

复发喉癌并肺转移癌手术 1 例

王琦玮,谭平清,陈 杰

(湖南省肿瘤医院 头颈外一科,湖南 长沙 410013)

中图分类号:R739. 65

肺转移癌大多数采用放化疗,是否选择手术还有争议。关于喉癌肺转移同期切除原发病灶与转移病灶的治疗尚未见报道。现将我院收治的 1 例喉癌复发并转移性肺癌,一次性行双灶切除无瘤生存近 4 年,报道如下。

1 病例报告

患者,男,41 岁,2014 年 10 月 5 日因喉癌双侧声带切除加喉室黏膜切除术 5 年,咽喉疼痛 10 个月,呼吸不畅半个月第二次入住我科。电子喉镜示:

声门上可见淡红色肿物,声门区窥视不清,环杓关节活动可。活检报告:浅表乳头状癌鳞癌变,大致中分化。行 PET-CT 示:甲状软骨局部骨质破坏,颈前软组织肿胀,颈部可见一大小约 4.8 cm×2.5 cm 团块状异常放射性浓聚影,最大 SUV10.3,右中肺见一大小约 3.3 cm×4.5 cm 团块状异常放射性浓聚影,最大 SUV8.5。双侧肺门淋巴结增生,余脏器未见明显异常。见图 1~3。术前予以 2 周期 TP 方案化疗(紫杉醇 240 mg,顺铂 120 mg)后复查肺部及颈部增强 CT 示:喉部和右中叶肺肿块较化疗前稍显缩小。见图 4~6。



图 1 CT 示喉癌侵犯周围组织 图 2 CT 示右侧中肺转移癌(纵隔窗) 图 3 CT 示右侧中肺转移癌(肺窗)



图 4 喉癌化疗后 CT 图 5 右肺转移癌化疗后 CT(纵隔窗) 图 6 右肺转移癌化疗后 CT(肺窗)

作者简介:王琦玮,男,在读硕士研究生,住院医师。
通信作者:陈 杰,Email:Cj1959@126. com

2014年12月2日行全喉切除+双侧颈部淋巴结清扫+气管造瘘+胸腔镜辅助下右中肺切除+右下肺肿块切除术。术后患者恢复顺利,术后病理报告:(喉及右中肺叶)高-中分化鳞癌,肺肿块大小约4 cm×2 cm×2 cm。双侧颈部淋巴结共21个未见癌转移,纵隔(11组)3个均未见癌转移。(右下肺结节)小区纤维组织增生,并见碳末沉着。于2015年1月16日出院。术后继续TP方案化疗3次,未行放疗。后每隔3个月复查1次,2017年11月复查肺部CT无复发(图7),2018年5月复查胸片无复发,B超颈部无淋巴结转移。

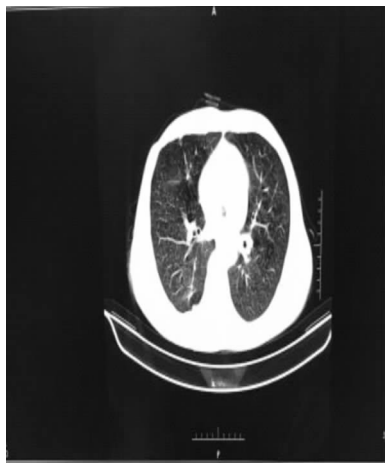


图7 2017年11月复查肺部CT

2 讨论

根据患者既往病史,我们考虑喉腔肿物为声门型喉癌复发,且累及声门上区。Lopez-LopezV等^[1]认为肺部结节从大小、增长率、轮廓、内部含量(钙化、空洞、脂肪)以及血管行程等多个方面可以判断良恶性。本例患者的喉部和肺部肿块除常规增强CT诊断喉癌复发和肺转移癌可能外,PET-CT均显示代谢增强,SUV值升高。由于喉癌和肺癌主要为鳞状细胞癌,在病理学上没有方法区分分化程度一致的肺部鳞癌是否原发还是转移。Veeramachaneni等^[2]通过逻辑回归分析,指出肺癌组织直径每增大1 cm,淋巴结微转移的发生概率就增大约3倍。在该病例中,肿瘤直径达4.5 cm,若以Veeramachaneni的理论,肿瘤直径≥3 cm,淋巴结发生微转移的概率为70%。另外,根据陈婧娴等^[3]理论指出:原发性肺癌病灶表现为不规则肿块形,分页状,密度欠均匀,部分病变伴有支气管受压,开口变窄,周围肺组

织膨胀不良,而肺转移瘤中支气管受侵犯少见,且根据能谱参数比较,在40~70 keV(间隔10 keV)下的动脉期平均CT值,能谱曲线斜率,碘浓度均低于肺转移瘤组。本例患者喉癌术后复发并破坏了喉软骨,右侧中肺部单一肿块,局限一侧肺野,我院CT检查未见肿瘤侵犯支气管、肺门或纵隔淋巴结肿大,未见条索状影或“串珠样”改变,经过与影像科医师反复确认,在40~70 keV(间隔10 keV)下的动脉期平均CT值,能谱曲线斜率,碘浓度与相同部位的原发性肺癌比较(经病理学诊断明确)均偏高。此外PETCT也没有发现代谢增强的肺门淋巴结。故本例患者喉癌复发并肺转移灶可能性更大,术后病理及免疫组化也证实喉和右中肺叶均为高-中分化鳞癌。

通常,喉癌并肺转移癌定义为晚期癌症,美国国立综合癌症网络(NCCN)建议放化疗而不选择手术,但是对有手术指征的患者予以手术,明显改善了患者的生存率。Todd^[4]总结了肺转移瘤患者手术切除后5年生存率,其中头颈部肿瘤达到40.9%~47.0%。Rush^[5]总结肺转移癌的手术指征为:①原发灶必须完全得到控制;②全身其他部位未发现肿瘤转移;③患者必须能够承受开胸或胸腔镜手术,且肺功能情况能够承受肺部分或肺叶切除;④原发肿瘤的组织学类型要明确;⑤估计肺转移瘤能够完全切除;⑥缺乏有效的非手术治疗手段。

本例患者的特点是喉癌术后复发,侵犯周围组织,但是没有侵犯血管和食管,另外肺部病灶单一且位于右侧中肺,对人体呼吸功能影响较小。制定治疗方案时,笔者结合患者的体质、复发喉癌对周围组织侵犯的程度、肺部病灶的位置、PET-CT等影像学表现以及多学科会诊的意见,认为患者可以耐受喉原发灶与肺转移灶的同期手术。在头颈外科和胸外科医生的密切配合下,全喉切除+双侧颈部淋巴结清扫+气管造瘘+胸腔镜辅助下右中肺切除+右下肺肿块切除手术获得圆满成功。目前术后存活近4年,无任何复发和转移。通过本例治疗经验,笔者认为:①喉癌并肺癌的双重癌,或喉癌并单个限于一叶肺的转移癌患者可以同期一次性切除,既节省患者的经费,也节省了治疗时间,提前了后续治疗的时间,也提高了整体疗效;②喉癌并肺转移的同期手术,需要术前仔细评估患者的体质、肿块的大小和外阴侵的程度、有无纵隔或肺门淋巴结转移等因素,需严格把握手术指征;③胸腔镜切除肺转移癌创伤小,出现肺部和胸腔感染的并发症较少,患者恢复快;④手

术前后的化疗既能缩小肿块,也能消灭亚临床转移灶,巩固手术疗效。

参考文献:

[1] Lopez-Lopez V, Robles R, Brusadin R, et al. Role of 18F-FDG PET/CT vs CT-scan in patients with pulmonary metastases previously operated on for colorectal liver metastases[J]. Br J Radiol, 2018,91(1081):20170216.

[2] Veeramachaneni NK, Battafarano RJ, Meyers BF, et al. Risk factors for occult nodal metastasis in clinical T1N0 lung cancer: a negative impact on survival[J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2008, 33(3): 466-469.

[3] 陈婧娴,候月娇,齐慧,等. CT能谱成像在原发性肺癌与肺转移瘤鉴别诊断中的价值[J]. 医学影像学杂志,2016,26(4):

625-629.

Chen JX,Hou YJ,Qi H,et al. Values of spectral CT energy imaging in differential diagnosis of primary lung cancer and lung metastasis [J]. Journal of Medical Imaging, 2016,26(4):625-629.

[4] Todd TR. The surgical treatment of pulmonary metastasis[J]. Chest, 1997,112(4 suppl):287S-290S.

[5] Rush VW. Pulmonary metastasectomy: Current indications[J]. Chest, 1995,107(6suppl):322S-331S.

(收稿日期:2018-08-15)

本文引用格式:王琦玮,谭平清,陈杰. 复发喉癌并肺转移瘤手术1例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2019,25(3):318-320. DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201903021

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201903022

• 病案报道 •

自发性脑脊液耳漏 1 例

李 茜,吴松林

(张家界市人民医院 耳鼻咽喉科,湖南 张家界 427000)

中图分类号:R764.9

脑脊液耳漏在临床工作中很少见,大部分因耳、颅脑外伤或医源性手术损伤、慢性化脓性中耳炎所致并发症导致,而自发性脑脊液耳漏更少见,常由先天性中耳、内耳发育畸形、严重感染或良恶性肿瘤引起,且易被漏(误)诊,许多患者在反复发作化脓性脑膜炎、难治性分泌性中耳炎后,才被确诊^[1]。本文通过报道1例罕见的首诊为分泌性中耳炎,经确诊为自发性脑脊液耳漏的诊断与处理,并复习相关文献,以提高对脑脊液耳漏的认识及处理能力。

1 病例报告

患者,男,35岁,因左耳听力下降5月余而入院。患者诉入院前5个多月无明显诱因出现左耳听

力下降,伴闷胀感,门诊多次行鼓膜穿刺抽液,以左侧中耳炎治疗未愈,3个月前在局麻下行左耳鼓膜切开置管术(T型管),术后听力明显好转,1周后再次出现左耳听力下降,伴外耳道大量清水样物溢出,考虑感染、排异反应所致,予抗感染、抗过敏治疗1周效果欠佳,应患者要求拔除T管,鼓膜切口愈合3d后,清水样分泌物经咽鼓管自鼻腔内流出,行分泌物常规及生化检查示葡萄糖浓度>1.7mmol/L,考虑为脑脊液,遂收住院,行CT脑池造影(图1a、b)明确为脑脊液耳漏(箭头位置为漏口位置),全身麻醉显微镜下行左耳鼓室探查+脑脊液耳漏修补术,术中探查明确漏口位置并修补(图2),术后患者采用头高脚低30°卧位,低盐饮食,避免用力、擤鼻、咳嗽等可导致颅内压增高的动作,予以甘露醇等药物降低颅内压及使用抗生素积极预防颅内感染,12d出院,术后随访1年,左耳听力无下降,未再发脑脊液耳漏,无脑膜炎发作。

作者简介:李茜,女,硕士研究生,主治医师。
通信作者:吴松林,Email:372959352@qq.com