

[文章编号 1000-1182(2004)02-0166-02

两种颈淋巴清扫术后颈淋巴结复发率分析

王慧明, 陈超, 刘建华, 朱慧勇

(浙江大学医学院附属第一医院 口腔科, 浙江 杭州 310003)

[中图分类号] R 739.8 [文献标识码] A

口腔颌面部恶性肿瘤发生颈部转移较为常见, 手术中常需联合颈淋巴清扫术以阻断此传播途径, 减少复发。颈部转移性鳞癌根治性颈清术(radical neck dissection, RND)作为经典术式广泛应用于临床, 取得了肯定的疗效。随着对颈部解剖认识的深入, Suarez¹于1963年提出了功能性颈清术(functional neck dissection, FND)的概念, 经过多年的临床应用证明了它的有效性和可靠性。本文对浙江大学医学院附属第一医院口腔科1990年1月~2000年12月收治的242例口腔颌面部恶性肿瘤患者进行回顾性分析, 对两种术式的疗效进行了比较, 现将结果报道如下。

1 临床资料

本组患者242例, 其中男134例, 女108例, 年龄23~82岁, 平均年龄55.7岁。舌癌患者98例, 颊癌患者27例, 牙龈癌患者32例, 口底癌患者24例, 腮腺癌患者28例, 口腔其他部位(腭部, 磨牙后区)癌患者33例。按照UICC(1987)头颈恶性肿瘤TNM分期标准, 进行肿瘤分期。各分期应用RND和FND手术的患者见表1。所有手术患者以3个月, 6个月, 1年, 2年进行随访至死亡或失访。颈部触诊未及淋巴结, 原发灶无肿块及溃疡者确认为无复发; 发现原发灶肿块或淋巴结活检确诊者为复发。6例FND患者术后行颈部B超检查, 观察颈内静脉通畅度。术后从颈部外形、感觉、活动度及提肩功能方面进行评价。

表1 各期应用RND和FND手术的患者数量(n)

Tab 1 Number of different stages with RND and FND(n)

分期	术式		合计
	RND	FND	
	2	10	12
	27	25	52
	85	48	133
	36	9	45
合计	150	92	242

2 结果

本组242例患者中术后病理诊断颈淋巴结转移阳性者65例, 其中RND组49例, FND组16例。术后随访2~9年, 平均4.83年, 失访32例。颈部复发38例, 其中RND组29例, FND组9例, 局部复发分别为20例和4例。术后117例患者诉患侧提肩不适, 其中RND组98例, FND组19例。随访197例患者均诉患侧颈部感觉迟钝或麻木。RND组患者均有明显的颈部塌陷畸形, FND组有11例存在不同程度的颈上部凹陷畸形。6例行FND的患者平均术后5个月B超检查, 其颈内静脉均保持通畅(表2, 3)。

表2 RND和FND两组颈部复发率分析

Tab 2 Analysis of the tumor recraent rate in RNA and FND groups

项目	手术方式						
	RND		合计	FND		合计	
	N ⁻	N ⁺		N ⁻	N ⁺		
患者数	79	49	128	66	16	82	210
复发数	11	18	29	6	3	9	38
复发率	13.92%	36.70%	22.66%	9.09%	18.75%	10.98%	18.10%

表3 不同分期术后颈部复发分析

Tab 3 Analysis of the tumor recurrent rate in different stages with RND or FND

手术方式	复发数/病例数			
	期	期	期	期
RND	0/2	1/20	16/76	5/30
FND	0/8	2/25	9/42	5/8

3 讨论

决定头颈部恶性肿瘤患者生存率的一项重要预后指标是颈淋巴结转移与否^{2,3}。伴有颈淋巴转移者其生存率较无转移者下降约50%, 且发生远处转移的可能性也较高^{4,5}。本研究中淋巴结转移组(N⁺组)的复发率高于无淋巴结转移组(N⁻组), 并有统计学差异(P<0.05)。对有颈淋巴转移者, 目前最为有效地手段是采取手术将已转移或可疑的淋巴结去除, 即颈淋巴清扫术。功能性颈淋巴清扫术保留了颈部的重要组织, 具有美观和功能兼顾的特点, 但其手术彻底性尚有争论。

[收稿日期 2002-09-05; 修回日期 2003-10-29]

[作者简介]王慧明(1960-), 男, 浙江人, 教授, 博士, 1998年于德国基尔大学口腔颌面及头颈外科医院进修

[通讯作者]王慧明, Tel: 0571-87984077

美国耳鼻喉-头颈外科学会(AAO-HNS)将颈部淋巴结分为6个区(表4),经典的根治性颈清(RND)需去除 - 区所有的淋巴结及胸锁乳突肌、颈内静脉、副神经、颌下腺、腮腺下极及周围脂肪在内的所有组织。该术式目的在于彻底的清除颈部的淋巴系统从而控制肿瘤的淋巴途径转移。对颈部解剖结构的研究表明,颈部淋巴结均位于颈筋膜浅深层之间,与封套筋膜包裹的颌下腺、胸锁乳突肌无直接接触,与颈部大血管外膜也有分隔¹。因此保留颈部主要结构仅切除淋巴结、脂肪结缔组织的功能性颈清是可行的。

表4 颈淋巴结的分区

Tab 4 Distribution of lymphnode in the neck area

分区	部	位
I区	a	颈下三角
	b	颌下三角
II区	a	颈内静脉上端
	b	副神经前 副神经后
III区		颈内静脉中部
IV区	a	胸锁乳突肌锁骨头内侧
	b	胸锁乳突肌胸骨头内侧
V区		颈后三角
VI区		颈前区(气管旁,甲状腺旁,Deiph淋巴结)

FND保存了较多的颈部组织从而减少了术后并发症的发生。本研究中RND组和FND术后畸形的发生率分别为100%和13.4%,提肩困难为76.6%和23.2%,均有显著性差异($P < 0.05$)。在感觉迟钝方面两组无明显区别。FND在保存足够组织的前提下是否能达到肿瘤外科的要求,是目前外科医生最关心的问题。回顾性研究^{6,7}表明,对于N₀患者选择性的功能颈清应为首选,其术后颈部复发率与RND组无统计学差别,本研究中N₀患者行FND者颈部复发率为6.1%,RND组为5%,两者间无显著性差异,这一结果也证实了上述观点。对于N₁患者功能性颈淋巴清扫的应用应根据原发病变的不同而取舍。研究⁸发现原发于舌或口底的癌肿厚度超过2mm,那么发生 - 组淋巴结转移的可能性将超过20%。Sheng等⁹认为淋巴结转移可能性超过20%就应考虑行选择性颈清。对于颊癌患者除进行常规颈清外,还应清扫升支表面沿面动脉分布的颊链淋巴结⁹;对于I期患者,作者采用清扫I区淋巴结在内的FND,术后颈部淋巴结的复发率较高(62.5%),与RND组(16.7%)有显著性差别,不宜作为首选。本研究中颊癌术后颈部复发率较高,这可能与颊链淋巴结的微转移有关,故对于N₊的颊癌患者还应清扫颊链淋巴结或术后联合局部放疗。

功能性颈清保留了颈内静脉,其术后的通畅率是外科医

生所关心的问题。Quraishi等¹⁰对65例FND患者术后颈内静脉的通畅率进行研究,发现术后第1天和第7天的栓塞率分别是24.7%和26.4%。长期随访,发现栓塞率下降至5.8%,这就说明颈内静脉可以再通。本研究中6例FND患者术后无1例出现静脉栓塞,可能与样本量不足有关。FND的栓塞发生率低,减少了回流不畅所引起的并发症,对双侧颈清应首先考虑采用。

本研究中RND组的复发率要高于FND组,这与病例的非随机选择有关(RND组I期患者较多)。排除临床分期因素后可见,在I、II期患者中两组无显著差异,III期FND组的复发率显著增高。本研究中未发现因肌肉、血管、神经受累而再次手术的病例,颈部复发均因清扫不彻底所致,故对于颈部触及明显肿大淋巴结或因淋巴结转移侵及周围组织粘连的病例需行RND外,一般均可行保留重要器官组织的FND,尤其是在I、II期患者中。

[参考文献]

- 1] Suarez O. El problem de las metastasis linfticas y alejadas del cancer de laringe e hipofaringe J. Review of Otorhinolaryngology, 1963, 23(1):83.
- 2] Schuller DE, Mc Guirt WF, McCabe BF, et al. The prognostic significance of metastatic cervical lymph nodes J. Laryngoscope, 1980, 90(4):557-570.
- 3] Spiro RH, Alfonso AE, Farr HW, et al. Cervical node metastasis from epidermoid carcinoma of the oral cavity and oropharynx, a critical assessment of current staging J. Am J Surg, 1974, 128(4):562-567.
- 4] Leemans CR, Tiwari R, Nauta JJ, et al. Regional lymph node involvement and its significance in the development of distant metastases in head and neck carcinoma J. Cancer, 1993, 71(2):452-456.
- 5] Leemans CR, Tiwari R, Nauta JJ, et al. Recurrence at the primary site in head and neck cancer and the significance of neck lymph node metastases as a prognostic factor J. Cancer, 1994, 73(1):187-190.
- 6] Claire M, Alain F, Carine L, et al. Supraomohyoid neck dissection in cancer of the oral cavity J. Am J Surg, 1999, 178(1):73-76.
- 7] Geoff AP, Walley J, Shirley H. The ultimate modification in the modified neck dissection J. Am J Surg, 1995, 169(2):280-281.
- 8] Thomas AR, John LD, Robert MB, et al. The use and misuse of neck dissection for head and neck J. Cancer, J Am Coll Surg, 2001, 193(1):91-102.
- 9] Sheng PH, Ngan MT. The role of supraomohyoid neck dissection in patients of oral cavity carcinoma J. Oral Oncology, 2002, 38(4):309-312.
- 10] Quraishi HA, Wax MK, Granke K, et al. Internal jugular vein thrombosis after functional and selective neck dissection J. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1997, 123(9):969-973.

(本文编辑 张凌琳)