

DOI:10.3724/SP.J.1008.2009.01087

气管原发性肿瘤的外科治疗(附13例报告)

Surgical treatment of primary tracheal neoplasms: a report of 13 cases

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

[摘要] **目的:**总结气管原发性肿瘤外科治疗经验,探讨治疗效果及影响因素。**方法:**总结2007年5月-2009年1月收治的13例行外科治疗的气管原发性肿瘤患者临床资料,分析疗效及影响因素。病理学包括腺样囊性癌8例,黏液表皮样癌2例,上皮-肌上皮癌2例,鳞状细胞癌1例。**结果:**10例气管肿瘤患者经右胸后外侧切口完成手术,其中8例行气管袖状切除加端-端吻合术,1例行袖式右全肺切除加左主支气管-气管端-端吻合术,1例行隆突切除-隆突重建。另有1例经颈部衣领切口、2例经胸骨正中切口完成手术,均为一期切除后重建。鳞状细胞癌患者有1枚淋巴结转移,其余患者淋巴结均为阴性。2例患者术后出现左侧喉返神经麻痹,无其他术后早期并发症发生,术后住院时间平均(9.7±0.5)d。平均随访(6.8±2.1)个月,无肿瘤复发。**结论:**手术切除是治疗气管原发性肿瘤的有效方法,病理类型及切除范围对患者术后远期生存率有很大影响。

[关键词] 气管肿瘤;外科治疗;治疗结果

[中图分类号] R 734.1

[文献标志码] B

[文章编号] 0258-879X(2009)09-1087-03

1 资料和方法

1.1 一般资料 2007年5月至2009年1月我院收治原发性气管肿瘤患者13例,其中男7例,女6例,26~65岁,平均(42±14)岁。临床表现:咳嗽10例、痰中带血6例、进行性

呼吸困难8例。病程1~12个月,平均(5.8±3.6)个月。肿瘤上缘距声门距离在3~10 cm,平均(5.1±1.8) cm。其中3例病变位于总气管上中段,8例位于总气管中下段,2例位于隆突附近。辅助检查手段包括纤维支气管镜13例(图1)、CT扫描13例、64排CT三维重建8例(图2)。

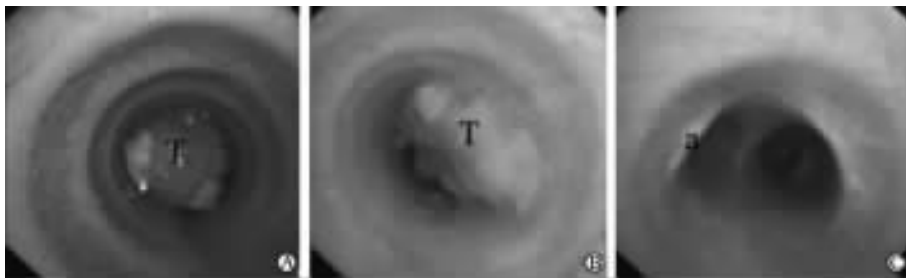


图1 气管上皮-肌上皮癌患者治疗前后支气管镜检查图

A:治疗前可见气管腔内新生物(T),几乎完全阻塞管腔;B:经6次介入治疗后,仍可见气管下段右侧壁有新生物(T)残留;C:经外科切除后3个月,行支气管镜复查,可见新生物消失,吻合口(a)愈合良好



图2 气管腺样囊性癌CT表现

A:CT平扫,可见气管腔内新生物;B:术前CT重建,可见气管下段腔内新生物;C:术后1个月,CT复诊,可见管腔通畅,无肿瘤复发

[收稿日期] 2009-02-28

[接受日期] 2009-06-01

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

1.2 治疗措施

1.2.1 术前介入治疗 7例患者术前接受了内镜介入治疗,其中4例患者介入治疗时有严重的呼吸困难(II~III度),接受1次治疗4例,2次治疗1例,3次治疗1例,6次治疗1例,治疗手段包括高频圈套电切、电凝、氩气刀。

1.2.2 手术治疗 所有患者均采用全身麻醉,经口气管插管,1例插管前先经硬质镜扩张狭窄气道,其余均直接插管。气管插管均在手术室内待患者清醒后拔除。10例患者采用右胸后外侧高位切口,1例采用单纯衣领切口,2例采用“T”形切口(衣领切口+上1/2胸骨正中切口)。术中经纤维支气管镜直视或触诊定位后,距肿瘤上下缘0.5cm离断气管,袖式切除病变气管,4-0 Vicryl(美国强生公司)可吸收缝线间断缝合吻合气管上下断端。1例患者病变累及隆突和右主支气管,行袖式右全肺切除,气管-左主支气管吻合。另有1例患者单纯隆突病变,行隆突切除+重建术(图3)。部分患者于肺下静脉下方“U”形切开心包,完成肺门松解减张。

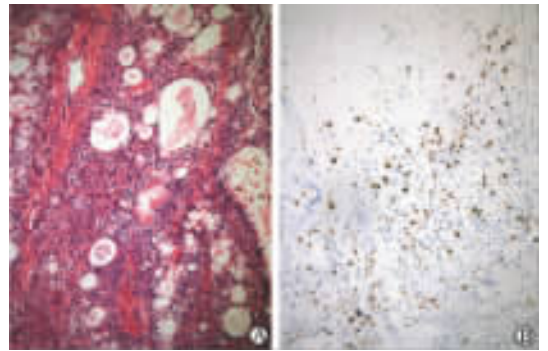


图4 黏液表皮样癌 H-E(A)及免疫组化(B)染色

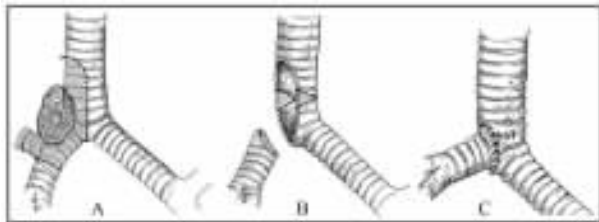


图3 隆突部位肿瘤切除示意图

A:肿瘤累及隆突区及右主支气管;B:切除受累气管;C:隆突重建后

1.3 术后随访 所有患者均间隔3个月进行随访,随访方式包括电话随访、门诊支气管镜和CT复查。

2 结果

2.1 手术情况及术后病理 气管切除长度2.5~4.0cm,平均(3.2±0.3)cm。2例经右胸切口的患者于术后早期出现声音嘶哑,电子喉镜证实为左侧声带麻痹,其余患者均顺利出院。术后住院时间9~11d,平均(9.7±0.5)d。术后病理类型:腺样囊性癌8例,黏液表皮样癌2例(图4),上皮-肌上皮癌2例,鳞状细胞癌1例。12例非鳞状细胞癌中,所有肿瘤细胞均累及气管全层,其中2例肿瘤侵犯至气管腔外,但未累及周围器官,无淋巴结转移(0/58)。1例鳞状细胞癌,肿瘤细胞累及气管全层,同时伴隆突下淋巴结转移(1/5)。13例术后病理证实切缘均为阴性,切缘距肿瘤1~6mm,平均(3.7±1.2)mm。

2.2 随访情况 随访1~15个月,平均(6.8±2.1)个月,无复发。3例患者有轻微咳嗽症状。8例患者于术后2周至半年在我院接受了术后支气管镜复查,7例患者镜下吻合口愈合良好,无气道狭窄和炎症表现。1例于术后2周气管镜检查可见吻合口粟粒样黏膜隆起,活检病理未见肿瘤复发。其中6例患者接受术后辅助放疗,放疗剂量为4000~6000Gy,病理类型分别为腺样囊性癌3例,上皮-肌上皮癌2例,鳞癌1例。

3 讨论

气管原发性肿瘤是一种非常罕见的肺部疾病,约占肺部肿块的0.1%以下,良、恶性均有,以恶性为主,病理类型以上皮源性为主,包括鳞状细胞癌(squamous cell carcinoma, SCC)、腺样囊性癌(adenoid cystic carcinoma, ACC)、黏液表皮样癌等[1-4],也有少量的上皮-肌上皮癌[5]。

关于气管原发性恶性肿瘤的病理分期,目前尚无明确定义。有研究通过回顾M. D. Anderson 60年内74例气管原发性肿瘤病例,提出了一个简单实用的分型建议[6]。T₁:肿瘤直径小于2cm,局限于气管内;T₂:肿瘤直径大于2cm,局限于气管内;T₃:起源于气管但侵犯至气管外,但无其他器官受累;T₄:肿瘤侵犯周围器官。此外有淋巴结转移为N₁,没有为N₀。有远处转移为M₁,否则为M₀。依此标准,我们对本组患者进行了详细的病理研究,发现其中大多数局限于单纯T₂之内,非鳞癌患者中只有2例为T₃,但没有淋巴结转移。而1例鳞癌患者为T₂N₁M₀。这与M. D. Andersen的结果基本一致,均反映出大多数气管低度恶性肿瘤具有腔内生长的特性,而鲜见腔外及远处转移,因此,外科彻底切除可获得满意的结果。而SCC则表现出更强烈的恶性倾向,虽然本组病例较少,但M. D. Andersen的SCC淋巴结转移率为34.6%[6],因此,SCC的远期生存率明显低于ACC和黏液表皮样癌,淋巴结转移和血行传播是SCC预后不良的主要原因[1,7]。

气管原发性肿瘤的治疗主要包括内镜下介入治疗、放射治疗和手术切除等3种方法[8-10]。手术切除是治疗良性和低度恶性气管原发性肿瘤的最好选择[3,8],能延长患者生存时间,提高生活质量;介入治疗、放射治疗主要适用于晚期姑息治疗和术后辅助治疗,一般适用于切缘阳性和有淋巴结转移的患者,尤其是鳞状细胞癌[9-10]。外科切除是否彻底对患者预后有较大影响,切缘阴性患者术后生存时间明显优于切缘阳性,但ACC患者即使切缘阳性,手术治疗的远期效果也明显好于非手术患者[4,6]。因此对于一些病变累及气管较长的ACC患者,允许一定程度上的切缘阳性,但术后需配合放疗[6,11]。而对于术后切缘阴性的患者是否要接受辅助放疗则尚存争议,我们认为SCC术后都需要辅助放疗,而ACC则可根据具体情况而定,切缘距离肿瘤较近(<5mm)和T₂以上的患者仍建议接受术后辅助放疗。

综上所述,对于大多数气管原发性恶性肿瘤,早期诊断、早期外科治疗是获得较好预后的前提,明确肿瘤病理类型、彻底的手术切除有利于提高患者预后。

[参考文献]

- [1] Macchiarini P. Primary tracheal tumours [J]. *Lancet Oncol*, 2006, 7: 83-91.
- [2] Gaissert H A, Grillo H C, Shadmehr M B, Wright C D, Gokhale M, Wain J C, et al. Long-term survival after resection of primary adenoid cystic and squamous cell carcinoma of the trachea and carina [J]. *Ann Thorac Surg*, 2004, 78: 1889-1896.
- [3] Gaissert H A. Primary tracheal tumors [J]. *Chest Surg Clin N Am*, 2003, 13: 247-256.
- [4] D' Cunha J, Maddaus M A. Surgical treatment of tracheal and carinal tumors [J]. *Chest Surg Clin N Am*, 2003, 13: 95-110, vi.
- [5] M'sakni I, Laabidi B, Bougrine F, Sabbegh-Znaïdi N, Benzarti S, Chebbi K, et al. Epithelial-myoeipithelial carcinoma of the nasal cavity [J]. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac*, 2007, 124: 228-231.
- [6] Webb B D, Walsh G L, Roberts D B, Sturgis E M. Primary tracheal malignant neoplasms: the University of Texas MD Anderson Cancer Center experience [J]. *J Am Coll Surg*, 2006, 202: 237-246.
- [7] Bumpous J. Metastatic cutaneous squamous cell carcinoma to the parotid and cervical lymph nodes: treatment and outcomes [J]. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*, 2009, 17: 122-125.
- [8] Gaissert H A, Grillo H C, Shadmehr M B, Wright C D, Gokhale M, Wain J C, et al. Uncommon primary tracheal tumors [J]. *Ann Thorac Surg*, 2006, 82: 268-272.
- [9] Chen C, Jiang S. A novel anatomy-conforming metallic stent for tracheobronchial stenosis [J]. *Ann Thorac Surg*, 2008, 85: 2100-2103.
- [10] Al-Sarraf N, Doddakula K, Nicholson S, Young V. Primary carinal sarcoma causing airway obstruction [J]. *Thorac Cardiovasc Surg*, 2008, 56: 179-181.
- [11] Luna-Ortiz K, Carmona-Luna T, Cano-Valdez A M, Mosqueda-Taylor A, Herrera-Gómez A, Villavicencio-Valencia V. Adenoid cystic carcinoma of the tongue-clinicopathological study and survival analysis [J]. *Head Neck Oncol*, 2009, 1: 15.

[本文编辑] 贾泽军