

DOI:10.3724/SP.J.1008.2008.00226

• 短篇论著 •

颈清扫术后颈淋巴结复发癌的再手术探讨

Reoperation for recurrent cervical lymph node carcinoma after neck dissection

朱敏辉,陈世彩,郑宏良*

第二军医大学长海医院耳鼻咽喉科,上海 200433

[摘要] **目的:**探讨颈清扫术后原清扫区域颈淋巴结复发癌的特点及再手术的策略和疗效。**方法和结果:**回顾分析41例头颈部恶性肿瘤颈清扫术后不同清扫区域颈淋巴结复发频率及再手术疗效。各区域发生颈淋巴结复发癌频率Ⅱ区为35.59%(21/59),Ⅲ区32.03%(19/59),Ⅳ区15.25%(9/59),Ⅰ区10.17%(6/59),Ⅵ区5.08%(3/59),Ⅴ区1.69%(1/59),肿瘤直径<3 cm 13例,3~6 cm 19例,>6 cm 9例,首次颈清扫手术后淋巴结复发时间1年以内者7例,1~2年者19例,2~3年者7例,3年以上者8例。颈淋巴结复发癌行单纯肿块切除7例,一个区域8例及两个区域以上者26例再次行颈淋巴结清扫术,其中同时行颈动脉外膜切除术5例、颈动脉切除端端吻合术2例、大隐静脉颈动脉重建术2例。手术并发症发生率15%,围手术期死亡率为0。再次手术后生存6~12个月5例,生存1~2年7例,2~3年10例,3年以上14例,失访5例,3年生存率34.15%,1年以上生存率75.6%。**结论:**颈淋巴结复发癌发生的部位主要集中在Ⅱ区、Ⅲ区、Ⅳ区和Ⅰ区,尤以Ⅱ区为甚,再次手术很大程度上能延长患者生命。

[关键词] 头颈部肿瘤;颈清扫术;肿瘤复发;颈淋巴结

[中图分类号] R 739.91 **[文献标志码]** B **[文章编号]** 0258-879X(2008)02-0226-02

头颈部恶性肿瘤有或疑有颈淋巴结转移时,颈淋巴结清扫是经典的治疗手段,但颈清扫术后仍可能出现颈淋巴结复发。现就我科收治的41例颈清扫术后原清扫区域颈淋巴结复发癌再手术的策略及疗效进行临床分析,以期临床工作提供一定参考。

1 临床资料

从1998年1月至2003年1月,我科共收治曾在本科或外院行颈淋巴结清扫术后原清扫区域首发颈淋巴结复发癌的患者41例,其中女性9例、男性32例,年龄为32~85岁,中位年龄54岁。鼻咽癌9例,鼻窦癌2例,鼻窦恶性黑色素瘤2例,喉癌9例,口咽癌3例,下咽癌12例,甲状腺癌2例,腮腺癌1例,原发灶不明1例。根据国际抗癌联盟(UICC)(1997)分类标准,首次手术原发灶属T₂8例,T₃19例,T₄14例;转移灶属N₁7例,N₂25例,N₃9例。首次病理诊断鳞状细胞癌33例,腺癌4例,恶性黑色素瘤2例,导管癌1例,类癌1例。首次手术行区域性颈清扫6例,功能性颈清扫术8例,根治性颈清扫术18例,扩大根治性颈清扫术9例。首次术后放疗38例,剂量为44~60 Gy。

2 结果

41例颈淋巴结复发癌中,位于Ⅰ区2例,Ⅱ区8例,Ⅲ区5例,Ⅳ区4例,Ⅴ区1例,Ⅵ区3例,同时累及Ⅰ、Ⅱ区4例,Ⅱ、Ⅲ区9例,Ⅲ、Ⅳ5例,共计59区,Ⅱ区占35.59%(21/59),Ⅲ区32.03%(19/59),Ⅳ区15.25%(9/59),Ⅰ区

10.17%(6/59),Ⅵ区5.08%(3/59),Ⅴ区1.69%(1/59)。肿瘤直径<3 cm 13例,3~6 cm 19例,>6 cm 9例。首次颈清扫手术后淋巴结复发时间1年以内者7例,1~2年者19例,2~3年者7例,3年以上者8例。颈淋巴结复发癌行单纯肿块切除7例,一个区域8例及两个区域以上者26例再次行颈淋巴结清扫术,其中5例皮肤、9例颈动脉受侵而行扩大颈淋巴结清扫术的同时,行颈动脉外膜切除术5例,颈动脉切除端端吻合术2例,大隐静脉颈动脉重建术2例,带蒂胸大肌皮瓣转位修复颈部缺损或保护颈动脉14例。有4例再次手术后出现部分皮瓣坏死,经对症处理后伤口延期愈合;2例发生感染,延期愈合;转移组织瓣均成活,未发生颈内动脉大出血,手术并发症发生率15%。术后5例作适形放疗,34例给予普通放疗,放疗剂量为35~65 Gy,与首次放疗间隔时间为9~36个月。除2例放疗后皮肤破溃外,未有其他放疗并发症。再次手术及放疗后生存6~12个月5例,生存1~2年7例,2~3年10例,3年以上14例,失访5例,3年生存率34.15%,1~3年生存率41.46%,1年以上生存率75.6%。

3 讨论

3.1 颈清扫术后颈淋巴结复发癌的临床特点及复发原因分析 影响头颈部恶性肿瘤患者生存率的重要因素之一是颈部淋巴结是否转移。对于颈部淋巴结转移的患者目前最有效的治疗手段就是行颈淋巴结清扫术,应根据肿瘤不同的分期分型及部位采取不同的手术方法^[1]。完整切除肿瘤并

[收稿日期] 2007-11-06 **[接受日期]** 2008-01-13

[作者简介] 朱敏辉,博士生,医师。

* 通讯作者(Corresponding author). Tel:021-25070633, E-mail:zheng-hl2004@163.com

最大限度的保留功能是手术的最终目的^[2]。颈部共10组淋巴结,其中颈内静脉淋巴结、副神经淋巴结、锁骨上淋巴结形成头颈部淋巴结的主要汇流区。颈淋巴结清扫术主要切除的是I~IV区或II~IV区^[3]。颈淋巴结复发癌亦主要发生在I~IV区。V区淋巴结很少累及。从本组资料看,颈淋巴结复发癌的解剖区域有明显差别,其中II区最多,占35.59%,其他依次为III区32.03%,IV区15.25%,I区10.17%,V区5.08%,VI区1.69%。颈淋巴结复发癌发生的部位主要集中II区、III区、IV区,I区,尤以II区为甚,原因可能有2点。一方面是首次手术野暴露不够充分影响到颈清扫的彻底性,头颈部癌颈淋巴结转移的方式为站点式,III区机会大于IV区,因而在同等条件下颈清扫术后III区复发机会应大于IV区。II区涉及颅底部分,该区的内颈内静脉上端、副神经之胸锁乳突肌深面段及腮腺后下极等不易暴露;IV区颈静脉角附近有淋巴导管(或胸导管)以及锁骨下静脉、胸膜顶等器官;I区则分布有面神经下颌缘支及舌下神经,这些因素均影响了术野的广度及深度,可能使清扫不彻底。另一方面,术者因担心伤及各区重要解剖结构而致手术分离不充分,以致有可能残留颈淋巴结。因此,明确前面所叙述的两点,有利于在做首次颈淋巴结清扫时,有针对性地处置相应区域,保证颈淋巴结清扫的彻底性。另外尚有下列因素可能会影响到患者的预后:肿瘤的临床分期,转移淋巴结位置是否固定,是否有包膜外侵犯;淋巴结转移是否侵犯第IV、V区或多区,原发肿瘤是否与转移淋巴结同时切除等^[4]。

3.2 颈淋巴结复发癌的术式选择及疗效分析 颈淋巴结复发癌不应轻易放弃手术机会。必须在行颈清扫术后加强门诊随访,有利于早发现、早治疗,提高患者的生存质量及预后。本组41例中有30例患者较为及时地发现了复发癌并很快施以再次手术,术中均完整切除肉眼可见的肿瘤;另有11例患者未能定期复查,发现颈淋巴结肿大后也未引起重视,直到肿块快速增长并伴有癌性疼痛时才来复诊,检查发现肿瘤侵犯皮肤、颈内动脉,其中5例皮肤、9例颈动脉受侵而行扩大颈淋巴结清扫术的同时,行颈动脉外膜切除术5例,颈动脉切除端吻合术2例,大隐静脉颈动脉重建术2例,带蒂胸大肌皮瓣转位修复颈部缺损或保护颈动脉14例。手术风险大、难度高,生存期明显较其他病例短。分析本组

资料,发现颈淋巴结复发多发生于3年内,提示颈清扫术后3年内应密切随访。首次颈清扫术加放疗改变了颈部正常解剖结构,并使复发癌与周围组织粘连,再手术难度大,易出现乳糜漏及神经血管损伤等并发症,因此再手术前需要充分准备,完善影像学检查(CT、MRI、血管彩超等),明确复发癌与血管等周围组织的关系,术中多用锐性解离避免分离血管神经束时发生破裂或断裂;处理II区复发癌时,可切除腮腺,咬除部分下颌骨升支及乳突尖,以利术中暴露肿瘤,本组即有4例通过这种方法完整切除了肿瘤;侵犯颈内动脉的复发癌,在做好充分准备的情况下,可进行颈动脉外膜切除术,颈动脉端吻合术,大隐静脉颈内动脉重建术,本组9例采用上述方法,治疗效果甚好。仅4例再手术后出现部分皮瓣坏死,2例发生感染,对症处理后延期愈合;转移组织瓣均成活,未发生颈内动脉大出血,手术并发症发生率15%。总之,再手术一定要充分暴露术野并完整切除肿瘤。首次术后进行了放疗仍可再手术,术后切口愈合时间可能延迟,本组资料中38例首次手术后接受放疗,放疗剂量为44~60 Gy,6例发生切口愈合延迟。再次手术后仍可行放疗,本组病例39例接受再次放疗,剂量为35~65 Gy,与首次放疗间隔时间为9~36个月,除2例皮肤破溃外,无其他并发症。

[参考文献]

- [1] Kowalski L P, Sanabria A. Elective neck dissection in oral carcinoma: a critical review of the evidence[J]. Acta Otorhinolaryngol Ital, 2007, 27: 113-117.
- [2] Dubsy P C, Stift A, Rath T, Kornfehl J. Salvage surgery for recurrent carcinoma of the hypopharynx and reconstruction using jejunal free tissue transfer and pectoralis major muscle pedicled flap[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2007, 133: 551-555.
- [3] Ferlito A, Rinaldo A, Robbins K T, Silver C E. Neck dissection: past, present and future[J]? J Laryngol Otol, 2006, 120: 87-92.
- [4] Barzan L, Talamini R. Analysis of prognostic factors for recurrence after neck dissection[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1996, 122: 1299-1302.

[本文编辑] 孙岩