

DOI:10.3724/SP.J.1008.2009.00983

原发性胸壁骨肉瘤第三次复发后再手术治疗(附1例报告)

Reoperation for primary chest wall osteogenic sarcoma after a third recurrence: a case report

李志刚, 陈和忠, 金海

第二军医大学长海医院胸心外科, 上海 200433

[关键词] 原发性胸壁骨肉瘤; 复发; 再手术

[中图分类号] R 738.1 [文献标志码] B [文章编号] 0258-879X(2009)08-0983-02

1 临床资料

1.1 一般资料 患者,男,18岁。在外院行右侧胸壁原发性骨肉瘤切除术后2年(术后接受8个疗程化疗和1个疗程放射治疗);本次入院前1年内2次出现局部复发,分别于1年前和6个月前在外院行复发肿瘤切除;2个月前在前手术部位再次出现软组织肿块。入院后,患者一般情况良好,右前外侧胸

壁可见3条前次手术瘢痕,腋前线第4、5肋间水平可见胸壁软组织包块(图1A),累及皮肤面积约3 cm×4 cm,有轻压痛。胸部X线及CT片可见:右前外侧胸壁软组织肿块,约5 cm×6 cm×4 cm;溶骨和成骨现象混合出现;第4、5、6前肋缺失(前次手术切除);左下肺单发圆形结节,直径约2 cm(图1B)。腹部B超、核素骨扫描、心电图、肺功能检查未见异常。术前诊断为原发性胸壁骨肉瘤局部复发伴左下肺转移。



图1 手术前后患者图片资料

A: 术前胸壁照片,可见胸壁软组织包块及前3次手术瘢痕(白色箭头); B: 术前胸部CT表现,可见右前外侧胸壁软组织肿块(R-Tumor,白色箭头),溶骨和成骨现象混合出现,左下肺单发圆形结节(Metastasis,白色箭头); C: 转移对侧腹直肌肌皮瓣的制备; D: 胸壁软组织缺损修补术后

1.2 手术治疗 患者入院后完善相关术前准备,于2007年7月4日行手术治疗。术前全身麻醉,双腔气管插管。首先取右侧卧位,左侧保留肌肉的第5肋间后外侧切口,行左下肺楔形切除术,切除左下肺结节。术中冰冻病理检查证实为转移性骨肉瘤。然后转为平卧位,对右侧胸壁骨肉瘤做根治性切除,切缘距肿瘤4 cm,并经术中冰冻病理检查确认切缘未累及。胸壁缺损使用厚度为1 mm的Gore-Tex补片(W. L. Gore & Associates, Inc.)修补,然后在补片上方选用带蒂对侧腹直肌肌皮瓣转移覆盖,完成肿瘤切除和胸壁重建(图1C、1D)。术后当日拔出气管插管,患者恢复顺利,胸壁形态满意,无反常胸壁运动。术后病理证实为胸壁骨肉瘤复发合并左下肺转移。术后随访1年,接受6次化疗,无肿瘤复发。

2 讨论

原发性胸壁骨肉瘤比较少见,一般发生于10~25岁的青少年。完整外科切除是获得良好预后的最佳手段。骨肉

瘤可以沿骨髓腔和组织间隙浸润生长,因此防止肿瘤复发的最重要因素是保证有足够范围(≥ 4 cm)的阴性切缘,同时还应包括受累肋骨的完整或充分切除^[1-2]。本例患者前3次手术均未获得成功的原因就在于未曾进行大块根治切除,阴性边缘切除不够。直径超过5 cm的全厚胸壁缺损一般都要求重建,有肩胛骨保护的区域除外。重建材料包括Prolene补片、Gore-Tex补片、Marlex补片和一些金属材料。我们倾向于选用Gore-Tex补片,其优点包括张力维持效果好、防止气液渗透、防黏连、易于缝合;缺点是价格较昂贵。全厚切除后的大块胸壁缺损在人工材料修补后,一般还需要局部软组织覆盖,所以有经验丰富的整形外科医师协助是完成此类手术的关键。可用的软组织包括肌肉、大网膜等,而全厚的肌皮瓣具有血循环好、支持皮肤区域大的优点,最适合使用。对于再次手术病例,因前次手术可能对附近肌肉及其血管造成了损害,术前应仔细评价各选的软组织重建体。本例患者因前3次手术,同侧背阔肌、前锯肌和胸大肌,包括供应同侧腹

[收稿日期] 2008-12-23 [接受日期] 2009-04-01

[作者简介] 李志刚,博士,讲师、主治医师。E-mail: dr_lizhigang@hotmail.com

直肌的乳内动脉,均受到不同程度破坏,最终选择了对侧腹直肌肌皮瓣进行重建。单发肺转移并非骨肉瘤的手术禁忌证,Martini等^[3]连续观察了27例骨肉瘤肺转移切除患者,发现系统而完整地切除转移瘤可获得80%的成功率,而5年存活率高达45%。除外科治疗之外,术前新辅助化疗可以作为一种有效的诱导治疗手段,不仅可以使肿瘤缩小,有利于手术切除,而且有助于降低术后远处转移的风险,提高总体疗效。化疗方案以阿霉素、氨甲喋呤、顺铂联合应用为主^[4]。总之,保证足够范围的正常切缘和仔细的胸壁重建是此类疾病成功救治的关键。

[参考文献]

[1] Hsu P K, Hsu H S, Lee H C, Hsieh C C, Wu Y C, Wang L S, et

al. Management of primary chest wall tumors: 14 years' clinical experience[J]. J Chin Med Assoc, 2006, 69: 377-382.

[2] Chang R R, Mehrara B J, Hu Q Y, Disa J J, Cordeiro P G. Reconstruction of complex oncologic chest wall defects: a 10-year experience[J]. Ann Plast Surg, 2004, 52: 471-479.

[3] Martini N, Huvos A G, Mik V, Marcove R C, Beattie E J Jr. Multiple pulmonary resections in the treatment of osteogenic sarcoma[J]. Ann Thorac Surg, 1971, 12: 271-280.

[4] La Quaglia M P. Chest wall tumors in childhood and adolescence[J]. Semin Pediatr Surg, 2008, 17: 173-180.

[本文编辑] 贾泽军