

DOI:10.3724/SP.J.1008.2012.01120

细支气管肺泡癌肿瘤直径对术中淋巴结清扫范围的可能价值

于 华,初向阳*

解放军总医院胸外科,北京 100853

[摘要] **目的** 初步探讨不同直径单发细支气管肺泡癌(bronchioloalveolar carcinoma, BAC)的淋巴结转移频度及区域间差别,以指导临床术中淋巴结清扫。**方法** 收集手术治疗、病理诊断为 BAC 的肺孤立性结节 137 例,根据肿瘤直径分为 3 组:≤2 cm 组,2~3 cm 组,>3 cm 组。分析组间 N1、N2 组淋巴结转移率的差异。**结果** 3 组患者间 N1 组淋巴结转移率差异有统计学意义($P<0.05$),对于直径较大病变,术中应对第 10 组淋巴结完整清扫;3 组患者间 N2 组淋巴结转移率差异无统计学意义。**结论** BAC 肿瘤直径可能对术中 N1 组淋巴结清扫更有指导价值。

[关键词] 肺肿瘤;细支气管肺泡癌;肿瘤直径;淋巴转移

[中图分类号] R 734.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0258-879X(2012)10-1120-02

Value of tumor diameter of bronchi-oloalveolar carcinoma for determining extent of lymph node dissection

YU Hua, CHU Xiang-yang*

Department of Thoracic Surgery, General Hospital of PLA, Beijing 100853, China

[Abstract] **Objective** To study the metastasis frequencies and areas of solitary bronchioloalveolar carcinoma(BAC) of different diameters, so as to guide the intraoperative lymph node dissection. **Methods** A total of 137 patients with pathologically-confirmed solitary BAC received surgical treatment. The patients were divided into 3 groups according to tumor diameters: ≤2 cm group, 2-3 cm group, and >3 cm group. The N1 and N2 lymph node metastasis rates of the 3 groups were analyzed. **Results** The N1 lymph node metastasis rates were significantly different between the 3 groups ($P<0.05$); for tumors with greater diameter, the tenth group lymph nodes should be completely dissected. The N2 lymph node metastasis rates were not significantly between the 3 groups ($P<0.05$). **Conclusion** The tumor diameter of BAC may be used to guide the dissection extent of N1 group lymph nodes, but not that of N2 group lymph nodes.

[Key words] lung neoplasms; bronchi-oloalveolar carcinoma; tumor diameter; lymphatic metastasis

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2012, 33(10):1120-1121]

细支气管肺泡癌(bronchioloalveolar carcinoma, BAC)多位于肺周围实质,属较少见的恶性肿瘤,近年来发病率有所上升,且有年轻化趋势^[1]。有报道称约 10% 的 BAC 患者会出现淋巴结转移^[2],但对于 BAC 的淋巴结清扫范围及数量学界尚无统一标准。本研究对我科 2009 年 12 月 1 日至 2011 年 12 月 1 日手术治疗后病理诊断为 BAC 的肺孤立性结节 137 例资料进行回顾分析,探讨肿瘤直径与淋巴结转移频度及区域的关系。

1 资料和方法

1.1 一般资料 2009 年 12 月 1 日至 2011 年 12 月 1 日手术治疗、术后病理诊断为 BAC 的肺孤立性结节 137 例,男 58 例,女 79 例,平均年龄(66.3 ±

10.2)岁。临床表现有咳嗽、咳痰 37 例,咳白色泡沫痰 31 例,咳血丝痰 5 例,胸痛 15 例,气促 28 例,发热 21 例。曾有 4 例术前行抗炎治疗 2 周、3 例行抗结核治疗 1~6 个月。所有患者术前胸部 CT 检查均未发现明显肿大的肺门及纵隔淋巴结,术前均未行放、化疗。病变部位:左肺上叶 34 例,左肺下叶 30 例,右肺上叶 29 例,右肺中叶 16 例,右肺下叶 28 例。根据肿瘤直径将患者分为 3 组:≤2 cm 组,2~3 cm 组,>3 cm 组。

1.2 手术方法 取腋后线第 8 肋间 1.5 cm 切口置入 30°胸腔镜,通过胸腔镜探查确定病变部位、性质及肺门解剖情况。在腋前线第 3、4 或第 5 肋间做 4~5 cm 的小切口,用乳突牵开器将皮肤及皮下组织牵开,切断肋间肌进入胸腔,不需要置入开胸器,全

[收稿日期] 2012-09-10 **[接受日期]** 2012-10-02

[作者简介] 于 华,硕士生,住院医师。E-mail: yuhua301@yahoo.com.cn

* 通信作者(Corresponding author). Tel: 010-66938312, E-mail: drchu301@yahoo.com.cn

部由单操作孔全胸腔镜完成^[3]。本组行肺叶切除 80 例,肺楔形切除 19 例,肺段切除 38 例。右侧肿瘤患者清扫的淋巴结包括第 2、4、7、8、9、10 组,左侧患者清扫的淋巴结包括第 2、5、6、7、8、9、10 组。

1.3 统计学处理 采用 Chiss 统计软件进行分析,组间率的比较采用 χ^2 检验,检验水平(α)为 0.05。

2 结果

2.1 术后总体情况 全组手术顺利,无死亡及严重并发症发生。肿瘤直径平均(2.6±1.5) cm。全组共清扫淋巴结 1 295 枚,平均每例(4.1±1.3)组、(10.1±3.1)枚。N1 组淋巴结转移率为 10.9% (15/137),N2 组转移率为 5.1% (7/137)。

2.2 肿瘤直径与淋巴结转移的关系 不同肿瘤直径患者的 N1 组和 N2 组淋巴结转移率见表 2。结果表明,N1 组淋巴结转移率在 3 组间的差异有统计学意义($P<0.05$),N2 组淋巴结转移率在 3 组间的差异无统计学意义。

表 1 不同直径细支气管肺泡癌的淋巴结转移率

Tab 1 The lymph node metastasis rate of bronchioloalveolar carcinoma with different tumor diameters

Tumor diameter	N	N1 group lymph node metastasis ^a		N2 group lymph node metastasis ^b	
		n	Rate (%)	n	Rate (%)
≤2 cm	40	2	5.0	1	2.5
2-3 cm	61	5	8.2	3	4.9
>3 cm	36	8	22.2	3	8.3

^a: $\chi^2=6.61$, $P<0.05$; ^b: $\chi^2=1.33$, $P>0.05$

3 讨论

BAC 患者较常见于非吸烟人群,女性患者多见。与其他非小细胞肺癌(NSCLC)相比,BAC 具有独特的生物学行为和临床、影像及病理表现^[4]。BAC 大部分属周围型肺癌,痰细胞学和纤维支气管镜活检的阳性率低,术前病理诊断困难。患者临床症状缺乏特异性。因此,BAC 术前较难与肺结核、肺炎及肺内良性病变鉴别,误诊率较高。对于临床症状及影像学征象需与肺部炎性病变相鉴别的患者,若经诊断性治疗及 3~6 个月动态复查病变无消散,应及时给予系统治疗。

因对化、放疗皆不敏感,BAC 治疗上以外科手术为主^[5]。由于 BAC 具有在同侧肺出现卫星病变(肺内转移)的临床行为,因此其标准术式为肺叶切除。而对于高龄、心肺功能较差、基础合并症较多的患者,可行肺段切除或较大范围的肺楔形切除术。有报道研究 138 例 I 期肺癌患者,包括 33 例 BAC 患者,行肺叶切除与楔形切除,患者术后 5 年生存率差异无统计学

意义^[6]。我们的体会是:肺段切除术较楔形切除肺门解剖更加充分,须解剖肺裂、游离肺段动脉分支、叶间静脉分支及肺段支气管等结构,更便于清扫较多肺门及肺叶内淋巴结,有利于降低术后分期的误差。

BAC 生物学行为较肺其他病理类型恶性肿瘤稳定,较少发生淋巴结转移,预后较好。但有研究表明淋巴结转移情况是影响术后 BAC 患者生存的因素之一^[7]。Roberts 等^[8]报道 III、IV 期无淋巴结转移的多发结节型 BAC 通过手术根治性切除,可得到与 I、II 期孤立结节型 BAC 相似的 5 年生存率,BAC 的 T 分期对患者预后的影响较 N 分期相对要小。亦有报道称任何直径的 BAC 应行系统的纵隔淋巴结清扫术^[9]。而本研究结果提示:不同直径大小的 BAC 患者 N1 组淋巴结转移率差异有统计学意义,对于直径较大病变,N1 组淋巴结转移的可能性相对较大,术中应对第 10 组淋巴结完整清扫;N2 组淋巴结的转移率较低,与肿瘤直径未见明显相关。但本研究收集的病例数较少,肿瘤直径能否作为术中系统性纵隔淋巴结清扫的指征尚需进一步研究。

4 利益冲突

所有作者声明本文不涉及任何利益冲突。

[参考文献]

- [1] Regnard J F, Santelmo N, Romdhani N, Gharbi N, Bourcereau J, Dulmet E, et al. Bronchioloalveolar lung carcinoma: results of surgical treatment and prognostic factors[J]. Chest, 1998, 114: 45-50.
- [2] Furák J, Troján I, Szoke T, Tiszlavicz L, Morvay Z, Eller J, et al. Bronchioloalveolar lung cancer: occurrence, surgical treatment and survival[J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2003, 23: 818-823.
- [3] 初向阳, 薛志强, 张连斌, 侯晓斌, 马克峰. 单操作孔胸腔镜肺叶切除术的初步报道[J]. 中国肺癌杂志, 2010, 13: 19-21.
- [4] Jackman D M, Chirieac L R, Jänne P A. Bronchioloalveolar carcinoma: a review of the epidemiology, pathology, and treatment [J]. Semin Respir Crit Care Med, 2005, 26: 342-352.
- [5] 中国抗癌协会肺癌专业委员会; 吴一龙, 蒋国樑, 陆舜, 周清华, 张力. 支气管肺泡细胞癌之中国共识[J]. 循证医学, 2006, 6: 227-230.
- [6] Breathnach O S, Kwiatkowski D J, Finkelstein D M, Godleski J, Sugarbaker D J, Johnson B E, et al. Bronchioloalveolar carcinoma of the lung: recurrences and survival in patients with stage I disease [J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 2001, 121: 42-47.
- [7] 徐志红, 胡家安, 陈俊伟, 蔡凡, 任健. 170 例组支气管肺泡癌的临床分析[J]. 中国肿瘤临床, 2011, 38: 170-174.
- [8] Roberts P F, Straznicka M, Lara P N, Lau D H, Follette D M, Gandara D R, et al. Resection of multifocal non-small cell lung cancer when the bronchioloalveolar subtype is involved [J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 2003, 126: 1597-1602.
- [9] Miller D L, Rowland C M, Deschamps C, Allen M S, Trastek V F, Pairolero P C. Surgical treatment of non-small cell lung cancer 1 cm or less in diameter[J]. Ann Thorac Surg, 2002, 73: 1545-1550.

[本文编辑] 贾泽军