

甲状腺癌的再手术(附 108 例分析)

李 祥, 朱耀明, 邱红根, 谢 莉, 王江明

Reoperation of thyroid carcinoma (attach 108 example analysis)

LIXian g, ZHUYao -ming, QIOUHong -geng, et al

The people's Hospital of centre, YiChang Hubei 443000, China

Abstract: Objective To study problems regarding reoperation of thyroid carcinoma. **Methods** 108 cases with thyroid carcinoma (from 1989 to 2002) were summarized retrospectively for their condition of reoperation. **Results** 108 cases with thyroid carcinoma had been reoperated for 112 times. Complications occurred in 22% of the cases. Patients were followed up for 2 ~ 13 years, 5 and 10 years survival rate were 75.0% (81/108) and 37% (40/108) respectively. **Conclusion** On time examination of a patient, the surgical reoperation method that chooses reasonable avoidance of the thyroid gland cancer gets a gain in the surgical reoperation's main measure. Misdiagnosis during operation and frozen sections should not be ignored. Recurrent laryngeal nerves and parathyroid glands should be carefully protected during operation.

Keywords: Thyroid neoplasms; Thyroid surgery; Reoperation

摘要:目的 探讨甲状腺癌的再手术的原因和并发症情况。方法 回顾性总结 108 例甲状腺癌再手术的原因和并发症情况。结果 本组接受再次手术 112 次, 并发症发生率 22%, 随访期 2 ~ 13 年, 5 年及 10 年生存率分别为 75.0% (81/108) 和 37% (40/108)。结论 及时诊断、选择合适的术式是避免甲状腺癌患者再手术的主要措施, 术中漏诊及快速冷冻切片的误诊亦不容忽视, 术中保护喉返神经及甲状旁腺的关键是熟悉解剖和仔细操作。

关键词: 甲状腺肿瘤; 甲状腺; 外科手术; 再手术

中图分类号: R736.1; R653

文献标识码: A

文章编号: 1000-8578 (2003) 04-0320-02

0 引言

甲状腺癌是恶性肿瘤中预后令人比较满意的一种疾病, 但处理时有术式的选择和手术范围存在一定的分歧, 临床上常有甲状腺癌再手术的病例, 治疗甲状腺肿瘤, 常因术后肿瘤残存或复发, 需再次手术。本文就再手术的有关问题进行分析。

1 临床资料

1.1 一般资料 1989 ~ 2002 年, 我院收治甲状腺癌 251 例, 再次手术 108 例 (112 次手术)。男 60 例, 女 48 例; 年龄 8 ~ 77 岁。两次施术 105 例, 3 次者 6 例, 4 次者 1 例。再次手术距上次手术时间 6 天 ~ 12 年。首次手术中漏诊 19 例 (其中冷冻切片报告漏诊 4 例), 首次手术不当 32 例, 肿瘤复发 27 例。病理类型: 乳头状癌 80 例, 滤泡状癌 12 例, 腺瘤恶变 8 例, 未分化癌 8 例。

1.2 再手术方式及病理情况 108 例行不同术式 112 次。残叶、峡部切除 10 例, 病理无癌残存; 患侧颈清扫术 25 例, 淋巴结转移 20 例; 患侧残叶切除加

同侧颈清扫 27 例, 残叶有癌 19 例, 淋巴结转移 20 例; 残叶切除加淋巴结摘除术 12 例, 残叶有癌 7 例, 淋巴结转移 10 例; 残叶切除伴颈清扫加对侧甲状腺次全切除 21 例, 残叶有癌 16 例, 淋巴结转移 19 例, 对侧甲状腺癌变 2 例; 患侧腺叶切除加颈清扫 10 例, 淋巴结转移 6 例; 患侧颈清扫加对侧甲状腺全叶切除和淋巴结摘除术 5 例, 患侧淋巴结转移 4 例, 对侧甲状腺癌变 3 例; 复发灶局部切除 8 例, 病理均证实为复发; 对侧颈清扫加对侧甲状腺全叶切除和淋巴结摘除术 1 例, 对侧淋巴结转移。

1.3 结果 108 例再手术患者, 发生并发症者 19 例; 其中, 声音嘶哑 6 例, 呛咳 5 例, 手足抽搐 5 例, 淋巴瘘 2 例, 胸锁乳突肌断端出血及皮肤瘘管各 1 例。本组均信访或定期来院复查, 获回访结果 96 例, 随访率为 88.9%。随访期为 2 ~ 13 年, 失访按死亡计; 5 年生存率为 75.0% (81/108), 10 年生存率为 37% (40/108)。

2 讨论

2.1 再手术的原因 (1) 癌残存及复发: 造成癌残存的主要原因是首次手术不当, 此情况多见于基层医院。(2) 误(漏)诊: 误诊必然导致误治, 再次手术

收稿日期: 2002-08-19; 修回日期: 2002-12-29

作者单位: 443000 湖北宜昌市中心人民医院普外科

亦是难免,常见于本病的检查方法中,细针穿刺细胞学检查对诊断具有一定的作用,其准确率参差不齐,根据国外报告阳性率达82.3% ~ 93.4%^[1]。穿刺涂片对诊断乳头状腺癌、颈部转移灶的准确性很高。但该法也有不足之处,一是对诊断滤泡型甲状腺癌有困难,图象中只能判断滤泡型肿瘤而不能鉴别其良恶性;二是该检查要求病理科医师有丰富的经验。目前基层医院尚难广泛开展;对乳头状癌较早出现淋巴结转移不了解,本文3例漏诊为颈淋巴结炎,2例误诊为恶性淋巴瘤在门诊行活切术;术中判断错误,忽视良性肿瘤恶变或与癌并存的情况。本文3例术中诊断为腺瘤囊性变,病理为腺瘤部分区域恶变,2例腺瘤伴隐性癌结节。此外,在快速冷冻病理检查时,本组有4例发生误诊。

2.2 再次手术的价值 根治性切除是目前甲状腺癌最佳治疗方法^[2,3]。所以,无论是首次手术不当,还是术后肿瘤复发,再次手术都是必要的。本文108例再手术112次,随访结果96例,14例失访,5年、10年生存率仍有75.0%和37%,表明再次手术仍能提高患者生存率。

2.3 再手术的体会

2.3.1 手术方式的选择 (1)甲状腺癌原发灶的外科切除范围多年来仍未统一^[2]。笔者体会:甲状腺肿瘤局部切除后病理证实有癌者,行残叶及峡部切除加或不加甲状腺健侧叶次全切除术;双侧甲状腺癌者应行全甲状腺切除术。(2)颈淋巴结清扫,甲状腺癌大多有淋巴结转移,特别是乳头状腺癌,其区域淋巴结转移率为44.7%^[4]。著作主要根据术中常规探查的情况而定,淋巴结肿大、质硬且有融合和(或)与血管粘连者,行根治性颈清扫术;淋巴结肿大,质韧无融合,无粘连者行功能性颈清扫术;淋巴结肿大数目少,质韧且活动可行淋巴结摘除术;若无肿大淋巴结,可暂不行颈清扫术。

2.3.2 喉返神经及甲状旁腺的保护 甲状腺癌再

次手术时常因解剖层次紊乱,瘢痕粘连及肿瘤外侵而致并发症明显增多。为了减少损伤,笔者认为:

(1)要熟悉喉返神经最易损伤的区域,自喉返神经与甲状腺下动脉交叉处,到喉返神经在甲状软骨下端入喉处;(2)分离时,血管钳应与神经走行方向一致,出血时,血管钳切忌乱夹或大块钳夹;(3)术中尽可能暴露喉返神经、保留后包膜是避免损伤的主要措施;(4)双侧喉返神经受侵时,为了提高患者的生存质量,至少在一侧喉返神经行走区域内行姑息性清扫以保留发声功能,因为切除受浸润的喉返神经并不改善甲状腺癌的局部复发率和预后^[5];(5)防止甲状旁腺误切的关键是术中正确辨认,在行腺叶切除时,应推下甲状腺后包膜,对切下的甲状腺叶应常规检查,疑为甲状旁腺者,应将其种植在颈部肌肉里。

2.3.3 联合根治术后复发 由于甲状腺癌的多灶性,或甲状腺癌根治术中操作不规范,不遵守无瘤原则,有可能出现复发。本组3例甲状腺癌联合根治术后复发,1例出现于切口,2例出现于对侧淋巴结转移。均行再次手术,术后行放疗及口服左旋甲状腺素片。

参考文献:

- [1] Roman Rieger, Wolf gang Pimpl, Samuel Mone y, et al. Hyperthyroidism and concurrent thyroid malignancies[J]. Surgery, 1989, 106: 6-11.
- [2] 王虎, 于淑珍, 杨浩. 甲状腺癌的再次手术 62 例临床分析[J]. 耳鼻喉-头颈外科, 2001, 8 (5): 283-285.
- [3] Clark OH, Duh QY. Thyroid cancer[J]. Med Clin North Am, 1991, 75 (1): 211.
- [4] 叶真. 甲状腺癌的颈淋巴结转移与血行转移[J]. 中华外科杂志, 1999, 37: 89.
- [5] Nishida T, Nakao K, Hamajima M, et al. Preservation of recurrent laryngeal nerve invaded by differentiated thyroid cancer[J]. Ann surg, 1977, 226: 85-91.

(贺文校对)