甲状腺微小癌临床分析

Clinical analysis of thyroid microcarcinoma

周德韶[1],禚守荣[2] (1.解放军第404医院胸外科;2.威海市立医院普外科,山东 威海 264200)

[关键词] 甲状腺肿瘤;甲状腺微小癌;临床分析
[中图分类号] R736.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)04-0250-01

甲状腺微小癌(thyroid microcarcinoma,TMC)由于其体积小,发病隐匿,且常与甲状腺其它疾病并存[1],临床上常易漏诊、误诊,延误了治疗。本文结合我院自2002年1月至2008年1月收治的38例TMC病例,对TMC的临床特征临床分析如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组38例,男9例,女29例,年龄在25~75岁。病程1个月~18年,平均2~3个月。以发现甲状腺包块就诊36例,颈部淋巴结肿大2例。B超检查检出甲状腺结节84个,结节直径0.2~1.0 cm,平均0.7 cm,其中合并钙化的结节26个,诊断可疑癌7例。25例术前行甲状腺扫描,发现甲状腺结节36个,其中冷结节10个、凉结节18个、温结节8个。全组术中均行冰冻病理切片检查,共发现癌结节35个。

1.2 手术方法

行患侧腺叶、峡部、对侧腺体次全切除22例,患侧甲状腺腺叶切除8例,次全切除术4例,甲状腺全切除3例,结节剔除1例。同期加行单侧颈淋巴洁清扫术21例,双侧颈淋巴结清扫术2例。

2 结果

单纯TMC12例,TMC合并良性病变26例,其中合并结节性甲状腺肿为19例、桥本氏病4例、滤泡状腺瘤1例、结节性甲状腺肿并滤泡状腺瘤1例、桥本病并滤泡状腺瘤1例。38例中单发癌灶32例(84.2%),多发癌灶6例(15.8%)。23例行颈淋巴洁清扫术者有淋巴结转移8例。全组无近期手术并发症;38例均随访1~7年,平均4.5年,未发现癌复发及淋巴结转移病例。

3 讨论

TMC占甲状腺癌的10.98%~28.1%,女性发病相对较高[2]。TMC常伴发甲状腺良性疾病尤其是结节性甲状腺肿和桥本氏病,有统计表明长年存在实性甲状腺结节者结节逐渐增大而最终成为TMC者达30%以上,故在良性疾病治疗过程中对肿块没有变小反而继续增大或出现质硬、边界不清、B超见细小钙化点的结节应该积极手术治疗[3]。TMC常同时发生在双侧甲状腺叶,并多表现为良性的临床经过,预后较好。但也有部分TMC可发生局部或远处转移,最终导致死亡。TMC区域淋巴结转移率可高达43%,以转移灶为首发症状者预后较差。

甲状腺影像学检查主要有B超、甲状腺扫描和CT等。高清晰度彩超可检出直径为1~3 mm的实性结节,但对TMC诊断大多缺乏特异性。B超可见细小沙粒样钙化强光点,部分后伴声影,提示癌变可能,本组38例患者癌结节有典型钙化者仅7例,占18.4%。甲状腺核素扫描、CT、MRI等多难以检出小于1 cm的病灶,且不能定性。病理学检查主要是细针抽吸活检(FNAC)和术中冰冻检查,它们是鉴别结节良恶性的最有效方法。因对于结节微小尤其是伴有多发结节的病人较难取材,且FNAC存在假阴性,故本组未行FNAC。手术中冰冻病理切片检查能够最终明确甲状腺结节的病理性质,并指导手术方式。我院对每位甲状腺手术病人均行冰冻切片检查,术中仔细探查双侧甲状腺,对每个可疑结节均送冰冻检查,多于术中获得了明确的诊断,对于甲状腺腺瘤伴可疑结节而术中冰冻切片检查不能确诊者,我们主张常规行甲状腺腺叶切除,如术后病理报告证实合并TMC,可避免再次补充手术。

对于TMC的治疗,多主张采用积极手术治疗,而对甲状腺的切除范围存在较大的争议,有资料显示,TMC复发与甲状腺切除范围有关,切除范围越大,复发机会越小。因此,我们认为TMC最佳手术范围是患侧腺叶加峡部切除,对侧腺体视有无甲状腺结节及其性质确定手术切除范围。若两侧甲状腺均有癌灶,最好能行甲状腺全切除术。对术后确诊病例,如癌结节周围组织有浸润或侵犯被膜,应行补救性手术。对有局部淋巴结转移的病例,应加行功能性颈淋巴结清扫术。所有患者术后长期服用甲状腺素制剂治疗,抑制TSH的分泌可以减少TMC的复发。

[参考文献]

[1] 周素梅,张筱骅.甲状腺多发结节伴甲状腺癌的诊治分析[J].临床肿瘤学杂志,2005,10(2):186-188.
[2] 范西红,贺青卿,范子义,等.甲状腺微小癌的诊断和治疗[J].中华肿瘤防治杂志,2007,14(19):1480-1482.
[3] 何健鸿,孟 镔,王 钢,等.甲状腺结节病理诊断的临床特点探讨[J].局解手术学杂志,2007,16(6):404.

(编辑:张天飞)

[收稿日期] 2009-04-20 [修回日期] 2009-05-20