

58 例侵袭性胸腺瘤的临床诊疗分析

刘立刚, 潘铁成, 李军, 魏翔, 陈涛, 郑智

Analysis of Clinical Diagnosis and Surgical Treatment in Fifty-eight Patients with Invasive Thymoma

LIU Li-gang, PAN Tie-cheng, LI Jun, WEI Xiang, CHEN Tao, ZHENG Zhi

Department of Thoracic and Cardiac Surgery, Tongji Hospital Attached to Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430030, China

Abstract: Objective To generalize the experience in the diagnosis and treatment of invasive thymoma.

Methods By performing retrospective study on 58 patients, to generalize the experience in the diagnosis and treatment of such disease. **Results** In the aspect of operative approaches, 58 patients were divided into two groups, namely median sternotomy (43 cases) and anterolateral approach (15 cases). 41 cases received complete tumor resection, 14 cases received palliative resection and others just received tumor biopsy. Among those with complete thymoma resection, 36 cases were performed enlarged tumor resection, including mediastinal pleural resection (27 cases), lung wedge resection (7 cases), superior vena cava or innominate vein partial resection and vascularplasty (9 cases) and replacement of superior vena cava (4 cases). seventeen patients with and stage thymoma only received palliative resection or tumor biopsy. The residual tumor tissues were implanted radioactive particles (^{125}I) in 14 patients and 1 patient received radiofrequency hyperthermia. All the patients survived and those, received complete tumor resection, had recovered very well and had higher quality of life, except only 1 case had still edema symptom in his face after replacement of superior vena cava. Among 58 patients, 23 patients survived 3 years and the survival rate was 39.7%. **Conclusion** Surgical therapy is playing an important role in the treatment of invasive thymoma. Radical tumor resection is very necessary for those suitable for operation and precautions must be taken to remove all the mediastinal fat tissues in order to reduce thymoma recurrence rate. For those with so large thymomas that can not be resected completely, in order to improving resection rate and prolonging survival time, therapy plan should add radiotherapy and (or) chemotherapy before (or after) operation.

Key words: Invasive thymoma; Diagnosis; Therapy

摘要:目的 总结侵袭性胸腺瘤的临床诊治体会。方法 回顾性分析 58 例侵袭性胸腺瘤的临床诊治资料,总结侵袭性胸腺瘤的诊断及治疗经验。结果 经胸骨正中切口手术 43 例,胸前外侧切口 15 例;41 例肿瘤完全切除,14 例肿瘤姑息切除,3 例仅行病理活检;其中 36 例肿瘤扩大切除,包括纵隔胸膜及心包部分切除 27 例,肺楔形切除 7 例,上腔静脉或无名静脉部分切除加成形修补 9 例,上腔静脉置换 4 例;17 例、期患者行姑息性切除或取活检术。残余肿瘤组织予以放射性碘粒(^{125}I)植入 14 例,射频透热治疗 1 例。全组病例无死亡。41 例根治性切除患者,除 1 例行上腔静脉置换术后颜面部浮肿消除不满意的,其余恢复良好,术后随访患者生存质量较高。23 例患者生存时间大于 3 年,3 年生存率为 39.7%。结论 外科手术是治疗侵袭性胸腺瘤的重要手段。手术病例应尽可能做到根治性切除,并注意纵隔脂肪的清扫以减少复发机会。对于瘤体巨大不能根治性切除病例要酌情结合术前或术后放疗或化疗来提高切除率,延长患者的生存期。

关键词: 侵袭性胸腺瘤;诊断;治疗

中图分类号:R736.3 文献标识码:A 文章编号:1000-8578(2007)06-0459-03

0 引言

侵袭性胸腺瘤(invasive thymoma)是恶性胸腺瘤的一种类型。其生物学行为类似其他恶性肿瘤,呈浸润性生长,并可以发生邻近及远处脏器转移,临床上治疗亦较为困难。下面将我院于 1988 年 7 月~2005 年 7 月收治的 58 例侵袭性胸腺瘤的临床诊

收稿日期:2006-09-18;修回日期:2006-10-12

作者单位:430030 武汉,华中科技大学同济医学院附属
同济医院胸心外科

作者简介:刘立刚(1975-),男,硕士,主治医师,主要从事胸心外科疾病的临床研究

治情况总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在 58 例侵袭性胸腺瘤病例中,男 34 例,女 24 例;年龄介于 16 ~ 54 岁,平均年龄 38.2 岁;就诊主诉:胸痛 32 例;气促、呼吸不畅 7 例;胸痛伴呼吸困难 6 例;合并重症肌无力者 3 例,均为眼肌型,且均为女性;颜面部肿胀 2 例;体检发现肿瘤 8 例;所有诊断均经病理证实,其中上皮细胞型胸腺瘤 32 例,混合细胞型 16 例,淋巴细胞型 3 例,梭形细胞型 7 例。

1.1.1 影像学表现

胸片检查提示前上纵隔(或前纵隔)肿块影,呈圆形或椭圆形,大多偏于一侧,边缘锐利或者有分叶,位于前纵隔心底部大血管前间隙,贴近胸骨后侧,于胸骨角水平,纵隔影增宽;侧位片上或可见密度较低、模糊不清的阴影。胸部 CT 表现:前纵隔肿瘤边缘毛糙不规则或呈分叶状、病灶中心呈低密度影,可有钙化,与心包、主动脉弓及其分支、上腔静脉、无名静脉及纵隔胸膜等临近脏器间的脂肪间隙消失,边界不清;增强显像提示肿瘤均匀强化。

1.1.2 分期

胸腺瘤按 Masaoka 病理分期法分期^[1], 期:肉眼下包膜完整且镜下无包膜侵犯; 期:肉眼下侵犯纵隔脂肪组织或纵隔胸膜,或镜下侵犯包膜; 期:肉眼下侵犯心包、大血管或肺; a 期:发现胸膜或心包种植; b 期:淋巴或血道转移。 期以上为恶性胸腺瘤。本组 期 18 例(31.03%), 期 34 例(58.62%), 期 6 例(10.34%)。

1.2 手术方式

所有患者均采用气管内插管、静脉复合麻醉。根据肿瘤部位和大小的不同,分别经胸骨正中切口手术 43 例(74.14%),胸前外侧切口 15 例(25.86%);41 例(70.69%)肿瘤完全切除,14 例(24.14%)肿瘤姑息切除,3 例(5.17%)仅行病理活检;其中 36 例(62.07%)肿瘤扩大切除,手术切除范围包括:纵隔胸膜及心包部分切除 27 例(46.55%),肺楔形切除 7 例(12.07%),上腔静脉或无名静脉部分切除加成形修补 9 例(15.52%),上腔静脉人工血管置换 4 例(6.9%) (各组数据之间有部分重叠例数);17 例(29.31%)、 期肿瘤病变广泛累及上腔静脉及左右无名静脉,侵入心包累及升主动脉、肺动脉干及心房,以及气管、食管受累等原因不能行根治性切除,而行姑息性切除或取活检术。残余肿瘤组织予以放射性质子粒(碘 125)植入 14 例

(24.14%),射频透热治疗 1 例(1.72%)。

2 结果

全组病例无死亡。41 例根治性切除患者,除 1 例行上腔静脉置换术后颜面部浮肿消除不满意外,其余恢复良好。姑息性切除 14 例及 3 例活检患者切口愈合后转肿瘤科放疗和(或)化疗。术后随访患者生存质量较高,23 例患者生存时间大于 3 年,3 年生存率为 39.7%。

3 讨论

胸腺瘤为前纵隔最常见的肿瘤^[2],临床上多无特异性临床表现,以体检发现居多。侵袭性胸腺瘤则因肿瘤压迫侵入周围组织器官可具有多样化的临床表现,如胸痛、呼吸困难、吞咽困难、声音嘶哑、上腔静脉压迫致颜面部浮肿等。部分病例因合并重症肌无力而被发现^[3]。本组中合并重症肌无力 3 例,2 例因上腔静脉综合征就诊,诊断主要依据胸片、胸部 CT 及 MRI 检查。若前纵隔肿瘤影像学表现为边缘不整、肿瘤与周围脏器脂肪界面不清,则多为肿瘤侵袭表现。同其他胸部恶性肿瘤不同,侵袭性胸腺瘤细胞形态缺乏恶性特征,其良、恶性取决于肿瘤的生物学行为——包膜是否完整及有无临近周围器官组织受累。

由于侵袭性胸腺瘤的生物学行为较其他胸部恶性肿瘤进展相对较缓^[4],故其手术切除的概率较高。除临床证实肿瘤无法切除、存在远处转移或病人身体条件差不能耐受手术外,侵袭性胸腺瘤应尽可能争取手术治疗。Rea 等^[5]亦认为:完整手术切除的预后优于其他治疗,包括次全切除联合新辅助或辅助放疗和化疗。术中应尽可能完整的切除肿瘤及其受累组织,包括部分胸膜、心包、肺、上腔静脉及无名静脉等,并作周围纵隔脂肪的清扫,不能切除者则应用金属夹标记出明确的肿瘤范围,以利于术后的放疗。结合放疗、化疗可以取得较好的疗效^[6]。对于上腔静脉和(或)无名静脉受累病例,若受累血管段的上下边缘还剩余足够的长度且肿瘤可以完整切除或病人合并明显的上腔静脉梗阻症状,则应进行上腔静脉和(或)无名静脉部分切除补片成形或人工血管置换手术。这样可以提高肿瘤的切除率,改善病人的生活质量。本组行上腔静脉或无名静脉部分切除加成形修补 9 例,上腔静脉置换 4 例。除 1 例患者行上腔静脉置换术后颜面部浮肿消除不满意外,其余恢复良好。上腔静脉人工血管置换的手术指征为上腔静脉受累范围大于上腔静脉周径的 1/3 者。对于受累范围小于上腔静脉周径 1/3 的病例则予以

上腔静脉部分切除后成形及上腔静脉部分切除心包片修补。另外,对于姑息性肿瘤切除患者,肿瘤残留组织内放射性粒子的植入和射频透热治疗亦可增强对肿瘤组织的杀伤作用。本组 14 例患者接受放射性质子粒(碘 125)植入,1 例接受射频透热治疗,其中 5 例患者术后未接受进一步放疗,随访患者生活质量较高且均存活 2 年以上。

要重视麻醉及手术对病人呼吸功能的影响。侵袭性胸腺瘤患者大多就诊时间较晚,即使无明显症状,肿瘤亦往往较大,对气管存在或轻或重的压迫。麻醉插管时要警惕肌松剂、镇静剂等造成肌肉松弛致肿瘤下坠压迫气管、大血管而发生呼吸心跳骤停的可能性。对于肿瘤巨大病例,除麻醉师采用清醒插管技术外,我们亦将病人摆为前外侧切口体位,消毒铺巾后于第 3 或 4 前肋间胸骨旁小切口进胸,用组织钳上提瘤体后再慢慢转至仰卧位改行胸骨正中切口手术,这样可以避免此类并发症的发生。本组 58 例患者均无上述情况发生。另外,术中注意膈神经的保护,对于一侧膈神经受累须切除者要注意保护对侧膈神经的完整,否则将严重影响患者的呼吸功能。若肿瘤侵犯了双侧膈神经,则不宜行肿瘤根治性切除,可在保留膈神经的基础上行肿瘤大部切除,术后予以放疗。

总之,外科手术切除是治疗侵袭性胸腺瘤的重要手段。它不仅可以直接切除肿瘤、减轻肿瘤负荷、

消除或缓解临床症状,亦可以提高后续综合治疗的临床效果^[7]。手术病例应尽可能做到根治性切除,并注意纵隔脂肪的清扫以减少复发机会。对于瘤体巨大不能根治性切除病例要酌情结合术前或术后放疗或放化疗来提高切除率,延长患者的生存期^[8]。对于姑息性切除病例,术中残留瘤组织局部控制措施亦可以采用,但临床效果还有待进一步证实。

参考文献:

- [1] Suster S, Moran CA. Thymoma classification: current status and future trends[J]. Am J Clin Pathol, 2006, 125(4): 542-554.
- [2] Duwe BV, Sterman DH, Musani AI. Tumors of the mediastinum[J]. Chest, 2005, 128(4): 2893-2909.
- [3] Le Pechoux C, Mahe M, Bretel JJ, et al. Thymic tumors[J]. Cancer Radiother, 2005, 9(6-7): 351-357.
- [4] Cooper JD. Current therapy for thymoma[J]. Chest, 1993, 103(4): 334-336.
- [5] Rea F, Marulli G, Grardi R, et al. Long-term survival and prognostic factors in thymic epithelial tumours[J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2004, 26(2): 412-418.
- [6] Ichimura H, Usui S, Okazaki H, et al. Excision after chemoradiotherapy of invasive thymoma extending into the right atrium: report of a case[J]. Surg Today, 2006, 36(6): 534-537.
- [7] Wright CD, Kessler KA. Surgical treatment of thymic tumors[J]. Semin Thorac Cardiovasc Surg, 2005, 17(1): 20-26.
- [8] Eng TY, Thomas CR Jr. Radiation therapy in the management of thymic tumors[J]. Semin Thorac Cardiovasc Surg, 2005, 17(1): 32-40.

[编辑:贺文;校对:刘红武]