

· 短篇 ·

甲状腺癌腔镜术后胸壁种植转移1例报告*

深圳市第二人民医院甲状腺乳腺外科 (广东 深圳 518028)

潘悦 罗雪莹 刘宝儿 李锋 陈伟财 何劲松

【关键词】甲状腺腔镜手术; 病例报告; 甲状腺肿瘤

【中图分类号】R653

【文献标识码】D

【基金项目】国际合作研究项目, 项目编号: GJHZ20140414170821180

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2018.01.035

经过十余年的发展, 甲状腺腔镜技术已成为治疗甲状腺良性结节的重要方法, 并且已经开始广泛应用于甲状腺癌的外科治疗^[1]。相较于传统手术, 腔镜手术同样能够达到不错的手术预期及疾病预后, 然而, 其除了拥有传统开放手术的手术风险, 如喉返神经、喉上神经、甲状旁腺损伤外, 因其需建立腔镜通道, 故而也有一定的相关并发症, 如: 皮下气肿、皮肤缺血坏死、肿瘤种植等^[2]。除Jung Han Kim等^[3]于2008年首次报道此类病例外, 国内外此类报道相对较少。

1 临床资料

患者, 女, 34岁, 发现左甲状腺肿物5年余, 4年前行穿刺活检术, 病理结合免疫组化回报: 不排除左甲状腺肿瘤可能, 建议手术完整切除送检。患者未予重视, 未行手术治疗, 予定期观察。2014年1月行甲状腺彩超发现左甲状腺肿物边界欠清, 形状欠规则, 内部回声不均, CDFI可见肿块内部血流信号。遂于2014年2月先于腔镜下, 取双侧乳晕入路, 行左甲状腺全切除术, 术中病理提示: 左甲状腺乳头状癌。遂转开放行甲状腺癌根治术, 全切除双叶甲状腺腺体, 并行中央区淋巴结清扫。术后未有明显手足抽搐、声嘶、面麻等并发症。术后辅助以口服优甲乐抑制TSH治疗, 并定期复查甲状腺彩超及甲状腺功能。2015年9月自查发现右胸壁肿块, 行乳腺彩超提示: 右乳2点方向可见两个大小分别约19×5mm(外缘)、12×6mm(近乳晕区), 界清, 后方回声稍增强, CDFI未见肿物内部血流信号, 考虑BI-RADS 2级; 左乳未见明显肿物。甲状腺彩超未见明显异常。2016年1月行甲状腺、乳腺彩超提示: 双侧颈部IV区多发淋巴结

肿大, 考虑反应性增生可能; 双侧锁骨上窝多发低回声结节, 考虑异常淋巴结肿大; 右侧胸壁软组织内多发实质性低回声结节, 不排除转移瘤所致可能。PET-CT提示: 双侧上胸壁皮下多个结节状密度增高影, PET可见结节状放射性异常浓聚影, 建议活检以确诊; 行右胸壁穿刺活检术, 病理提示: 右胸壁肿块考虑肿瘤可能。临床查体与影像学资料相符(图1), 遂在局麻下行右胸壁肿物活检术, 术后病理如图2-5所示, 镜下结节周边形成纤维囊壁结构, 结节内可见甲状腺滤泡结构形成。术后恢复良好出院。

2 讨论

在我国, 甲状腺癌的发病率逐年增加, 尤其是在沿海发达城市, 女性的发病率远高于男性, 已成为严重影响人群健康的恶性肿瘤。但其对于治疗甲状腺癌的适应证及禁忌征仍需商榷。NCCN指南和ATA指南(II B类)中指出, 对于术前未发现有明确的颈淋巴结转移的T1、T2期(肿瘤直径<4cm)的分化型甲状腺癌只需要进行甲状腺全切或近全切除, 而不必进行预防性淋巴结清扫。然而当前仍无规范化标准适应腔镜手术的甲状腺肿物大小, 所以要求临床医生要谨慎选择术式。

术中无瘤原则无法保证。腔镜甲状腺手术无法将大多数肿物完整取出, 需在镜下切碎、分装入标本袋取出; 取出过程中, 肿瘤细胞也可能经由污染的标本袋在腔镜管道种植; 而在完成肿物切除后, 无法对术区进行彻底的冲洗。这些都可能导致肿瘤细胞的扩散转移, 影响疾病的预后。

与传统手术各有优缺点。腔镜能完成大部分甲状

作者简介: 潘悦, 男, 硕士研究生, 主要从事乳腺及甲状腺方面临床和基础研究

通讯作者: 何劲松

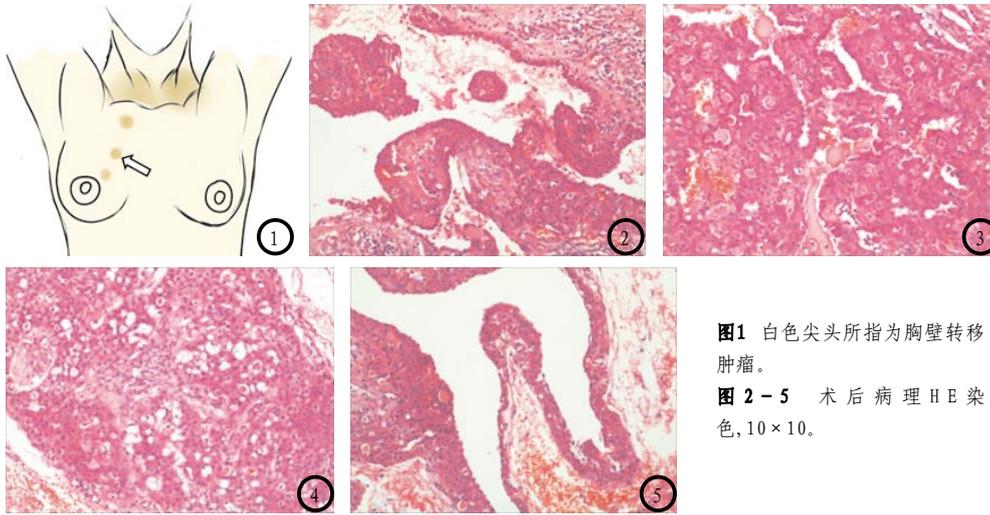


图1 白色尖头所指为胸壁转移肿瘤。

图2-5 术后病理HE染色, 10×10。

腺肿瘤及部分甲状腺癌的手术, 但其在对于年龄小于45岁、肿瘤直径小于2cm及无淋巴结转移证据的甲状腺癌手术中较传统手术而言在手术层面上并无明显差异^[4]。靳小建等发现腔镜术后并发症以喉返及喉上神经损伤为主且存在甲状旁腺功能亢进的高发, 而传统手术术后并发症则以术后出血为主^[5]。甲状腺腔镜手术在完成手术的同时能够有效地保护病人的颈部外观和功能, 具有美容效果好的优点^[6-7]。因其创伤较大, 并不能称之为微创手术, 而应是美容手术。

参考文献

[1] H ü scher CS, Chiodini S, Napolitano C, et al. Endoscopic righththyroid lobectomy[J]. Surg Endosc, 1997, 11(8):877.

[2] 范林军, 姜军. 腔镜手术治疗甲状腺癌的应用现状与争议[J]. 中国实用外科杂志, 2011, 30(5):404-406.

[3] Jung Han Kim, MD, Young Jin Choi, MD, Ji A. Kim, MD, et al. Thyroid Cancer That Developed Around the Operative Bed and Subcutaneous Tunnel After Endoscopic Thyroidectomy via a Breast Approach[J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2008, 18(2):197-201.

[4] Yujie Li, Xiaodong Zhou. Comparison between endoscopic thyroidectomy

and conventional open thyroidectomy for papillary thyroid microcarcinoma: A meta-analysis[J]. Journal of Cancer Therapeutics and Research, 2016, 12(2):550-555.

[5] 靳小建, 卢榜裕, 蔡小勇等. 腔镜与开放性甲状腺手术的对比研究[J]. 中国实用外科杂志, 2007, 27(3):229-231.

[6] Kim SJ, Lee KE, Choe JH, et al. Endoscopic Completion Thyroidectomy by the Bilateral Axillo-Breast Approach[J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2010, 20(5):312-316.

[7] Kang SW, Lee SC, Lee SH, et al. Robotic thyroid surgery using agasless, transaxillary approach and the da Vinci system: The operative outcomes of 338 consecutive patients[J]. Surgery, 2009, 146(6):1048-1055.

[8] 钟玉敏, 朱铭, 陈树宝, 等. 永存第五对主动脉弓[J]. 罕少疾病杂志, 2000, 7(1):1-2.

[9] 王成林, 林贵. 罕见病少见病的诊断与治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999. 215-216.

【收稿日期】 2017-11-10