

DOI:10.3971/j.issn.1000-8578.2012.01.012

分化型甲状腺癌颈淋巴结转移特点的回顾性分析

龚 龙, 易春华, 陈文奎, 童彦初

Retrospective Analysis of Pattern of Cervical Lymph Node Metastasis in Differentiated Thyroid Carcinoma

Gong Long, Yi Chunhua, Chen Wenkui, Tong Yanchu

The Third Department of General Surgery, Jingzhou Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Jingzhou 434020, China

Abstract: Objective To explore the pattern of lymph node metastasis of differentiated thyroid carcinoma and its clinical significance. **Methods** Clinical and pathological data of 41 differentiated thyroid cancer patients who underwent radical thyroidectomy and modified radical neck dissection were collected and retrospectively analyzed. **Results** There were 38 cases positive cervical lymph node metastasis in the 41 cases. Cervical lymph node metastasis was commonly seen in region IV (56.1%) and regions II, III, VI (46.3%), there was no significant difference among the four groups. There were few metastatic lymph nodes in region I and V (9.7% and 12.2%, respectively), which had significantly different compared with regions II, III, IV, VI. The sensitivity of ultrasonograph that identified cervical lymph node metastases was high (97.4%). **Conclusion** When positive cervical lymph node metastasis are considered in differentiated thyroid carcinoma, the patients deserve formal II, III, IV, VI regions cervical lymph node dissection.

Key words: Thyroid neoplasms; Lymphatic metastases; Ultrasonograph; Lymph node excision

摘要: 目的 探讨颈部淋巴结转移阳性的分化型甲状腺癌患者颈淋巴结转移特点及其相关临床特征, 为甲状腺癌的诊治提供一个参考依据。 **方法** 统计分析我院行甲状腺癌根治+颈淋巴结功能性清扫术的 41 例分化型甲状腺癌患者的临床资料, 总结颈淋巴结转移特点。 **结果** 本组共 41 例, 颈淋巴结转移阳性 38 例; II、III、IV、VI 区淋巴结转移常见 (IV 区转移率为 56.1%, II、III、VI 区均为 46.3%) 这四组间差异无统计学意义 ($P>0.05$)。I 区、V 区少有淋巴结转移 (转移率分别为 9.7%、12.2%), 与 II、III、IV、VI 区比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。 **结论** 分化型甲状腺癌颈淋巴结转移者 II、III、IV、VI 区转移常见, I 区、V 区少有淋巴结转移, 建议手术中常规清扫 II、III、IV、VI 区颈淋巴结。

关键词: 甲状腺肿瘤; 淋巴结转移; 超声检查; 淋巴结切除术

中图分类号: R736.1 文献标识码: A 文章编号: 1000-8578(2012)01-0048-03

0 引言

分化型甲状腺癌包括乳头状腺癌和滤泡癌, 其发展缓慢, 生存期长, 死亡率低, 但易发生颈淋巴结转移, 有研究结果显示分化型甲状腺癌患者的颈部淋巴结转移率为 30%~80%^[1]。本研究对行甲状腺癌根治+颈淋巴结功能性清扫术的分化型甲状腺癌的临床资料进行回顾性分析, 探讨分化型甲状腺癌颈淋巴结转移特点及其临床特征, 为其外科处理提供理论依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 2007 年 1 月—2009 年 12 月间我院甲状腺外科行甲状腺癌根治+颈淋巴结功能性清扫术的分化型甲状腺癌的临床资料 41 例, 男 11 例, 女 30 例, 男:女比为 1:2.7。年龄 14~74 (平均 41.6) 岁。36 例以“发现颈部包块”为首发症状, 4 例以“声音嘶哑”为首发症状, 1 例以左股骨病理性骨折为首发症状; 16 例入院查体时可触及肿大淋巴结 (39%), 39 例术前彩超提示颈淋巴结肿大 (95.1%)。2 例出现远处转移, 其中 1 例左肺转移, 1 例为左股骨转移。初发甲状腺癌 32 例, 复发甲状腺癌 9 例。27 例术前行颈部包块穿刺细胞学检查, 15 例术中做快速冰冻切片病理检查。37 例行单侧颈清, 4 例行双侧颈

收稿日期: 2011-05-16; 修回日期: 2011-08-26

作者单位: 434020 湖北荆州, 华中科技大学同济医学院附属荆州医院普外三科

作者简介: 龚龙 (1980-), 男, 硕士, 主治医师, 主要从事甲状腺肿瘤诊治的研究

清,手术标本常规送病理。本组术前均常规行甲状腺+颈淋巴结彩超检查。

1.2 方法

本组 41 例,16 例经术前甲状腺结节穿刺细胞学检查诊断为甲状腺乳头状癌,25 例行术中冰冻切片诊断为甲状腺乳头状癌。12 例经术前颈部肿大淋巴结穿刺细胞学检查诊断为颈淋巴转移阳性;24 例经术中可疑颈淋巴结冰冻切片检查诊断为颈淋巴转移阳性;5 例甲状腺乳头状癌,术前和术中未找到颈淋巴结转移的证据,行预防性清扫;本组均同时行六区清扫。参考美国耳鼻咽喉头颈外科基金会颈淋巴结分区法,统计分析各组颈淋巴结的转移情况,并分析总结这些病例的共同临床特征。

1.3 统计学方法

采用 SPSS 10.0 统计软件对数据进行分析,用百分率表示计数资料的发生频度。用 χ^2 检验比较各组数据的差异,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

术后病理诊断,本组 41 例均为分化型甲状腺癌,乳头状癌 25 例,滤泡型乳头状癌 15 例,滤泡状癌 1 例;病灶位于双侧腺体 16 例,病灶位于单侧 25 例。双侧颈淋巴结转移 4 例,单侧颈淋巴结转移 34 例,无颈淋巴结转移 3 例(2 例为预防性清扫,1 例与术前诊断不符),颈淋巴结转移均发生在病灶同侧;按转移病例数统计转移率,Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅵ区淋巴结转移常见,转移率四区间差异无统计学意义($P>0.05$)。Ⅰ区、Ⅴ区少有淋巴结转移,与Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅵ区比较差异有统计学意义($P<0.05$)。按清除颈淋巴结个数统计转移度,平均每例清除淋巴结 7.8 枚;Ⅵ区转移度与其他区比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 颈淋巴结各区转移情况
Table 1 Numbers of cervical lymph node metastasis in different regions

Regions	Total cases	Positive cases (Metastasis rate)	Total number of lymph node	Number of positive lymph node (Metastasis degree)
I region	41	4(9.7%)	26	7(26.9%)
II region	41	19(46.3%)	84	38(45.2%)
III region	41	19(46.3%)	83	39(47.0%)
IV region	41	23(56.1%)	93	43(46.2%)
V region	41	5(12.2%)	20	14(70.0%)
VI region	41	19(46.3%)	44	41(93.1%)

3 讨论

分化型甲状腺癌患者多因“发现颈部包块”入院,该肿瘤预后较好,其远处转移率与肿瘤相关死亡率都相对较低,但常发生颈淋巴结转移,颈淋巴结转移是分化型甲状腺癌常见的转移方式,也是影响其预后的重要因素^[2]。事实上,许多患者在初次接受手术时就已经发生潜在的颈部淋巴结转移,若及早发现并及时处理颈部转移病灶,患者可以避免 2 次手术。目前临床上多数学者主张对于已发生颈部淋巴结转移的分化型甲状腺癌患者,应积极处理颈部转移淋巴结以改善患者的预后,但对术前如何确定颈淋巴结有无转移、颈淋巴结清扫范围^[3]以及手术切口^[4]的选择仍有争论。

以往对颈部是否有淋巴结转移主要凭借医生的触诊来判断,若触及转移淋巴结则诊断为临床淋巴结阳性(cN+),若未触及淋巴结则为临床淋巴结阴性(cN0)。但触诊的准确性受到医生的经验、转移淋巴结的大小、部位或患者体型的影响,临床触诊未发现淋巴结并不能排除转移可能。Kouvaraki 等^[5]曾对 212 例分化型甲状腺癌进行术前彩超检查,发现术前彩超检查可以检出 39% 的由临床触诊漏诊的隐匿性转移。一般认为对甲状腺癌患者术前进行彩超检查可初步判断颈淋巴结是否转移,术后患者进行彩超检查可以及早发现转移。本组 39 例术前彩超提示颈部淋巴结最大直径 ≥ 2 cm 和(或)体积 ≥ 1 cm $\times$ 1 cm 者均行功能性颈淋巴结清扫术,其中 38 例术后病检证实颈淋巴转移阳性,彩超检查的敏感度为 97.4%。高于陈辉等^[6]的统计结果彩超检查的敏感度为 91.4% (53/58),边学等^[7]彩超检查的敏感度为 89.1%。术前体检颈淋巴结肿大行穿刺细胞学检查提示甲状腺癌淋巴结转移 12 例,术后病检均证实转移阳性。另外,彩超提示颈淋巴结有钙化者 7 例、淋巴结融合者 2 例、淋巴结液化者 3 例术后病检也均证实颈淋巴结转移阳性。结合 Kouvaraki、牛丽娟等^[5,8]的研究,笔者认为分化型甲状腺癌患者出现以下情况之一者可考虑为颈淋巴结转移阳性,手术时应同时处理颈淋巴结:(1)查体可触及肿大的颈淋巴结,并行颈淋巴结穿刺细胞学检查提示甲状腺癌淋巴结转移;(2)术前彩超提示颈部淋巴结最大直径 ≥ 2 cm 和(或)体积 ≥ 1 cm $\times$ 1 cm,类圆形,血流信号丰富;(3)彩超提示颈淋巴结有钙化、淋巴结融合或者液化。

本组Ⅳ区转移率为 56.1%,Ⅱ、Ⅲ、Ⅵ区均为 46.3%,四组之间差异无统计学意义($P>0.05$),提示颈内静脉周围淋巴结上、中、下区与中央区淋巴结转移概率相同。Sivanandan 等^[9]对 80 例颈淋巴结

清扫的淋巴结转移情况进行分析,Ⅲ区淋巴结转移率最高,其次为Ⅳ、Ⅱ区,但未对Ⅵ区淋巴结进行分析。房居高等^[10]对 30 例甲状腺癌患者进行了术中前哨淋巴结的临床研究,也显示Ⅵ、Ⅳ、Ⅲ区淋巴结转移最为常见。笔者的体会是,术前考虑为颈淋巴结转移阳性者,术中要仔细探查Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅵ区淋巴结,必要时做Ⅵ区淋巴结术中快速病理检查,以确定有无淋巴结转移,若Ⅵ区转移阳性,需同时清扫Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ区。Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ区转移淋巴结,尤其是较早期转移时,多位于颈内静脉后方,单靠触摸不易发现,不打开颈动脉鞘、不游离颈内静脉后方,常会遗漏转移的肿大淋巴结,所以手术时应重视该区淋巴结的处理。本组中Ⅰ区和Ⅴ区少有淋巴结转移,转移率分别为 10% 和 12.5%,且均伴其他区淋巴结转移,Ⅰ区和Ⅴ区淋巴结无单独转移者。颈部淋巴一般向下引流,仅在颈部淋巴管有癌栓阻塞时,甲状腺癌癌细胞可逆行向上转移至Ⅰ区。故笔者认为Ⅰ区和Ⅴ区术中探查若未发现肿大异常淋巴结,可考虑不行清扫。

从颈淋巴结转移度来看,Ⅵ区最高,Ⅵ区清扫淋巴结总数为 44 枚,病检提示 41 枚转移阳性,转移度达 93.1%,与其他区比较有显著差异,这从侧面支持一些学者^[11-13]认为中央区淋巴结是分化型甲状腺癌转移的第一站,即使是术前未发现颈淋巴结转移的早期患者,也应常规行中央区淋巴结清扫的观点。这种积极做法的另一个好处是实施重点随访,中央区淋巴结转移阳性者易出现同侧颈内静脉周围淋巴结转移,对该类患者应加强随访,可适时行颈侧区淋巴结清扫术。

总之,笔者认为分化型甲状腺癌颈淋巴结转移者Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅵ区转移常见,Ⅰ区、Ⅴ区少有淋巴结转移,建议手术中常规清扫Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅵ区颈淋巴结。

参考文献:

- [1] Shaha AR. Prognostic factors in papillary thyroid carcinoma and implications of large nodal metastasis[J]. Surg, 2004, 135(2): 237-239.
- [2] Le Boulleux S, Rubino C, Baudin E, et al. Prognostic factors for persistent or recurrent disease of papillary thyroid carcinoma with neck lymph node metastases and/or tumor extension beyond the thyroid capsule at initial diagnosis[J]. J Clin Endocrinol Metab, 2005, 90(10): 5723-5729.
- [3] Iyer NG, Shaha AR. Management of thyroid nodules and surgery for differentiated thyroid cancer [J]. Clin Oncol (R Coll Radiol), 2010, 22(6): 405-412.
- [4] Deng WK, Zheng HM, He JL, et al. Long collar incision and selective neck dissection in treatment of differentiated thyroid carcinoma[J]. Cancer Res Prev Treat, 2011, 38(4): 467-468. [邓万凯, 郑红梅, 何家林, 等. 长领式切口在分化型甲状腺癌选择性颈淋巴结清除术中的应用[J]. 肿瘤防治研究, 2011, 38(4): 467-468.]
- [5] Kouvaraki MA, Shapiro S E, Fornageb D, et al. Role of preoperative ultrasonography in the surgical management of patients with thyroid cancer[J]. Surg, 2003, 134(6): 946-955.
- [6] Chen H, Zhao M, Chen XM, et al. Role of preoperative ultrasonography in evaluating cervical metastasis in patients with differentiated thyroid carcinoma [J]. Chin Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2003, 134(6): 946-955. [陈辉, 赵敏, 陈贤明, 等. 彩超在诊断分化型甲状腺癌颈淋巴结转移中的应用[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2006, 13(4): 211-214.]
- [7] Bian X, Tang PZ, Xu ZG, et al. Role of preoperative ultrasonography in Evaluating early cervical metastasis in patients with differentiated thyroid carcinoma[J]. Acta Acad Med Sin, 2006, 28(4): 530-533. [边学, 唐平章, 徐震纲, 等. 术前彩超在诊断甲状腺癌早期颈淋巴结转移中的作用[J]. 中国医学科学院学报, 2006, 28(4): 530-533.]
- [8] Niu LJ, Wang Y, Zhu L, et al. Clinical value of color doppler in neck lymph node metastasis of thyroid carcinoma[J]. Chin J Cancer Prev Treat, 2007, 14(14): 1100-1101. [牛丽娟, 王勇, 朱利, 等. 彩超诊断甲状腺癌颈淋巴结转移的临床价值[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2007, 14(14): 1100-1101.]
- [9] Sivanandan R, Soo KC. Pattern of cervical lymph node metastases from papillary carcinoma of the thyroid[J]. Br J Surg, 2001, 88(9): 1241-1244.
- [10] Fang JG, Luan XY, Shen HM, et al. Clinical study of the sentinel lymph node of patients with thyroid carcinoma[J]. Chin J Cancer Prev Treat, 2001, 8(2): 149-150. [房居高, 梁信庸, 申洪明, 等. 甲状腺癌前哨淋巴结的临床及病理研究[J]. 肿瘤防治杂志, 2001, 8(2): 149-150.]
- [11] Wang SY, Zhu ZZ, Peng DF, et al. Clinical study on the cervical lymph node metastasis of cN0 differentiated thyroid carcinoma [J]. J Clin Otorhinolaryngol Head Neck Surg, 2009, 23(12): 561-562. [王圣应, 朱正志, 彭德峰, 等. cN0 期分化型甲状腺癌颈淋巴结转移规律的临床研究[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 23(12): 561-562.]
- [12] Fu JY, Wu Y, Wang ZY, et al. Clinical and pathological analysis of central compartment dissection in patients with papillary thyroid cancer with negative clinical lymph node metastasis [J]. Chin J Surg, 2007, 45(7): 470-472. [傅锦业, 吴毅, 王卓颖, 等. 未发现淋巴结转移的甲状腺乳头状癌中央区淋巴结清扫的临床病理分析[J]. 中华外科杂志, 2007, 45(7): 470-472.]
- [13] Shi L, Huang T. A study on the cervical lymph node metastasis of papillary thyroid cancer[J]. Chin J Gen Surg, 2007, 22(7): 524-526. [石岚, 黄韬. 甲状腺乳头状癌淋巴结转移规律的研究[J]. 中华普通外科杂志, 2007, 22(7): 524-526.]

[编辑校对: 周永红]