

首发腋窝淋巴结转移瘤 26 例临床分析

胡卫东¹,汪必成²,陈慧莉³,杨国¹

摘要:目的 分析首发腋窝淋巴结转移瘤的临床特征。方法 分析 26 例以腋窝肿块为首发的恶性转移瘤患者的发病情况、肿块特征、诊断、治疗效果等。结果 以腋窝肿块为首发的恶性转移瘤患者中(不包括淋巴瘤),最常见的分别是乳腺癌、黑色素瘤、肺癌,肿块大小不等、质硬、或与皮肤粘连,若无广泛转移,采取切除原发瘤及转移瘤的以手术治疗为主的综合治疗。结论 腋窝淋巴结转移瘤以乳腺癌、黑色素瘤、肺癌多见,应采取综合治疗,预后较差。

关键词: 转移瘤;腋窝淋巴结;首发肿瘤

中图分类号: R730.4 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000-8578(2002)06-0479-03

A clinical study of 26 cases of primary axillary lymph node metastasis

HU Wei-dong, WANG Bi-cheng, CHEN Hui-li, et al

The department of oncology of Zhongnan Hospital in Wuhan University, Wuhan 430071, China

Abstract: Objective To analyze the clinical features of primary axillary lymph node metastasis. **Methods** Such clinical items as the pathological pattern of the primary tumor, the mass feature, diagnosis, therapeutic effects of 26 patients who suffered from primary axillary lymph node metastasis were restudied. **Results** The primary tumor according to its rate in turn is breast cancer, malignant melanoma, lung cancer, thyroid cancer, gastric cancer, colorectal cancer. If the tumor has not spread extensively, combined therapy including operations should be performed. **Conclusion** The axillary lymph node metastasis tumors are mostly originated from breast cancer, malignant melanoma, lung cancer and other malignant tumors, which should be treated by combined therapy and which has poor prognosis.

Keywords: Metastatic tumor; Axillary lymph node; Primary detection tumor

以腋窝淋巴结转移性肿瘤为首发的疾病在临床上并不罕见,但往往未引起足够重视,1994年~2001年间我院共诊治了26例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男12例,女14例;年龄21~72岁。全部以腋窝肿块就诊,均为单侧,其中左侧15例,右侧11例。伴疼痛6例。部分尚有发热、咳嗽、咯血、腹胀、大便秘结等原发病的症状,有7例患侧肢出现不同程度水肿。腋窝肿块大多完全切除,余下完整切除困难者仅行活检,病理证实均为转移癌:原发乳腺癌9例,黑色素瘤5例,肺癌4例,甲状腺乳头状癌及髓样癌各1例,胃癌、结肠低分化腺癌、卵巢浆液性癌、腹膜后胚胎性横纹肌肉瘤各1例,不明原发灶腋窝淋巴结转移癌2例,见表1。

1.2 发病情况

患者就诊时的情况:(1)原发瘤已明显存在,但症状不明显,以致被患者忽视,通过简单检查便发现原发瘤,本组共10例(38.5%),其中乳腺癌5例、甲状腺癌1例、黑色素瘤2例、肺癌1例、腹膜后横纹肌肉瘤1例;(2)原发瘤明显存在,症状也明显,但误认为是炎症所致,直到体表腋窝出现肿块方就诊,有6例(23.1%),包括肺癌3例,胃癌、肠癌各1例,卵巢癌1例;(3)原发瘤不明显,经特殊检查发现者7例(26.9%),其中2例乳腺癌经钼靶照相发现异常钙化,2例仅淋巴结切除病检具有乳腺癌特征,2例黑色素瘤淋巴结切除病检诊断后再找到不典型的原发灶,1例甲癌B超指引下穿刺发现;(4)病理诊断为转移癌但未能发现原发灶3例(11.5%),分别是黑色素瘤、腺癌、未分化癌各1例。

2 讨论

本组发病年龄跨度很大,但多集中在35~55岁年龄段,此阶段也是常见恶性肿瘤的多发年龄段。女性多于男性,此与女性乳腺癌较多有关,如果除外乳腺癌则男性在腋窝恶性肿瘤中所占比率明显高于女

收稿日期:2002-04-27;修回日期:2002-07-25

作者单位:1.430071 武汉大学中南医院肿瘤科,2.病理科,3.放化疗科

表 126 例腋窝淋巴结转移瘤临床资料

原发肿瘤	例数	肿块特征	原发瘤情况	治疗情况	生存期
乳腺癌	9	长径 1.5 ~ 8.5cm, 质韧或硬, 3 例多个淋巴结融合成团, 3 例与皮肤粘连	5 例经仔细体检发现乳腺肿块, 2 例经钼靶照相发现乳腺病灶, 2 例仅病理符合乳腺癌表现	7 例乳腺癌根治, 2 例改良根治, 术后均行化疗, 部分加放疗或内分泌治疗	5 年生存率 67%
黑色素瘤	5	长径 0.8 ~ 5.5cm, 质硬, 3 例多个淋巴结融合	手背雀斑型 1 例, 拇指结节型 1 例, 甲下色斑型 2 例, 原发部位不明 1 例	原发灶广泛切除 + 区域淋巴结清扫	5 年生存率 40%
肺癌	4	长径 2.0 ~ 7.8cm, 质硬, 固定	低分化鳞癌 3 例, 腺癌 1 例	均行淋巴结切除活检和放化疗治疗, 1 例还行肺叶切除	中位生存期 13 月
甲状腺癌	2	长径 0.8 ~ 2.3cm, 质韧, 固定	乳头状、髓样癌各 1 例, 伴颈部淋巴结转移	甲状腺次全切 + 同侧颈清 + 腋淋巴结切除	分别为 48、9 月
胃癌	1	长径 3.6cm, 质硬固定	小弯浸润溃疡型 (4 × 3cm) 伴胃周器官广泛侵犯, 低分化腺癌	胃癌姑息切除 + 化疗	11 月
结肠癌	1	长径 3.5cm, 质硬	肝曲结肠低分化腺癌, Dukes C 期, 肝多个转移	姑息肠切除 + 化疗	10 月
卵巢癌	1	长径 2.2cm, 质硬固定	浆液性癌, 卵巢相邻器官受侵	手术 + 化疗	10 月
横纹肌肉瘤	1	长径 4.5cm, 质硬固定, 病检为胚胎性横纹肌肉瘤	腹膜后 6 × 5 × 3.5cm 肿块, 胸背皮肤、头皮相继出现类圆形质韧病灶	化疗	8 月
原发灶不明	2	长径 2.8 ~ 5.4cm, 质硬, 活动度差	未找到原发灶, 病检为未分化癌、腺癌各 1 例	腋淋巴结切除 + 化疗	分别为 9、20 月

性(12/5)。一般单侧发病,左右侧腋窝出现机会基本相同,转移瘤大小差别很大,从数毫米到近 10cm,因病例数较少,各病种间无法比较,但与患者就医早晚有关,就诊较晚者,肿块往往长至很大。肿大淋巴结所在腋窝部位无特殊性,质地硬,多较固定,皮肤有时受牵扯,部分病例多个淋巴结融合成团。

乳腺癌腋窝淋巴结转移最常见,占本组的 1/3,就诊后经过仔细触诊或行乳腺钼靶照相能找到乳腺可疑病灶,但少数患者乳腺手术后仍不能发现病变,唯通过转移瘤病理学诊断符合乳腺癌转移特征并排除其它转移才明确诊断。其次是黑色素瘤,因原发灶有时隐匿,易被忽视^[1]。肺癌最常见的是锁骨上淋巴结转移,但腋窝转移并不罕见,一般通过胸壁转移到同侧腋下淋巴结,本组病例占 19%。其他原发肿瘤有甲状腺癌、胃癌、肠癌、卵巢癌、胚胎性横纹肌肉瘤等,临床都有较少报道。本组另有 3 例原发灶不明的转移瘤(cancer of unknown primary site, CUPS),除 1 例符合黑色素瘤特征外,余 2 例不能判断其来源器官,有人^[2]认为原发灶难寻找的原因在于原发灶可能已被消灭、原发瘤自行消退、原发瘤太小被遗漏及原发瘤被转移瘤掩盖等。

腋窝是肩关节下方胸前外侧壁上的一个皮肤凹陷,腋腔中主要为血管、神经、淋巴组织,腋窝淋巴结接收乳房、胸壁、上肢的淋巴管。病变可来源于皮肤

及附属器官、结缔组织、淋巴结所接纳的淋巴组织等,因此肿块类型比较广泛。因腋窝处于体表,发生肿瘤易于触及,但无症状小肿块往往易被忽视,就诊时主要表现多为腋窝肿块以及腋窝不适感,当压迫神经或伴有炎症反应时可出现疼痛,腋静脉受压迫时可出现患肢水肿。仔细问诊后部分有原发病症状,作全面体格检查是必须的,特别对头颈、上肢、乳房等列为重点,避免因疏漏而漏诊。本组乳腺癌 5 例(5/9)、黑色素瘤 4 例(4/5)、甲状腺癌 2 例(2/2)均经过体检发现原发灶。如怀疑肿块为恶性,应追加胸片、腹部 B 超等找原发灶。

腋窝淋巴结转移瘤须与良性病变及淋巴瘤鉴别:副乳腺多见于 30 ~ 55 岁女性,常双侧同时出现,位于腋中线处,质地同正常乳腺,较韧,其内可发生纤维瘤或腺瘤;脂肪瘤质软,光滑,活动,如含纤维成分则称纤维脂肪瘤,质较硬,有时体积很大;神经鞘瘤或神经纤维瘤常伴局部疼痛;淋巴结炎或淋巴结核可伴疼痛、局部红肿、发热等,慢性淋巴结炎直径一般不超过 2 ~ 3cm,淋巴结核常见于青少年或婴幼儿。淋巴瘤可单发于一侧腋窝,也可两侧腋窝或全身多部位多发,质韧或硬。最终确诊依赖病理学,对 CUPS 还可结合免疫组化技术、电镜、生化方法等进行诊断。

首发腋窝淋巴结转移的乳腺癌或黑色素瘤与一般的乳腺癌或黑色素瘤腋窝淋巴结转移治疗原则相

同,如无其他器官转移,则可行相应的根治性手术,术后补充放疗或化疗,治疗效果也相当,本组乳腺癌、黑色素瘤的治疗效果与文献报道相近^[3,4]。肺癌出现腋窝淋巴结转移则属晚期,一般不适于手术,预后差,但本组 1 例因原发灶小且无其他器官转移,行肺叶切除加腋窝转移瘤切除,获得 2 年以上生存。甲状腺癌腋窝转移少见,作甲癌根治再加患侧腋窝清扫也能获得较好的近期效果,本组 1 例甲状腺乳头状癌术后生存了 4 年。其他转移癌以化疗为主,但预后差,生存均不超过 1 年。对于腋窝 CUPS 我们以化疗为主,分化型癌预后较好。

参考文献:

[1] Blum A, Schla genhauff B, Stroebel W, et al. Ultrasound examination of regional lymph nodes significantly improves early detection of locoregional metastases during the follow-up of patients with cutaneous melanoma: results of a prospective study of 1288 patients [J]. *Cancer*, 2000, 88 (11): 2534-2539.

[2] 张天泽, 徐光炜. 肿瘤学 [M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1996, 2500.

[3] Haskell C, Cochran AJ, Barsky SH. Metastasis of unknown origin [J]. *Curr Probl Cancer*, 1988, 12 (1): 5.

[4] Dailey SH, Sataloff RT, Lymphoma: an update on evolving trends in management [J]. *Ear Nose Throat J*, 2001, 80 (3): 164-170.

(李奇明校对)

(上接第 478 页)

以裸核的形式存在。早期退变的裸核在形态上仍然保持了恶性肿瘤细胞的特征,光镜下观察仍有一定的诊断价值。由于与 Ber-Ep4 抗体结合的抗原位于胞膜,因而用免疫磁珠不能与癌细胞核结合,引起漏检导致阳性检出率较低。2. 粪便中的非细胞成分及其粘液可与免疫磁珠发生非特异性的结合,影响脱落细胞的提取。

我们将离心淘洗法、密度梯度离心法及免疫磁珠法进行归纳比较,并在此基础上进行了如下几方面的改进: 1. 在滤液中加入过饱和量的硼酸以溶解粪便中的粘液。2. 在孔径 150 μ m 筛网过滤前先经孔径 600 μ m 筛网过滤,去掉较大的粪便颗粒。3. 孔径 50 μ m 筛网过滤前加固定液可以溶解食物残渣中的脂滴,明显提高涂片背景的清晰度。利用该方法可使异型细胞的阳性率达 83.87% (26/31),而且改良后的方法简化了操作程序,耗材成本低,尤其适用于大肠癌临床诊断及筛查。但淘洗法提取的脱落细胞纯度欠佳,仍含有大量的细菌及食物残渣,虽然不影响光镜下细胞形态学观察,但进一步进行分子生物学检测仍存在一定的困难,因此粪便中脱落细胞的提取方法仍需进一步改进。

参考文献:

[1] Ratto C, Flamini G, Sofio L, et al. Detection of occult primary colorectal cancer from neoplastic colonic cells in feces [J]. *Dis Colon Rectum*, 1996, 39 (11): 1238-1244.

[2] Loktionov A, Oneill K, Silvester K, et al. Quantitation of DNA from exfoliated colonic crypts isolated from human stool surface as a novel noninvasive screening test for colorectal cancer [J]. *Clinical Cancer Research*, 1998, 4: 337-342.

[3] Iyengar V, Albaugh G, P., Lohani A, et al. Human stool as a source of viable colonic epithelial cells [J]. *FASEB J*, 1991, 5 (13): 2856-2859.

[4] Bader GM, Panicolaou GN. The application of cytology in the diagnosis of cancer of the rectum, sigmoid and descending colon [J]. *Cancer*, 1951, 5 (2): 307-314.

[5] Rosman AS, Federman Q, Feinman L. Diagnosis of colon cancer by lavage cytology with or without administered balanced electrolyte solution [J]. *Am J Gastroenterol*, 1994, 89 (1): 51-56.

[6] Albaugh G, P., Iyengar V, Lohani A, et al. Recovery and characterization of exfoliated intestinal tract cells from fresh human stool by countercentrifugation [J]. *J Cell Biol*, 1989, 107: 575a.

[7] Harding JE, Kotasek D, Farmer B, et al. Immunobead-PCR: a technique for detection of colorectal cancer [J]. *J Cancer*, 1992, 52 (3): 347-350.

[8] Latza U, Niedobitek G, Schwarting R, et al. Ber-Ep4: a new monoclonal antibody which distinguishes epithelial from mesothelial cells [J]. *J Clin Pathol*, 1990, 43 (2): 213-219.

(李奇明校对)