

· 论 著 ·

甲状腺癌再手术相关问题的探讨

王晨光, 刘永平, 张鹏程, 叶玉祥

【摘要】 目的 探讨甲状腺癌再次手术的必要性及手术方式。**方法** 总结 1995 年 1 月至 2005 年 1 月甲状腺切除术后诊断为甲状腺癌而进行再次手术治疗的 75 例临床资料。应用统计学处理分析手术情况及术后资料。**结果** 病理检查证实再手术患者肿瘤残留率为 58.7% (44/75); 并发症中喉返神经损伤 5.3%; 术前 CT 扫描的灵敏度为 76.9% (20/26)。**结论** 甲状腺癌不规范手术的肿瘤残留率较高, 慎重的再手术是必要的。对于再手术切除范围、术前检查灵敏度问题、手术时机及预防并发症等要引起重视。

【关键词】 甲状腺肿瘤; 外科手术; 再手术; 癌

中图分类号: R736.1 文献标志码: A 文章编号: 1672-271X(2010)05-0404-03

Investigation of reoperation in thyroid carcinoma

WANG Chen-guang, LIU Yong-ping, ZHANG Pen-cheng, YE Yu-xiang. Department of General Surgery, 476 Clinical Branch of PLA, Fuzhou, Fujian 350002, China

【Abstract】 Objective To investigate the necessity and modus of reoperation in thyroid carcinoma patients. **Methods** The 75 cases of thyroid carcinoma patients operated between 1995 and 2005 for reoperation were retrospectively analyzed. The data of operation and postoperation were statistically analyzed. **Results** Pathological results confirmed that there were 58.7% (44/75) cases with residual tumor. The rate of recurrent laryngeal nerve injury was 5.3%. The sensitivity of residual carcinoma detection by CT scan before operations was 76.9% (20/26). **Conclusion** The residual rate of reoperated patients with thyroid carcinoma was relatively high, and a cautious reoperation was necessary. However, we should pay more attention to the resection scope, the sensitivity of preoperative examination, operation time, and prevention of complications.

【Key words】 thyroid neoplasm; surgery; reoperation; carcinoma

甲状腺癌常因术前误诊为甲状腺良性疾病而采用较为保守的或不规范的手术方法致使局部瘤体切除不彻底。术后病理诊断为甲状腺癌后, 需要采取进一步的补救措施。我们于 1995 年 1 月至 2005 年 1 月, 进行了 75 例甲状腺癌再手术治疗, 均为术前诊断为甲状腺良性疾病并行手术治疗, 而术后病理诊断为甲状腺癌的患者。75 例中在基层医院首次甲状腺手术者 56 例, 在本院首次手术者 19 例。我们对这 75 例甲状腺癌患者的临床资料进行总结和分析, 为甲状腺癌手术后选择再处理方案提供依据。现就再手术的有关问题进行讨论分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 75 例, 男 17 例, 女 58 例。年

龄 32 ~ 63 岁, 平均 38.8 岁。病理报告: 分化性甲状腺癌 74 例 (乳头状 60 例、滤泡状 12 例、混合型 2 例); 髓样癌 1 例。再次手术前经 CT 检查 36 例, 75 例均经彩色多普勒检查。

1.2 再手术方法

1.2.1 手术的标准 ①手术医师对手术中切除的范围认为不足者; ②CT 或彩超检查提示有肿瘤残留者; ③体检或影像学检查发现有颈部淋巴结肿大怀疑转移者。符合其中一条则再次手术。

1.2.2 手术方式 ①对甲状腺微小癌切除残叶、峡部及对侧叶部分切除; ②对原发灶进行单纯肿瘤切除或者腺叶部分切除者, 进行甲状腺近全切除术; ③对侧甲状腺癌及对侧颈淋巴结转移者, 做甲状腺癌联合根治术; ④对首次手术已行规范性切除, 但发现颈淋巴结肿大者, 行单纯淋巴结清扫术。

1.3 再手术间隔时间 从上一次手术到再手术时间, 最短 7 d, 最长 2 年, 中位时间为 28 d。7 ~ 14 d

作者简介: 王晨光 (1961-), 男, 山东海阳人, 本科, 主任医师, 从事普通外科临床工作

作者单位: 350002 福建福州, 解放军 476 临床部普通外科

16例,占21.3%;15 d~3个月54例,占72.0%;超过3个月5例,占6.7%。

1.4 统计学处理 应用SPSS 13.0统计软件对相关数据进行 χ^2 检验分析, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 再手术术后并发症 喉返神经损伤4例(5.3%);出血1例,经再次手术止血;短期因低钙手足抽搐1例。

2.2 再次手术情况 75例再次手术后病理结果:肿瘤残留率58.7%(44/75),其中原发部位有肿瘤残留32例,原发部位有肿瘤残留并颈部淋巴结转移者有9例。单纯淋巴结转移者3例。首次手术发现微小癌(甲状腺微小癌是指直径 ≤ 1 cm的甲状腺癌)共15例(0.5~1 cm 6例,<0.5 cm 9例)。再手术肿瘤残留情况见表1。

表1 甲状腺癌再手术肿瘤残留情况			
手术方式	例数	肿瘤残留 (例)	肿瘤残留率 (%)
切除残叶、峡部 及对侧叶部分切除	41	19	46.3
甲状腺近全切除	20	13	65.0
甲状腺癌联合根治术	10	9	90.0
单纯淋巴结清扫术	4	3	75.0
合计	75	44	58.7

2.3 再手术前彩超检查 75例术前均行彩超检查,提示有肿瘤残留者62例,无肿瘤残留13例。术后病理结果见表2。彩超检查的灵敏度为61.3%(38/62),特异度为53.8%(7/13),阳性预测值为86.4%(38/44),阴性预测值为20.6%(7/34)。术前彩超检查与术后病理符合情况经 χ^2 检验, $\chi^2=0.46,P>0.05$,差异无统计学意义。

表2 甲状腺癌再手术前彩超检查 及术后病理检查结果(例)			
彩超检查	例数	病理证实残留	病理证实无残留
提示有残留	62	38	24
未提示残留	13	6	7

2.4 再手术前CT检查 75例有36例行CT检查,诊断有肿瘤残留26例,标准是CT影像中见到低密度影或有钙化影。未发现肿瘤残留10例。CT检查及术后病理结果见表3。CT扫描的灵敏度为76.9%(20/26),特异度为70.0%(7/10),阳性预测值为87.0%(20/23),阴性预测值为46.2%(6/

13)。CT检查结果与术后病理符合情况经 χ^2 检验, $\chi^2=6.89,P<0.01$,差异有极显著意义。

表3 甲状腺癌再手术前CT检查 及术后病理检查结果情况(例)			
CT检查	例数	病理证实残留	病理证实无残留
提示有残留	26	20	6
未提示残留	10	3	7

3 讨 论

3.1 再手术问题 首次定性诊断错误和手术方式不当是甲状腺癌再手术的主要原因^[1]。采用肿瘤剝除术、甲状腺局部切除和甲状腺大部切除术的患者,再手术的肿瘤残留率在40.0%~72.7%^[2]。由于缺乏典型的症状、体征,与一些良性病变很难鉴别,尤其是一些单发结节和隐性癌及腺瘤癌变者,术前的彩超、CT均提示可能的病变,但并不十分可靠^[3]。虽然有报道细针穿刺细胞学检查诊断率高,其敏感性及特异性达到93.6%^[4]。但由于受操作技术和诊断医师水平的影响,加之该方法存在假阴性,对滤泡型甲状腺癌的诊断率更低,所以该方法的使用还受一定限制。由于手术方式选择不当,切除范围过小,部分病例出现癌细胞残留。很多基层医院为了手术的简便选择局部切除,更多的是对甲状腺癌认识不足,常常采取肿瘤剝出术或腺叶部分切除术(统称为局部切除术)的方法处理甲状腺肿块,这样处理的肿瘤残留率很高^[5]。本组病例中局部切除再手术患者占绝大多数,其肿瘤残留率58.7%(44/75)。从甲状腺癌根治原则来讲,对于手术范围不足的患者,有必要行再手术达到根治的目的。

3.2 甲状腺癌再手术原发灶的切除范围 目前较多的观点认为^[6],局限于一侧腺叶的肿瘤,甲状腺腺叶切除与甲状腺全切和近全切三种术式对预后的影响差异没有统计学意义,对侧腺叶的临床复发率很低,即使复发再次手术并不增加手术的难度,并且喉返神经和甲状旁腺损伤率明显降低,患者生活质量明显提高。首次手术后如有癌残留再次手术是有意义的,而且也是必要的;若无残余癌,再次手术只能增加创伤,甚至发生并发症^[7]。本组微小癌15例,除1例在同侧发现有残余癌外,其余均未查到残余癌,说明对于微小癌来说一侧全腺叶切除或甲状腺近全切除已是足够的切除范围,不必进行再手术^[8]。

3.3 再手术的术前检查问题 本研究发现,CT检查对于判断是否需要再手术有着重要意义。本组进

行过 CT 检查的 36 例患者,有较高的灵敏度。由于其阳性预测值高,所以一旦 CT 扫描考虑有肿瘤残留,就成为我们再手术的重要指征。结果中还发现彩超在术前判别有无肿瘤残留的灵敏度和阳性预测值的效力都不高,因此不宜用于判断是否有肿瘤残留的首选检查。本组病例再手术后病理证实肿瘤残留率较高,这也与术前采取了较为严格的筛选有关。因此建议对于准备再手术患者术前应常规行 CT 检查或行组织活检^[9]。

3.4 手术时机问题 原则上如需要再次手术,时间越早越好,但首次手术带来的组织水肿、粘连、解剖层次不清,容易造成医源性喉返神经、甲状旁腺的损伤^[10]。因此,如首次手术只作部分切除、单纯肿块切除或没有作舌骨下肌群切除的,因水肿粘连范围小,可尽早手术(1 周左右);如果首次手术范围大,为保证手术质量,最好服用甲状腺素治疗 1~2 个月后再手术,但不宜超过 3 个月。

3.5 再手术并发症 甲状腺肿瘤手术导致喉返神经麻痹的发生率为 1%~3%,二次手术常因局部粘连较重,喉返神经过度牵拉和误伤,造成喉返神经的损伤。报道显示^[11],甲状腺切除术中解剖与不解剖喉返神经,所致其永久麻痹的发生率分别为 1.2% 和 5.2%。以喉返神经为标志进行甲状腺手术,既能全部切除患侧腺体,又能避免喉返神经的损伤,更有利于气管食管沟淋巴结的清扫;而不暴露喉返神经的手术方式,不但增加了喉返神经损伤的机会,而

且为避免损伤该神经,常不能将腺体切净,造成癌的残留。

【参考文献】

- [1] 蔡学宏,欧阳迪平. 甲状腺癌再手术治疗的探讨[J]. 中国普通外科杂志,2005,14(9):714.
- [2] 余文斌,张乃嵩,曾宗渊,等. 甲状腺癌二次手术原发灶的切除范围探讨[J]. 癌症,2009,28(6):652-654.
- [3] 邵稳喜,章佳新,祝玉祥. 分化型甲状腺癌局部切除术后再手术 56 例分析[J]. 临床误诊误治,2009,22(5):12-13.
- [4] 张闽峰,孟加榕,郭以河,等. 甲状腺结节针吸细胞学诊断 345 例分析[J]. 东南国防医药,2009,11(5):440-441.
- [5] 卞守华. 甲状腺再手术探讨[J]. 内蒙古医学杂志,2009,41(4):424-426.
- [6] 张 仑,李树玲. 1173 例甲状腺乳头状癌外科治疗远期疗效观察[J]. 中国肿瘤临床,2003,30(11):805-808.
- [7] 王深明. 不断提高我国甲状腺癌外科规范化治疗水平[J/CD]. 中华普外科手术学杂志,2008,2(2):132-137.
- [8] 陈伟财,武建春,吴恢升,等. 65 例甲状腺微小癌的诊治分析[J]. 中华全科医学,2009,7(8):812-814.
- [9] 冯萍娟,蔡丽萍,刘桂苏. 超声引导下甲状腺肿瘤穿刺组织活检对良恶性的诊断价值[J]. 东南国防医药,2008,10(1):47.
- [10] Jonklaas J, Sarlis NJ, Litofsky D, et al. Outcomes of patients with differentiated thyroid carcinoma following initial therapy[J]. Thyroid, 2006,16(2):122-124.
- [11] 徐 伟,唐平章,李正江. 甲状腺癌局部切除术后再次手术的探讨[J]. 中华肿瘤杂志,2002,24(2):185-187.

(收稿日期:2010-03-05;修回日期:2010-05-27)

(本文编辑:黄攸生; 英文编辑:王建东)

《东南国防医药》征稿征订启事

《东南国防医药》杂志是南京军区联勤部卫生部主管、南京军区医学科学技术委员会主办的综合性医学学术期刊(双月刊)。是中国科技论文统计源期刊(中国科技核心期刊)、全军优秀期刊,被中国学术期刊综合评价数据库、中国万方数据-数字化期刊群、中文生物医学期刊文献数据库、中国期刊全文数据库、中国学术期刊(光盘版)、中华首席医学网等收录。

常设栏目有专家论坛、论著、综述·讲座、临床经验、护理园地、医院管理、部队卫生、短篇·个案等。对各类基金资助课题论文以及申报军区和地方科技进步奖、医疗成果奖的论文优先选登。所有来稿一律不收取审稿费,请勿在来稿中夹寄或邮寄。本刊单月 20 日出版。国内统一刊号:CN 32-1713/R,国际标准刊号:ISSN 1672-271X。铜版纸彩色印刷,大 16 开本,96 页,每期定价 10.00 元,全年 60.00 元。欢迎广大作者与读者积极投稿订阅。

编辑部地址:南京市明故宫路 6 号《东南国防医药》编辑部 邮编:210016

电话:0501-868555,868556(军) 025-80868555、80868556(地)

E-mail: dngfyy@163.com