

原发性脾肿瘤 31 例的治疗分析

胡士杰 吴健雄 荣维淇 祁付珍 王黎明 朱怀宇 邵永孚

中国医学科学院肿瘤医院 (北京市 100021)

关键词 脾肿瘤 外科手术 治疗

中图分类号: R733.2 文献标识码: A 文章编号: 1000-8179(2006)01-0051-02

原发性脾肿瘤临床少见, 中国医学科学院肿瘤医院 1990 年 1 月~2003 年 1 月共收治原发性脾肿瘤 31 例, 现报告如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

本组 31 例, 男性 17 例, 女性 14 例, 男:女为 1.2:1, 平均年龄 45.6 岁(18 岁~70 岁), 术后病理诊断良性肿瘤 16 例, 其中血管瘤 15 例, 淋巴管瘤 1 例; 恶性肿瘤 15 例, 其中非何杰金淋巴瘤 10 例, 血管肉瘤 5 例。

1.2 临床表现

左上腹不适疼痛 10 例(32.3%)为首发症状, 其中恶性肿瘤有 7 例(7/15); 腹部包块 16 例(16/31), 其中恶性肿瘤有 13 例(13/15)。恶性肿瘤多伴有发热、消瘦、盗汗、贫血、脾功能亢进等, 本组 8 例出现发热、消瘦、盗汗, 5 例出现脾功能亢进、血小板及粒细胞减少, 4 例出现贫血。良性肿瘤往往在体检时发现脾占位性病变, 本组 13 例(13/16), 另 3 例因触及腹部包块而就诊, 无明显其他症状。

1.3 影像学检查

本组 31 例行 B 超检查, 25 例行 CT 检查, 6 例行 MRI 检查均提示脾实质性占位性病变, 术前 B 超、CT、MRI 鉴别良恶性肿瘤正确率分别为 67.7%(21/31)、76.0%(19/25)、67.7%(4/6)。脾淋巴瘤 MRI 表现为脾增大, T1WI 脾内可见低信号区, T2WI 为高信号, 脾血管瘤血流丰富, MR 有特殊表现, T1WI 为低信号, T2WI 为高信号, 呈“灯泡”征。

1.4 实验室检查

4 例 Hb<100g/L, 均为脾血管肉瘤。

1.5 治疗方法

31 例均行脾切除术, 恶性肿瘤患者术后全部辅以放疗、化疗。

1.6 统计方法

使用 SPSS10.0 统计软件包处理数据, 绘制术后

Kaplan-meier 生存曲线并进行 log-rank 检验。

2 结果

恶性肿瘤中位随访时间 26 个月(1 个月~11 年)。10 例恶性淋巴瘤术后 1 年生存率 100%, 3 年生存率 85.7%, 5 年生存率 25.7%。5 例血管内皮肉瘤患者均在术后 1 年内死亡。两组患者的生存曲线见图 1, 经 Log-Rank 检验两组有显著性差异($\chi^2=18.21$, $P<0.0001$)。淋巴瘤的治疗效果明显好于血管肉瘤。16 例良性肿瘤患者术后恢复良好, 长期生存。

3 讨论

3.1 病理类型、临床表现与诊断方法

原发性脾恶性肿瘤中以恶性淋巴瘤最为常见^[1,2], 其次为血管肉瘤、淋巴管内皮肉瘤、纤维肉瘤。本组资料中, 恶性淋巴瘤占 32.3%, 占恶性肿瘤的 66.7%(10/15), 与文献报道相似^[3]。脾的良性肿瘤中以血管瘤多见, 本组资料中, 血管瘤占 48.4%(15/31), 占良性肿瘤的 93.8%(15/16), 其次为淋巴管瘤、畸胎瘤、错构瘤、脾囊肿。

脾脏位于膈下, 所以原发性脾肿瘤早期不易发现。本病主要表现为左上腹不适、疼痛、左上腹肿块, 甚至达盆腔。恶性肿瘤往往有发热、消瘦及贫血, 而良性肿瘤常在体检时发现, 无明显临床症状。B 超和 CT 是脾原发性肿瘤的主要诊断方法。何小东^[4]等认为脾脏占位性病变经 B 超和 CT 检查的特点如下: 1) 真性囊肿的特点: 圆形低密度灶, 均匀、强化无增强; 囊壁可见钙化, 边界清, 无回声。2) 脾血管瘤和淋巴管瘤, 脾脏肿大圆形低密度区, 延迟增强。3) 脾恶性肿瘤特点: 脾增大, 中密度肿块, 边界模糊, 囊内可见坏死囊变区, 单房或多房, 囊内可有点状钙化。多普勒超声, 良性者为少血管, 恶性者为多血管。脾血管瘤血流丰富, MR 有特殊表现, T1WI 为低信号, T2WI 为高信号, 呈“灯泡”征。根据以上影像学特征及临床表现基本可以诊断原发性脾良、恶性病变。原发性脾恶性肿瘤中以恶性淋巴瘤最为常见, 恶性淋

淋巴瘤是来源于淋巴网状组织与免疫关系密切的恶性肿瘤,主要发生于淋巴结,单纯首发于脾脏罕见,多为受侵;脾原发性淋巴瘤诊断标准为^[5]: 1) 临床上首发在左上腹疼痛及由于脾肿大造成的压迫症状; 2) 未发现其他部位有受累的情况; 3) 手术中探查肿瘤仅限于脾脏; 4) 诊断后6个月其他部位不出现淋巴瘤,本组10例均符合上述标准。脾转移瘤通常发生在肿瘤晚期,多伴有其他部位的转移,仅累及脾脏一个部位少见,原发瘤多为肺癌,乳腺癌,卵巢癌,恶性黑色素瘤等。

3.2 治疗与预后

原发性脾肿瘤行脾切除术为有效的治疗方法。良性肿瘤的脾脏常体积较小,不累及周围组织、器官、易于切除。有学者认为脾血管瘤在临床无症状前提下,一般不主张手术切除,也有学者认为脾血管瘤会发生自发性脾破裂出血^[6],主张手术切除。随着对脾功能的深入研究,发现脾具有重要的免疫功能,拥有大量功能各异的免疫细胞,可分泌大量免疫因子。脾的免疫功能在其他免疫器官尚未发育完善的幼龄时期更突出。脾切除后凶险性感染常发生于儿童,成人少见。因此对良性肿瘤局限于某一段应争取行脾部分切除术,对影像诊断为脾血管瘤者,可酌情严密随访观察。本组病例均为成人,均行脾切除术,无严重并发症。

对于脾恶性肿瘤主要为非何杰金淋巴瘤和脾血

管肉瘤。脾血管瘤生长迅速,预后差,多于治疗后1年内死亡。脾血管瘤对放疗、化疗疗效差,只有争取早期切除才能提高脾血管瘤患者的长期生存率。对于脾原发性淋巴瘤的治疗,本组10例术后均行放、化疗,3年生存率达85.7%,5年生存率25.7%,明显高于血管瘤。我们认为对脾原发性恶性肿瘤,只有早期发现、早期治疗才是提高原发性脾脏恶性肿瘤患者生存率的唯一希望。对于原发性脾脏肿瘤应尽早行脾切除术,不仅可以明确诊断也可以避免由于延误诊断而失去早期治疗的机会。

参考文献

- 1 Chen LW, Chien RN, Yen CL, et al. Splenic tumor: a clinicopathological study[J]. Int J Pract, 2004, 58(10):924-927
- 2 Dachman AH, Buck JL, Krishnan J et al. primary non-hodgkins splenic lymphoma[J]. Clin radiol, 1998, 53:137-142
- 3 Grosskreutz C, Froy K, Cuttner J. Primary Splenic lymphoma: Report of 10 cases using the real classification [J]. Cancer Invest, 2002, 20(5-6):749-753
- 4 何小东,康维明,郑朝红,等.脾脏占位性病变的临床诊治分析[J].中华普通外科杂志,2000,15(11):669-671
- 5 高纪东,蔡建强.原发性脾肿瘤 11例临床治疗分析[J].中华普通外科杂志,2000,15(3):162-164
- 6 吴在德.脾肿瘤.见:吴阶平,裘法祖,主编.黄家驷外科学[M].中册.第6版.北京:人民卫生出版社,1999.1329-1330

(2005-06-17 收稿)

(2005-09-07 修回)

(董恒磊校对)

晚期前列腺癌骨转移的综合性治疗

李守业 陈 昂 胡 滨

辽宁省肿瘤医院泌尿外科 (沈阳市 110042)

关键词 晚期前列腺癌 骨转移 综合性治疗

中图分类号: R737.25 文献标识码: A 文章编号: 1000-8179(2006)01-0052-03

晚期前列腺癌,占前列腺癌患者发病率的80%以上,均为原发性病灶不能手术切除治疗的患者,100%发生骨及器官转移癌。严重胸腰椎骨转移患者,因治疗不及时可引起下半身截瘫或死于肝肺等器官转移,在治疗上有一定难度,选择合适的治疗方法非常必要。现将我院10余年来收治的94例晚期前列腺癌经综合性治疗的结果报告如下。

1 材料与方

1.1 临床材料

1990年以来我院共收治170例前列腺癌患者,年龄在45-85岁之间,其中晚期癌伴有骨及其它器官转移患者为94例,占前列腺癌患者的80%以上。肋骨转移40例;胸腰椎及骨盆骨31例;四肢骨转移15例;颅骨8例。其中3例患者来诊时因严重胸腰椎骨转移癌已经下半身截瘫。1例胸骨转移肿瘤突出胸壁8cm×8cm×5cm大小肿块。盆腔淋巴结转移