在环甲肌与甲状腺临近的间隙中分离, 断扎下极血管, 沿气管表面游离切断峡部, 逐一结扎切断甲状腺基部血管。全程解剖喉返神经及其分支, 直至入喉处, 保护旁腺组织。清扫淋巴结时, 首先沿气管表面清除气管前淋巴结, 然后清除胸骨上窝淋巴脂肪组织, 再清除腺体周围淋巴结及食管旁沟淋巴结。

B 组手术方式: 全身麻醉后, 取仰卧、颈部垫高位; 胸骨上切迹上方一横指沿皮纹切口 6~9 cm; 术前确诊为癌者, 行患侧甲状腺腺叶+峡部切除; 术前未确诊者, 将肿块连同周围 0.5~1.0 cm 腺体切除, 术中送快速冷冻病理检查, 证实为癌者, 行患侧甲状腺腺叶+峡部切除。甲状腺腺叶切除同 A 组手术, 不行中央区淋巴结清扫术。

手术并发症: A 组术后 3 例有暂时性甲状旁腺损伤: 一过性口唇及上肢麻木感, 经补钙治疗后好转; 3 例暂时性喉返神经损伤: 声音嘶哑经对症处理 3 个月内恢复, 复查声带活动正常。并发症发生率 15.4% (6/39)。B 组患者出现 2 例暂时性甲状旁腺损伤, 1 例暂时性喉返神经损伤, 均治疗后好转, 并发症发生率 13.0% (3/23)。2 组患者既无死亡, 亦无皮瓣坏死者, 无皮下积液。

2 组患者术中冰冻切片及术后石蜡病理切片均报告为 PTMC, 肿瘤直径 $<1$  cm。其中 A 组中央区淋巴结受侵犯者 8 例(21.0%)。B 组未行颈淋巴结清扫术。

62 例患者均获随访,随访率 100%,随访时间 1~6 年。A 组 39 例患者均未见肿瘤复发或转移,B 组 3 例患者术后随访发现淋巴结肿大,再次手术证实淋巴结有转移;所有术后患者均长期口服甲状腺素片或左旋甲状腺素片治疗,术后定期第 1、3、6、9 个月定期复查 B 超及 TSH 水平,持续维持 TSH<0.05mU/L 水平。

术后辅助治疗:常规口服左旋甲状腺素进行内分泌治疗。

## 2 结 果

A 组 39 例行患侧甲状腺腺叶+峡部切除+同侧中央区淋巴结清扫术,手术时间 80~120 min,平均 95 min,无手术死亡病例,无皮瓣坏死及无皮下积液,无切口感染;暂时性甲状旁腺损伤 3 例,暂时性喉返神经损伤 3 例,皆经对症治疗后好转。本组并发症发生率 15.4%(6/39)。B 组 23 例患者行甲状腺腺叶+峡部切除,手术时间 60~100 min,平均 74 min,无手术死亡病例,无皮瓣坏死及无皮下积液,无切口感染;暂时性甲状旁腺损伤 1 例,暂时性喉返神经损伤 2 例。本组并发症发生率 13.1%(3/23)。

62 例患者术中冰冻切片及术后石蜡病理切片均报告为 PTMC,其中 A 组中央区淋巴结受侵犯者 8 例(21.0%)。B 组未行淋巴结清扫术,所有患者均获随访,随访时间 1~6 年,B 超检查监测有无肿瘤复发或淋巴结转移。A 组患者未见肿瘤复发,无颈部淋巴结转移或远处转移。B 组患者 3 例术后发现患侧颈淋巴结肿大,复发率 13.0%(3/23)。

## 3 讨 论

文献报道 cN0 期 PTMC 中央区淋巴结转移率为 20%~30%<sup>[4]</sup>。本组中 A 组淋巴结转移率 21.0%(8/39),与文献报道相仿。另有资料显示有 7%~24.4% 的未作中央区淋巴结清除的 cN0 期 PTMC 患者最终发展成淋巴结转移<sup>[5]</sup>。B 组中 3 例术后发生转移,发生率 13.0%(3/23),此类患者因颈侧区出现转移灶需行二次手术时,需清扫中央区淋巴结。研究表明 2 次手术时行中央区淋巴结清扫术会增加并发症的发生率<sup>[6]</sup>,因再次手术时术后粘连、解剖结构不清和改变容易引起喉返神经及甲状旁腺损伤。因此,预防性处理中央区淋巴结有利于改善甲状腺癌患者的生存状况。在美国甲状腺协会的指南中则赞成 cN0 期 PTMC 患者在甲状腺切除的同期手术中进行中

央组淋巴结清扫<sup>[7]</sup>。并且术前超声、颈部 CT 和手术中肉眼评估都不能可靠地排除中央区淋巴结转移的存在,因此只有对最常发生转移的中央区淋巴结进行病理学检查才能进行准确的分期,从而有助于确定进一步治疗方案及判断预后。

中央区淋巴结分为甲状腺周围淋巴结、气管前及气管旁淋巴结、环甲膜前淋巴结,清扫时需包括气管前、气管旁及喉返神经区内的所有淋巴脂肪组织,即甲状软骨以下,胸骨切迹以上及颈总动脉内侧区域的所有淋巴脂肪组织。永久性喉返神经麻痹和甲状旁腺机能低下成为术后最主要的和最严重的并发症。笔者认为避免喉返神经损伤的重要措施为全程暴露喉返神经。A 组 39 例手术患者中均全程暴露喉返神经,同时注意保护喉返神经的滋养小血管。以喉返神经为标志进行甲状腺手术,既能全部切除患侧腺叶,又能避免喉返神经的损伤,更有利于气管食管沟内的淋巴结清扫。甲状旁腺的血供来自甲状腺下动脉及其和甲状腺上动脉的吻合支,但 80% 的甲状旁腺的唯一血管来自甲状腺下动脉,大多数病人的术后低钙是由于旁腺血供受到影响所致。下极甲状旁腺位置变异较大,因此术中应重点保留双侧上极甲状旁腺及血供,尽量寻找下极甲状旁腺并保留。应在其主干结扎甲状腺下动脉,使其分支与喉部、气管、咽部、食管的动脉分支保持着吻合,以保证甲状旁腺的血液供应。

## 参考文献

- [1] 黄金标,王可敬,刘爱华. 颈淋巴结清扫在甲状腺乳头状癌再手术治疗中的价值[J]. 浙江临床医学, 2004, 6(8): 667.
- [2] Roy B, Terry T, Carrie A. Cancer of the thyroid gland[A]. In: Louis B, Waun KH. Head and Neck Cancer: a multidisciplinary approach[M]. Philadelphia: Lippincott Raven, 1998: 807.
- [3] Kowalski L P, Bagietto R, Lara J R, et al. Prognostic significance of the distribution of neck node metastasis from oral carcinoma[J]. Head Neck, 2000, 22(3): 207.
- [4] Lim Y C, Choi E C, Yoon Y H, et al. Central lymph node metastases in unilateral papillary thyroid microcarcinoma[J]. Br J Surg, 2009, 96(3): 253.
- [5] Shindo M, Wu J C. The importance of central compartment elective Lymph node excision in the staging and treatment of papillary thyroid cancer[J]. Archoto Laryngol Head Neck Surg, 2006, 132(6): 650.
- [6] Mazzaferri E L, Doherty G M, Steward D L. The pros and cons of prophylactic central compartment lymph node dissection for papillary thyroid carcinoma[J]. Thyroid, 2009, 19(4): 683.
- [7] 朱永学,王弘士,吴毅,等. 甲状腺乳头状癌Ⅵ区淋巴结的归属[J]. 中华外科杂志, 2004, 42(14): 867.