

甲状腺癌增加是过度吗？

发病率增加并非空穴来风 检测手段过度难辞其咎

▲ 本报记者 窦洁

国外研究发现，在美国、意大利、法国等 12 个国家中可能存在甲状腺癌“过度诊断”。特别是大部分被诊断为甲状腺癌的患者会被直接行甲状腺切除术，这又引发了对甲状腺癌“过度治疗”的讨论。近期，《中华内科杂志》刊登了中国医科大学附属第一医院李静和上海市第六人民医院樊友本等的两篇文章，作者就该问题表述了自己的观点。



话题 1 流行趋势

李静：发病率升高 但死亡率不变

目前，世界各国的甲状腺癌发病率均升高。美国近 40 年间甲状腺癌发病率增加近 2 倍；韩国 1999-2013 年增长近 10 倍；我国在 1998-2009 年间也增加了近 3 倍。

然而，甲状腺癌死亡率却并未随发病率的增长而增加。近 40 年，西班牙、日本、美国等国甲状腺癌死亡率没有发

生明显变化；韩国 1999-2013 年仅轻度升高。这种矛盾的数据引起了医学界针对甲状腺癌诊治中是否存在“过度”的关注。

樊友本：发病率增加最快的恶性实体瘤

美国数据显示，甲状腺癌年发病率从 1975 年的 4.9/10 万增加到 2009 年的 14.3/10 万，增加病例绝大多数为乳头状甲状腺癌（PTC）。而且，1998

年确诊的甲状腺癌中，23% 是 <1 cm 的微小结，而微小结发病率占 2008 年甲状腺癌的 39%。在我国，杭州、上海和天津等城市发布的数据显示，甲

状腺癌位居女性恶性肿瘤的第三位，已成为发病率增加最快的恶性实体肿瘤。一时间，有关甲状腺癌过度诊治的议论引起较高热度。

话题 2 发病率增加的原因

李静：危险因素与超声是“双罪魁”

多种因素使发病率增加

美国国家癌症中心 SEER 数据库的统计结果显示，不仅 <1.0 cm 的微小结发病率升高，且 1.0~4.0 cm 甲状腺癌发病率也出现增加。各国甲状腺癌发病率的升高，主要表现为 PTC 发病率升高。且增加的相对程度存在明显性别差异，这种现象并不能完全用检测敏感性增加或医患筛查意识增强来解释。

研究表明，自身免疫、电离辐射、碘摄入量、雌激素、环境内分泌干扰物、负性社

会心理因素和遗传等都可能促进甲状腺癌发病率增加。

因此，甲状腺癌发病率增长并不完全是空穴来风，压力过大、不健康生活方式、电离辐射、环境干扰物等都是甲状腺癌发病率不断攀升的重要原因，需要引起重视。

检测手段过度致假性增长

超过 50% 的新增 PTC 患者为结节直径 ≤ 1 cm 的甲状腺微小乳头状癌（PTMC），而该恶性肿瘤多表现为良性病程，术后生存率高，肿瘤复发

率低。美国数据表明，1975-2006 年，甲状腺癌患者 5 年相对生存率为 92.3%~98.2%，其进展慢且死亡率低。

因此，由于超声等监测手段精确度、使用率明显增加而导致对 PTMC 的过多挖掘是否具有临床意义更值得商榷。而且，超声检查结果不仅与仪器的精密程度有关，还与超声科医师的经验判断有关。一旦超声科医师对甲状腺和颈部淋巴结的检查结果描述及报告不准确，就容易使临床医师对诊断产生误解。

樊友本：发病率增长是全球现象

超过 40% 的甲状腺癌发病率与肥胖、环境恶化及辐射增加有惊人的一致性。除微小甲状腺癌，>1 cm 的甲状腺癌的发病率也以同样的速度增加。而侵犯腺外组织的 T3、T4 期甲状腺癌以同样发展趋势增加。美国数据表明，大部分 PTMC 是会进

展到直径 1 cm 以上的，只是时间问题。

因此，甲状腺癌发病率增加是一个全球现象，并非医学发达、就医便利导致的。

超声检查是是美国甲状腺学会（ATA）指南和欧洲甲状腺协会推荐的甲状腺结节诊断首选方法。而 CT

和 MRI 检查对于甲状腺结节的敏感性及其特异性均不够好，其应用范围是进一步显示颈侧区淋巴结和毗邻器官结构，帮助判断甲状腺对于器官、食管和血管的影响。所以，60%~70% 的甲状腺结节患者无需常规 CT 和 MRI 检查。

话题 3 治疗建议

李静：甲状腺癌应避免过度治疗

1 术前未评估甲状腺结节的性质，而一律按恶性可能性大行甲状腺手术切除治疗

这样不仅会加重患者经济和身体负担，甚至会引发甲状腺功能低下等副作用。一项国内研究数据显示，在接受甲状腺手术治疗的 9216 例患者中，恶性肿瘤患者仅占 10%。因此，应于术前认真评估甲状腺结节的良恶性，对于无手术适应证的良性结节患者应进行随访，恶性的也需根据 TNM 分期、复发的危险度以及各种术式的利弊来细化外科处理原则，尽量减少切除范围。

2 对 PTMC 一律必须行手术切除治疗

虽然多数临床研究表明 PTMC 存在很高的淋巴结转移率，普遍转移率为 50%~75%。但日本的研究表明，PTMC 在 5 年和 10 年后的增长率（肿瘤增大 ≥ 3 mm 的比例）分别为 6.4% 和 15.9%，新发现的淋巴结转移率分别为 1.4% 和 3.4%；其中 100 余例 PTMC 患者在观察一段时间后行手术，术后也均无复发。该研究提示，尽管 PTMC 有较高几率为多病灶或伴有淋巴结转移，但在无证据表明其处于进展状态情况下，也可考虑动态观察，在出现肿瘤增大或淋巴结转移时再考虑手术。对于像 PTMC 这种进展缓慢的恶性肿瘤，复发率低。所以对 PTMC 一律进行手术治疗的临床意义值得商榷。

3 对于甲状腺术后促甲状腺激素（TSH）抑制治疗的靶目标可能不合理

TSH 抑制疗法主要通过抑制血 TSH 水平从而降低其对甲状腺细胞促生长作用，达到缩小甲状腺结节及预防甲状腺癌复发的目的。有研究表明，TSH 受体表达是影响 PTC 预后的独立危险因素。将 TSH 抑制治疗可能存在明显的心血管副作用和骨质疏松风险，尤其是对于老年（≥ 60 岁）患者 TSH 完全抑制是房颤的独立诱发因素。

因此，运用 TSH 抑制疗法时应根据其复发、转移风险以及心血管危险因素和骨质疏松情况分别进行动态复发与风险分层，综合评估 TSH 抑制治疗受益与不良风险之间的利弊关系，进行个体化治疗。

樊友本：业内推荐趋于共识

2015 年，ATA 指南中提出新观点，只对超声检查高度怀疑的、≥ 1 cm 的肿瘤进行穿刺或评估，而直径 <1 cm 的甲状腺结节一般无需评估和施行细针穿刺细胞学检查（FNA），也就意味着绝大多数 PTMC 不会被诊断。对于 PTMC，观察肿瘤的变化，以密切随访、推迟干预替代手术治疗，成为新的主要策略。

然而，此问题仍存在较大疑问。对于 PTMC，因为治疗效果好，所

以不需要及早诊断、手术治疗，从逻辑上来讲是错误的，也是违背恶性肿瘤早发现、早诊断、早治疗的基本原则。

对于分化型甲状腺癌的治疗方式，国内外专家逐渐达成一致，改变了既往动辄甲状腺全切除。新版 ATA 指南认为，可选择全切或腺叶切除。这也提示外科医生可根据手术中肿瘤生长特性、患者意愿、以及自身专业技能选择更适宜的手术方式，让患者获益最大。