

“甲状腺结节和分化型甲状腺癌的诊断治疗指南”评介

刘平 寇韬 魏杰

【摘要】 甲状腺结节属于比较常见的一种疾病, 超声筛查与检查属于常用诊疗手段, 检出本病率达到 19%~67%, 而甲状腺癌占 5%~15%, 甲状腺癌可分为分化型甲状腺癌与未分化型甲状腺癌两种, 分化型甲状腺癌占 90% 以上。近几年相关研究报道显示分化型甲状腺癌检出率不断升高, 应加强重视。美国甲状腺学会 (ATA) 2015 年更新了甲状腺结节与分化型甲状腺癌诊治指南, 本文就其进行了一些评介, 主要阐述外科方面, 希望对相关工作有所帮助。

【关键词】 甲状腺结节; 甲状腺癌; 分化型甲状腺癌; 诊断治疗; 指南; 评介

doi : 10.14033/j.cnki.cfmr.2019.08.087

文献标识码 B

文章编号 1674-6805(2019)08-0180-02



甲状腺结节 (thyroid nodules) 作为常见疾病, 近几年发病率有所升高, 其中甲状腺癌 (thyroid neoplasm) 占很大部分, 引起广泛关注。甲状腺结节与甲状腺癌治疗方案较多, 但外科手术治疗属于重要的方式, 尤其是分化型甲状腺癌 (differentiated thyroid cancer, DTC), 而规范化的手术方案除了可以让患者获取良好的预后与生存率, 还能改善患者的术后生活质量, 反之若手术方案不规范, 则病灶复发风险高, 容易增加二次手术率, 降低生存率, 在经济、生理与心理上也是巨大打击^[1]。为了促进甲状腺结节与甲状腺癌治疗更规范, 国内外均颁布了一些诊治指南, 但最为著名的当属美国甲状腺学会 (American Thyroid Association, ATA) 在 2006 年颁布的《甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南》及 2009 年的修订版 (简称《旧指南》)。之后经过几年的探索, 2015 年 ATA 再次组织相关专家将指南进行更新 (下文简称《新指南》), 其中外科治疗在循证证据支配下也进一步完善, 充分明确了甲状腺结节手术及分化型甲状腺癌处理相关知识^[2], 为临床诊治甲状腺结节及分化型甲状腺癌提供更可靠的依据。本文就《甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南》中外科方面有关知识进行了评介, 现分析如下。

1 甲状腺结节诊断评介

1.1 诊断分析

《新指南》中甲状腺结节诊断基本沿用《旧指南》的诊断方案, 可根据患者的病史与体征, 测定促甲状腺激素 (TSH) 及细针抽吸活检 (FNA) 等方案进行诊断。但《新指南》中指出, 初次评估可检查血清 TSH, 若 TSH 水平较低, 可实施核素扫描, 而高功能结节恶变率低^[3], 可无需对这类结节实施细胞学检查。对疑似或已知甲状腺结节, 如经 CT 或 MRI 检查意外发现结节、CT/PET 扫描显示甲状腺有摄取 18F-FDG 者, 可进一步予以甲状腺超声检查, 根据结节大小、超声特征等诊断^[4]。此外, 在《新指南》中强调超声检查应对疑似患者实施颈部淋巴结评估, 调整 FNA 指征, 疑似恶性结节者从原来的 0.5 cm 增大为 1 cm^[5]。FNA 检查的变化主要根据近期新研究结果进行调整, 虽然该结果得到验证, 但对不足 1 cm 恶性结节诊治均有一定的影响。

1.2 诊断后处理

诊断后对结节的评估主要可分为如下四种情况, 对应的处理方式一并介绍如下: (1) 无法确诊细胞学: 可再次予以超声 FNA 检查。若反反复活检无法确诊, 超声高度疑似恶变且结节增大或者恶性病变表现, 可拟定手术方案处理^[6]。(2) 不确定细胞学结果: 指的是可能疑似滤泡肿瘤、RAS 突变非典型性意义不明、滤泡性病变意义不明等情况, 可再次实施 FNA 检查或分子标志物检查, 依旧无法明确, 则根据临床结果、患者倾向选择留观或者诊断手术方案。检查结果为实性结节, 可采取单侧腺叶切除术^[7]。(3) 良性: 良性结节无须进一步检查与治疗, 但碘摄入正常地区不建议采取甲状腺激素抑制法。超声高度疑似恶变, 可在 12 个月内重复检查。对低到中度疑似恶变结节, 可在 12~24 个月再次检查, 有恶性征象或结节增大, 则再次 FNA 检查。疑似度较低, 则再次超声检查可在 1 年以上。此外, 结节超过 4 cm 或复发或压迫症状等情况下可拟定手术方案处理。(4) 恶性: 恶性结节多需要手术治疗, 极低危者, 若存在合并症, 且有手术高风险, 或其他因素无手术指征, 则先密切观察, 而非手术治疗, 因为这类情况下患者预后较好, 疾病死亡率不足 1%。国外有研究对 1 235 例患者实施研究, 5 年与 10 年肿瘤增大比例依次为 5%、8%, 证实淋巴结转移比例在 1.7% 与 3.8%。

2 分化型甲状腺癌外科初步治疗评介

2.1 转移病灶分析

《新指南》与《旧指南》在 DTC 初步治疗目标上有所不同, 主要在于改善生存, 避免疾病持续存在或复发, 尽量减少并发症发生, 并且准确分期与危险分层, 减少过度治疗与治疗副作用。为了尽量达到这样的目标, 除了定性诊断结节与评估外, 还应术前做好评估, 尤其是转移灶要做好评估, 才能为手术治疗提供更多的依据。DTC 患者中有 20%~50% 会有颈部淋巴结受累现象, 即便原发肿瘤小或者局限甲状腺内, 也可能出现这种病灶转移。有研究提出微小转移概率可达到 90%, 术前超声可见 20%~31% 患者可出现疑似淋巴结转移, 导致 20% 左右患者手术方案会因此改变^[8]。因覆盖在淋巴结上甲状腺组织, 术前超声检查可发现近半数异常淋巴结, 为此《新指南》中提出原发灶病灶侵犯广、大块或多发淋巴结等情况, 应实施增强 CT

或MRI检查,若8~10 mm疑似淋巴结则实施超声FNA检查,确认转移情况,明确手术方案。此外,对甲状腺手术方案应评估声音,比如声音变化及相关检查。术前若声音异常或胸部手术史、颈部手术史等,则实施术前喉镜检查。术后发音异常,也要喉镜检查。

2.2 腺体切除方案分析

《新指南》对腺体切除书的修改较大,对不同手术要求的肿瘤大小都有很大差异,其建议主要有以下几点:(1)出现明显腺体外侵犯,病灶不低于4 cm,临床明确诊断出淋巴结转移或者远处转移,则实施腺体近全切除术或者全切除术治疗。(2)无腺体外侵犯,病灶1~4 cm,若临床明确诊断出淋巴结转移,则予以腺体近全切除术或腺体全切除术或者单侧腺体切除;若为低危滤泡状与乳头状癌,则予以单侧腺体切除即可^[9]。此外,根据疾病特征、患者选择,予以全切除术处理,可促进放射性碘治疗。(3)病灶不足1 cm者,无腺体外侵犯、无淋巴结转移,可采取手术方案,选择腺叶切除即可^[10]。若有明确对侧切除指征,可采取全切除术。小病灶、腺体内癌、单发癌,且无头部放射史、家族甲状腺癌史等,仅需单侧腺体切除即可。

2.3 腺体手术方式分析

《新指南》中对腺体手术方案调整源自数据的更新,包括恰当选择病患,单侧或全切疗效相当;中低危患者,常规RAI策略发生变化;随诊方案调整,有赖于RAI显像根据超声与甲状腺球蛋白水平的监测。有调查对1985-1998年诊治的52 173例PTC患者实施分析,显示全切43 227例、单侧切除8 946例,全切患者10年总生存率与复发率要比单侧切除稍好,但差异有统计学意义($P<0.05$)。选择的病患恰当,单侧切除后局部或者区域复发可控制在4%以下,残留对侧切除率不超过10%^[11]。及时单侧切除复发,经恰当治疗后不会影响他们的生存。可见,恰当的中低危患者,腺体切除范围对生存率影响较小,而单侧切除后补救措施十分有效,予以保守型腺体切除方案也是可行的。不过,对于年龄不低于45岁,对侧结节放射史、头颈部放射史等情况建议予以全切。

2.4 淋巴结清扫指征分析

《新指南》对淋巴结清扫指征进行了一定的调整,不过变化并不明显:(1)临床检查发现DTC患者有中央淋巴结患者,可采取甲状腺全切除术治疗,并对中央区域淋巴结进行清扫,才能尽可能完全将中央区病变清除。(2)出现淋巴结转移,且为进展期的患者,可实施预防性单侧或双侧淋巴结清扫术处理。(3)非进展期、淋巴结转移、非侵犯性PTC患者或者滤泡状癌(大部分)患者可实施甲状腺切除,但不予以预防性淋巴结清扫术。(4)在《新指南》中还明确指出,手术期间均应直视下检查喉返神经情况,并且保护喉上神经外支。手术期间,经神经刺激辨识神经及其功能^[12]。和直视下对比,神经刺激不会明显改善受损神经功能。对高危或复杂患者,神经刺激却可减轻喉返神经麻痹,这可进一步研究与探讨。

3 结语

《新指南》是在循证医学证据基础上进行了完善,增删了一些内容,推荐疾病也出现变化,表述更科学与合理。但是,ATA指南中建议仅是基于专家意见或证据等级较低,一些内容结合本国情况并非完全适用,需要具体问题具体对待。相比几年前的指南而言,2015年的《新指南》强调了细针抽吸细胞学对诊断的价值,同时对手术治疗进行了调整,包括转移灶的分析、腺体切除方案、腺体手术方式及淋巴结清扫指征等,使得临床对甲状腺结节与分化型甲状腺癌的诊治有了更多的认识,从而促进了甲状腺癌的诊断与治疗进一步发展,但是依旧存在一些问题,还需要在以后的研究与分析中总结。

参考文献

- [1] 中华医学会内分泌学分会,中华医学会外科学分会内分泌学组,中国抗癌协会头颈肿瘤专业委员会,等.甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南[J].中华内分泌代谢杂志,2012,28(10):779-797.
- [2] 李小姐.2015年美国甲状腺学会《成人甲状腺结节与分化型甲状腺癌诊治指南》解读:外科部分[J].中国癌症杂志,2016,17(1):13-18.
- [3] 林岩松,李娇.2015年美国甲状腺学会《成人甲状腺结节与分化型甲状腺癌诊治指南》解读:分化型甲状腺癌¹³¹I治疗新进展[J].中国癌症杂志,2016,23(1):1-12.
- [4] 李小姐,张波,林岩松,等.成人甲状腺结节与分化型甲状腺癌诊治指南(2015年美国甲状腺学会)解读[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2017,52(4):309-315.
- [5] 孙丽昕,王荣福.分化型甲状腺癌术后¹³¹I治疗的研究进展—对比2015年与2009年美国甲状腺学会《成人甲状腺结节与分化型甲状腺癌诊治指南》[J].肿瘤学杂志,2016,22(11):875-879.
- [6] 张波,徐景竹,吴琼,等.2015年美国甲状腺学会《成人甲状腺结节与分化型甲状腺癌诊治指南》解读:超声部分[J].中国癌症杂志,2016,13(1):19-24.
- [7] 兰霞斌,张浩.《2015年美国甲状腺学会成人甲状腺结节与分化型甲状腺癌诊治指南》外科治疗更新解读[J].中华外科杂志,2016,54(3):172-176.
- [8] 胡欣,李春睿,徐书杭,等.2015年美国甲状腺学会儿童甲状腺结节与分化型甲状腺癌管理指南的介绍[J].中华内分泌代谢杂志,2016,32(4):265-268.
- [9] 林岩松.有关分化型甲状腺癌核医学相关诊治的指南更新[J].中华核医学与分子影像杂志,2018,38(3):172-177.
- [10] 单凤玲,王婷婷,陆汉魁,等.ATA2015版成人《甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南》的参考文献解析[J].中华核医学与分子影像杂志,2016,36(3):267-269.
- [11] 兰霞斌,张浩.美国甲状腺学会《儿童甲状腺结节与分化型甲状腺癌诊治指南》解读[J].中华内分泌外科杂志,2017,11(4):265-267.
- [12] 兰霞斌,张浩.《2015年美国甲状腺学会成人甲状腺结节与分化型甲状腺癌诊治指南》外科治疗更新解读[J].浙江医学,2016,38(5):313-316.

(收稿日期:2018-09-28)