

DOI:10.3724/SP.J.1008.2010.00998

• 研究快报 •

同时发生的下咽-胸段食管多原发癌的外科治疗(附7例报告)

张才云¹, 陈世彩¹, 郑宏良^{1*}, 李志刚², 朱敏辉¹, 刘菲¹

1. 第二军医大学长海医院耳鼻咽喉头颈外科, 上海 200433
2. 第二军医大学长海医院胸心外科, 上海 200433

[摘要] **目的** 分析同时发生的下咽-胸段食管多原发癌(MPC)的发病特点、诊断及外科手术方式的选择与疗效。**方法** 回顾性分析2002年1月至2008年1月7例下咽-胸段食管MPC患者的临床资料,包括采取的辅助检查手段、临床分期和病理类型以及手术方式的选择、术后并发症情况和远期疗效等。**结果** 术前有6例明确为MPC,另外1例经术后病理证实。所有病例均为鳞状细胞癌,胸段食管癌均为高分化鳞状细胞癌,下咽癌中高分化4例、中分化3例。所有病例均采用全喉全下咽全食管切除胃咽吻合术,无一例围手术期死亡,术后均恢复良好的吞咽功能。2例发生术后并发症:胸腔积液1例,伤口感染1例,经保守治疗后治愈;随访至今,1例无瘤生存超过5年,3例术后3年现仍健在,2例术后2年复发死亡,1例术后10个月局部复发出血死亡。**结论** 下咽-胸段食管同时性MPC病史特点相似,应该常规应用各种辅助检查手段,以免术前漏诊;全下咽全食管切除胃咽吻合术具有操作相对简单的优点,是治疗下咽-胸段食管同时性MPC的首选术式。

[关键词] 下咽肿瘤;食管肿瘤;多原发性肿瘤;外科手术

[中图分类号] R 735.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0258-879X(2010)09-0998-04

Surgical treatment of multiple primary hypopharyngeal cancer and thoracic esophageal cancer: a report of 7 cases

ZHANG Cai-yun¹, CHEN Shi-cai¹, ZHENG Hong-liang^{1*}, LI Zhi-gang², ZHU Min-hui¹, LIU Fei¹

1. Department of Otorhinolaryngology-Head & Neck Surgery, Changhai Hospital, Second Military Medical University, Shanghai 200433, China
2. Department of Cardiothoracic Surgery, Changhai Hospital, Second Military Medical University, Shanghai 200433, China

[Abstract] **Objective** To investigate the clinicopathological characteristics, diagnosis and surgical treatment of multiple primary hypopharyngeal cancer and thoracic esophageal cancer. **Methods** Seven male patients with multiple primary hypopharyngeal cancer and thoracic esophageal cancer underwent surgical treatment during Jan. 2002 to Jan. 2008. Their clinical data, including the adjuvant examination method, clinical staging, pathological types, and operative methods, postoperative complications, and long-term outcomes, were retrospectively analyzed. **Results** Six patients were confirmed to have the disease before operation, and one patient was pathologically confirmed after operation. All patients had squamous cell carcinoma, with all the thoracic esophageal lesions and four hypopharyngeal lesions being well-differentiated, and three hypopharyngeal lesions being moderately differentiated. All cases underwent total laryngectomy, total hypopharyngectomy and total esophagectomy, and were reconstructed with gastropharyngostomy. There was no perioperative death and the swallowing function recovered satisfactorily after operation in all cases. One patient had postoperative pleural effusion and one had postoperative wound infection, which were cured after conservative treatment. All patients were followed up. One patient survived tumor-free for five years, two patients died two years after operation due to recurrence, and one died 10 months after operation due to local recurrence and bleeding. **Conclusion** Multiple primary hypopharyngeal cancer and thoracic esophageal cancer have similar characteristics, and various adjuvant examinations should be used routinely to avoid missed diagnosis. Total hypopharyngectomy and total esophagectomy combining reconstruction with gastropharyngostomy are easy to perform; they can be the first choice for the condition.

[Key words] hypopharyngeal neoplasms; esophageal neoplasms; multiple primary neoplasms; operative surgical procedures

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2010, 31(9):998-1001]

多原发癌 (multiple primary carcinoma, MPC),也称为重复癌,是指某一患者同时或相继发

[收稿日期] 2010-06-21 **[接受日期]** 2010-08-03

[作者简介] 张才云, 硕士, 住院医师, E-mail: fshzhang2002@163.com

* 通讯作者 (Corresponding author). Tel: 021-81873573, E-mail: zheng_hl2004@163.com

生两个或两个以上彼此没有关系的癌灶,可发生在同一器官或同一系统的不同部位,也可发生在不同器官或不同系统。同时发生的下咽-胸段食管 MPC 在临床上比较罕见。2002 年 1 月至 2008 年 1 月我科共收治此类患者 7 例,现将这组患者的临床病理特点、诊断方法、外科治疗方法的选择及疗效报告如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料 本组 7 例患者均为男性,年龄 40~68 岁,中位年龄 56 岁,均有长期不同程度的吸烟饮酒史,既往无胸、腹部手术史。临床症状主要有:进行性吞咽困难 6 例,咽痛、咽部不适 5 例,伴胸骨后疼痛 3 例。所采取的辅助检查手段中,均进行了电子喉镜、消化道钡餐造影、胃镜、颈部 CT、胸部 CT 等检查。根据 2002 年 UICC 的 TNM 分期标准,下咽癌 III 期 2 例,IV 期 5 例,其中 $T_3N_0M_0$ 1 例, $T_3N_1M_0$ 1 例, $T_3N_2M_0$ 2 例, $T_4N_2M_0$ 2 例, $T_4N_3M_0$ 1 例;胸段食管癌,术前 6 例明确诊断,II 期 5 例,III 期 1 例,其中 $T_2N_0M_0$ 2 例, $T_3N_0M_0$ 2 例, $T_2N_1M_0$ 1 例, $T_3N_1M_0$ 1 例。所有病例术前均未行放疗。术前腹部 B 超、心电图、肺功能胸片 X 线检查及检验结果均未发现异常,无手术禁忌。所有病例均选择全喉全下咽全食管切除胃咽吻合术进行治疗,并均行颈淋巴结清扫术,其中一侧根治性淋巴结清扫术、一侧功能性淋巴结清扫术 4 例,双侧功能性颈淋巴结清扫术 3 例。其中 2 例同时行上纵隔淋巴结清扫术,4 例行甲状腺部分或全切除。

1.2 手术方法 手术分头颈组和胸腹部组,头颈组先在颈部行弧形切口,行颈淋巴结清扫术,至少要保留一侧颈内静脉。其中 2 例同时行开胸上纵隔淋巴结清扫术,取右胸第 4 肋间前外侧切口入胸。剪开纵隔胸膜探查,明确肿瘤能切除时,分离结扎切断奇静脉。沿肿瘤周围进行锐性+钝性分离,逐一结扎切断食管的营养血管,清扫气管分叉下、食管旁及心包旁淋巴结。然后进行以下手术:头颈组紧贴椎前筋膜的表面游离全喉、下咽后,在舌骨水平切除下咽、全喉,气管切断水平多在 4~6 环。胸腹部组在上腹部正中切口,开腹后将胃提起,沿胃大弯与大网膜间血管逐一切断结扎,切断胃网膜左动、静脉,保留胃网膜右动、静脉至其根部。游离膈肌下胃顶部的胃膈肌韧带直到贲门处,充分游离贲门及下段食管,于贲门处切断食管。将食管内翻拔脱至颈部,连同下咽全喉一并切除。将胃从后纵隔食管床引至颈部。在颈部切开胃底,将胃底部同咽部切口对位吻

合,低位气管造瘘,颈部、上纵隔、腹部置负压引流管,逐层缝合。

2 结果

2.1 辅助检查特点 (1)食管钡餐造影(图 1):吞钡后可见下咽或食管入口和胸段食管壁多发充盈缺损,其间食管壁黏膜基本正常,钡剂通过受阻。(2)纤维胃镜:下咽可见新生物,多为菜花样,易出血,进入食管后多可见胸段食管壁溃疡或隆起,胃镜通过受阻。(3)颈部及胸部 CT:下咽及胸段食管占位,可见颈部肿大淋巴结,胸段食管壁与周围组织分界不清,可见纵隔肿大淋巴结。

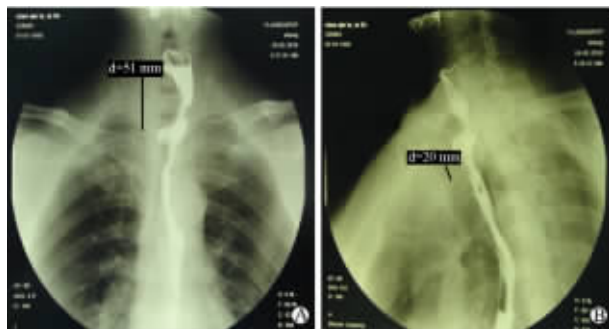


图 1 食管钡餐造影

Fig 1 Barium meal examination of esophagus

A: Facial frontal view; B: Lateral view

2.2 诊断结果 术前经纤维内镜下活检有 6 例明确为下咽-胸段食管双重癌,另外 1 例经术后病理证实且胸段食管癌为黏膜下浸润癌。其中胸段食管癌均为高分化鳞状细胞癌,下咽癌中高分化鳞状细胞癌 4 例,中分化鳞状细胞癌 3 例。术后证实有颈部淋巴结转移 6 例,上纵隔淋巴结转移 2 例。

2.3 手术疗效及并发症 所有病例无一例围手术期死亡,2 例发生术后并发症,包括胸腔积液 1 例,经胸腔穿刺抽液及对症抗炎处理后治愈;伤口感染 1 例,经换药及加强抗感染治疗后伤口愈合;所有病例术后均恢复了良好的吞咽功能。随访至今,1 例无瘤生存超过 5 年,3 例术后 3 年无复发现仍健在,2 例术后 2 年复发死亡,1 例术后 10 个月局部复发出血死亡。

3 讨论

MPC 的诊断目前仍沿用 Warren 等^[1]提出的诊断标准:(1)每一种肿瘤必须证实为恶性肿瘤;(2)每一种肿瘤必须具有各自独特的病理学形态;(3)必须排除转移或复发的情况。根据间隔时间将 MPC 划分为同时性和异时性两种,前者指 2 个以上的癌在 6

个月内发生者,而后者指超过6个月者。本组7例患者均属于同时性MPC。复习文献发现,食管与胃存在MPC的报道^[2-4]较多,而关于下咽与胸段食管存在MPC且为同时性MPC的报道较少见,现就其发病机制、诊断及治疗讨论如下。

3.1 下咽-胸段食管MPC的发病机制 MPC的发病机制目前也颇有争议,有学者认为MPC是微转移^[5]所致,即癌细胞通过载体(如唾液等)向其他部位转移,或其祖细胞在上皮内转移。也有学者认为肿瘤的多中心起源学说^[6]是MPC可能的发病机制,该学说认为正常人体存在多个肿瘤的易感中心,当受到不同致癌因素作用后发生癌变的时间、部位及类型均有差异,从而导致不同部位和不同时期、不同类型的MPC发生。下咽与食管同属于上消化道,黏膜长期暴露于烟酒等致癌因子的慢性刺激,当一个部位发生癌变时,另一部位发生MPC的可能性也增大,此即所谓的消化道区域癌化理论,而这种跳跃式病灶的存在,有可能就是下咽食管癌本身的生物学特性之一。所以作为耳鼻咽喉头颈外科医生,当遇到下咽癌的病例时,一定要有排除食管MPC的意识。

3.2 下咽-胸段食管MPC的诊断 联合应用钡餐造影、内镜及CT检查无疑会大大提高下咽-胸段食管MPC的检出率^[7]。下咽癌由于症状不典型、无特异性,往往到中晚期才能被发现,这也是下咽癌总体治疗效果欠佳的主要原因。所以碰到咽部不适、咽异物感、咽痛、吞咽困难等症状的患者应常规行电子喉镜检查,不但可以早发现病变,同时可行活检明确病变的性质。在下咽癌确诊之后,也应有明确或排除食管MPC的意识,应常规行食管钡餐造影和胃镜检查。食管钡餐造影可以显示病变在食管的定位,也可显示食管外病变与食管的关系,且可以动态观察,但对于一些微小病灶和黏膜细微结构的异常往往难以发现。而胃镜检查则恰恰可以帮助发现食管造影不容易发现的微小病灶。但内镜检查也有其局限性:如果病变引起食管明显狭窄或下咽癌侵犯食管,内镜就难以通过,无法显示远端病变。可见两者各有优缺点,结合起来检查可以相互弥补^[8]。MRI、CT检查在下咽-胸段食管癌中的应用价值主要在于了解病变向周围侵犯的情况、肿瘤的范围及与周围重要结构的关系^[9]。本组7例病例中均采用了上述几种辅助检查手段,其中6例在术前明确诊断,另外1例患者由于下咽癌侵犯颈段食管,胃镜无法通过,而食管钡餐造影术前未能发现病变,经术后病理检查才得以明确,为食管黏膜下浸润癌。7例患者均采

用了CT检查,其中2例发现纵隔淋巴结转移,术中同时对这2例患者进行了上纵隔淋巴结清扫术。因此,对于明确为下咽癌或是可疑存在胸段食管MPC的患者,应该常规应用上述几种辅助检查手段进行全面诊断,这样不仅可以提高MPC的检出率,减少漏诊,而且可以全面了解病变程度,为临床治疗方案的制定提供更多可靠的依据。

3.3 下咽-胸段食管MPC的手术方式 对于MPC的治疗和单一癌的治疗有原则性区别,前者的治疗应考虑一次性同时根治MPC,而后者只需作单一癌灶的根治。因此,对于下咽-胸段食管同时性MPC的手术治疗也应当选择根治性切除,而全下咽全食管切除胃咽吻合术即可达到同时根治2个癌灶,因此应列为首选方法。全下咽全食管的切除,可望较彻底切除肿瘤及第2个未发现的食管内病灶,本组资料中1例术前未发现第2癌,经术后病理才发现胸段食管同时性MPC的存在。选择胃咽吻合术作为下咽-胸段食管MPC切除后的首选重建方法还有以下优点^[10-11]:(1)胃的血运可靠,坏死的可能性很小;(2)只有一个吻合口,手术相对简便;(3)术后吞咽成功率高,即使肿瘤复发,进食功能也往往无明显妨碍,改善了患者的生存质量。也有学者提倡将结肠代食管作为全下咽全食管切除术后的重建方法,但结肠在食管成形术中的应用与胃相比有着一定的缺点,如:不符合生理特征,易污染手术野,术后感染或结肠坏死及咽痿等并发症多等,另外,手术复杂,手术死亡率高,腹腔内需做2个吻合口,吻合口狭窄的机会多于咽胃吻合术。

全下咽全食管切除胃咽吻合术也有两种方式:(1)非开胸食管内翻剥脱术,适用于下咽癌病变下界仅限于颈段食管,胸段食管肌层基本正常,上纵隔未发现淋巴结转移者。本组5例患者经过术前充分评估后采用这种方法,取得良好的手术效果。(2)开胸食管切除术,适用于下咽癌病变下界向下侵犯食管超过第二胸椎下缘水平,怀疑胸段食管癌食管肌层受浸润,或发现上纵隔淋巴结转移者。该法的优点是可同时行上纵隔淋巴结廓清术,能彻底切除癌灶。本组2例患者术前发现纵隔淋巴结有转移采用了该术式,但术后2例患者均出现了并发症(胸腔积液和伤口感染),这也是该术式的缺点所在,开胸创伤大,并发症相对较多。

虽然下咽-胸段食管同时性MPC临床上比较罕见,但作为头颈外科医生应对下咽-胸段食管同时性MPC高度重视,采用各种辅助检查手段明确诊断,避免漏诊。全下咽全食管切除胃咽吻合术是下咽-

胸段食管同时性 MPC 的首选术式,治疗效果较好,但应把防治并发症放在首位。此外,全喉切除后患者失去发音功能,会在一定程度上造成患者的生活质量下降,应予以注意。

[参考文献]

- [1] Warren S, Gates O. Multiple primary malignant tumors: survey of the literature and statistical study[J]. Am J Cancer, 1932, 16:1358-1414.
- [2] 钟 镭,徐志飞,吴 彬,孙耀昌,潘铁文,秦 雄,等. 同时发生的食管胃重复癌的外科治疗[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2006,22:4-5.
- [3] 姚 斌,张忠志,钟 镭. 同时性食管胃重复癌的诊断及治疗(附15例报告)[J]. 四川医学,2009,30:1732-1733.
- [4] Pătrașcu T, Doran H, Catrina E, Mihalache O, Degeratu D, Predescu G. [Synchronous tumors of the gastrointestinal tract][J]. Chirurgia(Bucur), 2010,105:93-96.
- [5] Kato Y, Tsuyuki A, Kikuchi K, Fujishiro Y, Tanabe M, Watanabe M, et al. Primary jejunal adenocarcinoma as part of multiple primary cancers of the digestive tract[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2008,23:673-677.
- [6] Wen D, Wang S, Zhang L, Wei L, Zhou W, Peng Q. Early onset, multiple primary malignancies, and poor prognosis are indicative

of an inherited predisposition to esophageal squamous cell carcinoma for the familial as opposed to the sporadic cases—an update on over 14-year survival[J]. Eur J Med Genet, 2009, 52: 381-385.

- [7] 武志峰,朱 捷,廖方义. 双重食管癌的综合诊断[J]. 中国医学影像技术, 2005,21:289-291.
- [8] Katada C, Tanabe S, Koizumi W, Higuchi K, Sasaki T, Azuma M, et al. Narrow band imaging for detecting superficial squamous cell carcinoma of the head and neck in patients with esophageal squamous cell carcinoma[J]. Endoscopy, 2010, 42: 185-190.
- [9] 赵心明,孙 伟,蒋力明,吴 宁,周纯武. 螺旋 CT 及其多平面重建技术对判定食管癌侵犯周围结构的价值[J]. 中国医学影像技术, 2003,19:885-886.
- [10] Ferahkose Z, Bedirli A, Kerem M, Azili C, Sozuer E M, Akin M. Comparison of free jejunal graft with gastric pull-up reconstruction after of hypopharyngeal and cervical esophageal carcinoma[J]. Dis Esophagus, 2008, 21: 340-345.
- [11] Kelly A M, Drinnan M J, Savy L, Howard D J. Total laryngopharyngo-esophagectomy with gastric transposition reconstruction: review of long-term swallowing outcomes[J]. J Laryngol Otol, 2008, 122:1354-1359.

[本文编辑] 孙 岩

· 书 讯 ·

《名医谈〈红楼梦〉与现代心理学》和《名医谈骨与关节病》已出版

《名医谈〈红楼梦〉与现代心理学》由徐声汉主编,第二军医大学出版社出版,ISBN 978-7-5481-0009-6,32开,定价:16.00元。

曹雪芹所著的《红楼梦》是我国源远流长、脍炙人口的经典名著。该书作者徐声汉一生从事精神病学、医学心理学工作,是有着50余年丰富临床经验的专家教授。他近些年来更致力于中国传统文化与现代医学结合的研究。本书不仅从心理医师的角度深刻挖掘了《红楼梦》中多个人物的心理内涵,还结合传统文化宣传心理学、精神卫生和医学心理知识,著书的目的是借《红楼梦》之形述心理学之魂。该书适合心理学工作者及广大读者阅读。

《名医谈骨与关节病》由李广智主编,第二军医大学出版社出版,ISBN 978-7-81060-783-4,32开,定价:16.00元。

该书详细地介绍了骨与关节病发病情况、病因、症状、诊断、鉴别诊断、治疗和预防保健。内容系统、详尽、实用,由骨与关节病专科医生联手精心编撰。适合广大骨与关节病患者和家属阅读,同时对专科临床医师和护理人员也具有参考价值,还是防治骨与关节病科普宣传的好教材。

以上两书由第二军医大学出版社出版发行科发行,全国各大书店均有销售。

通讯地址:上海市翔殷路800号,邮编:200433

邮购电话:021-65344595,65493093

<http://www.smmup.com>