



原发性气管肿瘤的外科治疗(附27例报告)

原发性气管肿瘤临床较少见约占呼吸系统肿瘤的1%[1]。外科手术是治疗气管肿瘤最有效的方法。我科自1978~2005年手术治疗的27例原发性气管肿瘤,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组27例,男性19例,女性8例,年龄22~67岁,平均43岁。颈段8例,胸上段4例,胸下段15例,其中隆凸部肿瘤受累4例。肿瘤直径<2 cm 5例,2~4 cm 19例,>4 cm 3例。病理类型:鳞状细胞癌13例,腺样囊性癌6例,粘液表皮样癌1例,腺癌2例,类癌1例,浆细胞瘤1例,良性肿瘤3例,其中乳头状瘤,平滑肌瘤、神经鞘瘤各1例。

1.2 治疗

1.2.1 手术径路 颈领式切口7例,颈纵隔切口12例,右后外径路8例。

1.2.2 手术方式 气管对端吻合23例,其中同期行喉松解3例。隆凸重建术4例,其中气管与右侧主支气管端端吻合、左侧主支气管与右侧中间段支气管端侧吻合2例,气管与左侧主支气管端端吻合、右侧主支气管与气管端侧吻合1例,左侧全肺与隆凸切除、气管与右侧主支气管端端吻合1例。

1.2.3 气管切除长度 气管切除最大长度、平均长度,颈领式切口为4.4、3.3 cm;颈纵隔切口为5.1、3.9 cm;右后外径路为5.4、4.1 cm。

1.3 治疗结果

1.3.1 术后并发症 7例出现并发症,分别为肺部感染4例,呼吸衰竭、喉返神经麻痹、下肢静脉栓塞各1例;远期并发症吻合口狭窄2例,1例为隆凸重建,1例为气管重建,狭窄发生的时间为术后3月和术后8个月,经纤维支气管镜扩张狭窄改善;1例术中呼吸循环意外死亡。

1.3.2 随访与生存 本组总随诊率85%(23/27例)。4例失访按死亡计算,随诊5个月~12年,手术切除满5年以上的18例中,手术死亡1例,存活12例,总5年生存率为66.7%(12/18)。

2 讨论

2.1 原发性气管肿瘤的临床特点

原发性气管肿瘤比较少见,大多发生于气管的粘膜上皮和腺体,儿童良性者居多,约占90%,成人多为恶性,良性占10%。多发生气管隆突部,鳞癌占50%,其次是腺样囊性癌,占30%[1],[2]。本组中腺样囊性癌(6/27)和鳞癌(13/27)是最常见的组织类型。多起始于气管后壁的膜部或膜部与软骨交界处,好发于下1/3,其次为上1/3,而中1/3最少见[3]。本组中胸下段15例占55.6%,颈段8例占30%,胸上段4例14.8%。并且气管

肿瘤早期易误诊, 误诊率高达74%[3]。原发性气管恶性肿瘤5年生成率20~64%, 腺样囊性癌可达66%[4]。

2.2 气管肿瘤的术式选择

气管肿瘤一旦确诊, 应尽早手术, 对于良性肿瘤, 手术切除是首选的治疗方法, 乳头状瘤易复发需多次手术。

2.2.1 气管切除长度 由于个体解剖、年龄、身体姿态等其它因素的差异可被切除气管长度有所不同, 气管切除长度一般不能超过气管总长度的50%, 约4~6 cm, 文献报道可直接吻合的气管切除最大长度为6.8 cm[5]。本组平均切除长度为3.8 cm, 最长5.4 cm, 经验表明, 不同手术径路的气管切除长度在4 cm范围内可直接吻合, 并且在技术上是安全、可行的, 超过4 cm者需用各种气管游离和松解的方法, 以减少吻合张力。隆凸重建术中受主动脉弓的限制上移有限, 气管下段切除长度不宜超过4 cm。对左侧主支气管广泛受累病例, 无论同期双侧开胸或分期行隆凸重建术, 效果均不理想。基于上述经验, 对气管下段及左侧主支气管病变广泛的病例不宜行扩大切除

2.2.2 手术路径 不同位置的气管肿瘤需采取不同的手术径路: 1、颈段气管肿瘤采用标准甲状腺手术的领式切口, 必要时加胸骨上部纵形劈开, 2、主动脉弓以上的病变加胸骨正中劈开, 不进入胸膜腔。3、主动脉弓以下的病变一般行右侧后外侧剖胸切口, 经第4肋间手术。因为气管隆突处在胸骨角的平面, 胸骨正中切口行气管环形切除端端吻合, 即使切除隆凸部也较为满意。

2.2.3 术式选择 气管环形切除端端吻合术是目前普遍接受的完整切除肿瘤的手术方式, 本组气管端端吻合85%(23/27), 术式选择应以手术安全为主, 兼顾根治性。术中常规快速冰冻切片, 保证切缘阴性。本组经验当肿瘤<3 cm时, 均可达到根治性切除。病变广泛者, 姑息切除有时可维持相当长时间, 尤其是腺样囊性癌, 对放疗比较敏感, 姑息切除后辅助放疗, 本组2例腺样囊性癌未能达到根治切除, 经术后放疗, 术后已存活3年、4年。因此, 手术不应为了单纯强调根治而增加吻合口瘘的风险[6]。

2.3 术中注意事项

为了避免残端阳性, 需术中快速冰冻病理检查, 切缘应距肿瘤的边界0.5 cm, 但因腺样囊性癌具有粘膜下或淋巴管扩散的特性, 边距>0.5 cm者, 仍有部分切缘组织冰冻病理检查呈阳性, 对于部分补切仍为阳性同时再扩大切除会增加吻合口张力的风险的病例, 应以手术的安全性为主, 术后辅以放疗。

气管吻合用Prolene缝线或可吸收缝线, 膜部可连续缝合, 软骨部间断全层缝合, 针距约0.3 cm, 进针距切缘约0.3~0.4 cm, 遇气管壁水肿, 其间距可偏大些。先吻合后壁, 打结对拢, 再吻合前壁, 线结打在管腔外, 要求吻合口无张力。

参考文献:

- [1]Nyhus LM, Baker BJ, Fischer JE. Mastery of surgery[M]. 3rd ed. Boston: Little Brown and Company. 1997: 438-40.
- [2]Mathisen DJ. Primary tracheal tumour management[J]. Surg Oncol Clin N Am, 1999, 8: 307-21.
- [3]张英凯, 范秀田. 原发性气管肿瘤的诊断及治疗(附15例分析)[J]. 中国综合临床, 2002, 18(7): 645-6.
- [4]Mathisen DJ. Surgery of the trachea[J]. Curr Probl Surg, 1998, 35:480-2.
- [5]程贵余, 张汝刚, 张德超, 等. 原发性气管肿瘤的外科治疗[J]. 中华外科杂志, 2003, 41(11): 823-6.
- [6]谢德耀, 孙成超, 杨笃聪, 等. 气管恶性肿瘤的外科治疗[J]. 中华肿瘤杂志, 2002, 24(5): 513-4.