

胸腺瘤的治疗——附71例临床分析

中国医学科学院肿瘤研究所

汪楣 张力军 杨宗貽 陈志贤

苗延进 吴泽奎 谷铨之

胸腺瘤的发病率居于纵隔肿瘤的第三、四位，约占整个纵隔肿瘤的10%。它多位于前纵隔，可以发生在任何年龄组。症状以胸痛、胸闷、咳嗽、气短为主。它以胸内转移和种植为主，远地转移也并不少见。外科手术和放射治疗是二种主要的治疗方法，近年来有多采用二者综合的趋势。为了进一步研究胸腺瘤的治疗原则和提高放疗和综合治疗的疗效，现将我院从1958年至1976年4月收治的71例胸腺瘤的治疗方法、疗效和影响预后的因素作一分析。

临 床 资 料

年龄6~72岁平均年龄37岁男46例，女25例，男：女为1.8：1。胸片除一例外，70例均位于前上或前中纵隔，肿块向双侧突起的22例占31%。手术组27例，伴肌无力的3例，27例术前均无转移。放疗组44例，伴有肌无力6例(14%)；上腔静脉综合症8例(18%)；声带麻痹4例(9%)。术前无转移29例(66%)，伴有胸外淋巴结转移8例(18%)；胸膜转移结节1例(2%)，心包转移结节，心包积液1例(2%)；血行转移5例(12%)。病理(见表一)

	上皮细胞 为主型	淋巴细胞 主型	混合型	不能分型	无病理	总计
手术组	12	10	1	4	0	27
放 疗	4	3	2	18	17	44
总 计	16	13	3	22	17	71

放疗组中有17例是根据典型X线表现而诊断，因伴有远地转移或有腔静脉综合症或声带麻痹而收入单纯放疗组。本组71例除3例失访按死亡计外，余均随诊五年以上，随诊率96%。

治 疗 方 法

一、单纯放疗组44例，放疗组织量达3000拉德以上。放射源 ^{60}Co 或高能电子速 β 线治疗，野范围由病灶范围决定，一般是肿块(包括边缘毛刺肺浸润的范围)外放0.5—1cm，个别作下纵隔或锁骨上区预防照射，当探查中发现有心包种植，心包积液的作全心脏、全纵隔放疗，组织量2000—3000拉德后局部原发

灶再补量。多先用 ^{60}Co 前各二野组织量3000—4000拉德后，为减少脊髓受量改用单前野 β 线治疗加量组织量2000拉德左右。放疗根治量组织量5000—6000拉德，少数肿块在组织量2000—3000拉德已基本消失的则总量为4000拉德左右。一般先100—150拉德/天，约一周后改为200拉德/天。

二、单纯手术组13例。

包膜完整与周围组织无粘连，肿瘤完整切除的10例，另一例是包膜肉眼完整，但与心包、肺紧密粘连而同时切除部份心包和肺组织的，结果术后三年发现肺转移，放疗后共存活五年半死于肺转移。其余二例仅作次全切除，不明原因术后未加放疗。

三、术后放疗组14例。

73年以后9例包膜完整无粘连，肿块完整切除术后均作放疗治疗，一般组织量3000—4000拉德，5例包膜不完整，病变界限不清仅作部份或次全切除，术后给予根治性放疗，放疗范围包括术前原发灶部位，方法同单纯根治性放疗。

治 疗 结 果

表2 71例胸腺瘤治疗后生存情况

分 组	三年生存率(%)	五年生存率(%)	十年生存率(%)
放 疗 前 无 转 移	16/29 55	15/29 52	8/16 50
放 疗 组 整 组	20/24 45	17/44 39	9/27 33
单纯手术组*	12/13 92	11/13 85	6/9 67
术后放疗组△	12/14 86	9/14 64	4/5 80

* 包括两例次全切除的病例 △ 包括五例次全切除病例

讨 论

胸腺瘤单从细胞类型或显微镜检下细胞的形态来预示良恶性是绝对不可靠、不正确的，而大体肿瘤包膜不完整或无包膜，肿瘤呈浸润性生长这就提示是恶性的、预后差(1、2、3、4、5)。胸腺瘤的治疗以手术、放疗或二者综合为主。根据本组材料对以下问题进行扼要的讨论：

一、术后放疗的指征。

表3 27例胸腺瘤术后生存情况

分	组	五年生存率%
完整切除	术后放疗	6/9 67%
	不加放疗	10/11 91
次全切除	术后放疗	3/5 60
	不加放疗	1/2 50

【注】*一例术后肌无力未控术后一年六个月死于呼吸肌麻痹。

△一例术后四年七个月复查无转移,无复发后失随,按死亡计。另一例肿块与心包粘连严重,切除不净,术后未加全心脏全纵膈放疗,死于心包积液和大量胸腔积液。

根据本组资料我们认为对包膜完整,无粘连或轻度粘连而分离容易的仅需单纯根治性手术,而对于浸润性胸腺瘤包括术中见无包膜或包膜不完整或肉眼包膜完整但与周围结构紧密粘连的胸腺瘤术后必须加根治性放疗,预后仍良好。Bergh等^(1,2)根据术中所见疾病的范围和外科标本的组织学检查将胸腺瘤分成三期,Ⅰ期是包膜完整,肿瘤在包膜内生长的。Ⅱ期肿瘤向包膜周围生长到纵膈脂肪组织。Ⅲ期浸润性生长达周围组织,胸内转移或二者均有的。认为根据以上分期来决定治疗和估计预后是重要的。Latonratte⁽²⁾对Ⅰ、Ⅱ期病人仅作单纯根治性手术的1/33例复发,放疗后也很好被控制,认为放疗仅用于Ⅲ期向周围组织生长的胸腺瘤。这与本组资料的结果是相符的,文献^(1-5,7-9)也是支持这一观点的。有的作者⁽⁶⁾认为胸腺瘤术后易复发主张术后多加放疗,近年来这治疗方案有广泛被应用的趋势,故今后有必要对Ⅰ、Ⅱ期胸腺瘤的治疗作一个严格的随机分组研究。

二、胸腺瘤单纯放疗的预后因素。(见表4)

表4 胸腺瘤单纯放疗的预后因素

病	期	五年生存率%
术前血行转移	有	1/7 14
	无	15/29 52
术前锁骨上淋巴转移	有	1/8 13
	无	15/29 52
肌无	力	有 3/6 50
	无	14/38 37
上腔静脉综合征	有	4/8 50
	无	13/36 36

注:对照组是指治疗前无血行转移,无胸外淋巴结转移,也无胸水和心包积液的29例

因单纯放疗组已作病理分型的病例太少,所以对

病理类型、放疗剂量、N. S. D. 或放疗范围与生存率的关系的分析没有得到有意义的结果,从(表四)中看出术前血行转移或锁骨上淋巴转移的预后明显差。比较有肌无力或腔静脉压迫症二组的生存率因病例数太少,以上结果无统计学意义,只能说明对肌无力或伴腔静脉压迫症的胸腺瘤应给予积极放疗,仍有长期生存的希望。

三、胸腺瘤放射治疗的失败原因

表5 胸腺瘤治疗后死亡原因的分析

组别	局部*	血行转移%
放疗组	13/36 36	18/36 50
手术组	2/8 25	3/8 38

*包括未控、复发和肿瘤性胸水、心包积液。

因收入单纯放疗组的病例不是探查术后的就是临床上就有恶性胸腺瘤征象的,病期晚是造成放疗疗效不理想的重要因素之一。另外从(表五)中看出放疗后死于肿瘤局部问题的13/36占36%,死于血行转移18/36占50%(其中同时伴胸腔积液的4例,伴心包积液2例,复发2例,未控2例)也就是说放疗后死亡时局部有问题的有23/36占64%。Penn和Batata等^(4,7,8,9)对浸润性胸腺瘤不论完整切除或次全切除的术后根治性放疗后100%局部控制,生存超过5年,他们主张放疗范围必须包括所有可能侵犯的结构如心包、胸膜,对肺受累的应包括部份肺或整肺放疗。而本组放疗范围一般常规仅包括肿块局部。是否预防照射心包、纵膈甚至双锁骨上区能提高疗效,这有待今后进一步研究。

根据文献报导和我们的实践经验,为提高胸腺瘤放射治疗的疗效,我们有以下建议:1.无手术禁忌症的全部先手术探查,尽量手术切除肿瘤至少可以作活检以明确细胞类型和标记疾病范围。2.放疗范围必须包括已浸润的或可能浸润的范围,对淋巴细胞为主型需预防照射全纵膈和双锁骨上区。3.放疗剂量,根据细胞的生物学行为对上皮型总量需6000拉德以上。对淋巴细胞为主型可偏低总量4000—5000拉德。为避免胸腺危象,放疗开始先每天100—150拉德4—5天后改常规每天200拉德,速度不宜过慢。

小 结

1.本组71例胸腺瘤单纯放疗44例,术前无转移的29例,五年生存率分别是39%和52%。手术完整切除术后放疗9例和不加放疗11例五年生存率分别是67%和91%,手术部分切除加根治性放疗5例五年生存率为60%。

2. 对浸润性胸腺瘤(包括肉眼包膜完整但粘连严重的)术后加根治性放疗预后仍好。
3. 放疗范围包括已浸润或可能浸润的范围。
4. 对上皮型胸腺瘤总量6000拉德以上。对淋巴细胞为主型总量4000—5000拉德左右。

参 考 文 献

1. Bergh, N. P., Gatzjinsky, P., Larsson, S., Lundin, P., Ridoll, B.: Tumors of The Thymus and Thymic Region; I. Clinicopathological Studies on Thymomas. Ann. Thorac. Surg 25(1-6): 91. 1978
2. Nordstrom, D. G., Tewfik, H., Latourette, H. B.: Thymoma, Therapy And Prognosis As Related to Operative Staging. Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. 5 (11/12): 2050. 1979
3. Salyer, W. R.: Thymoma. A clinical and Pathological study of 65 Case Cancer 37: 229. 1976
4. Ariaratnam, L. S., Kalnioki, S. M., Mincer, F., Botstein, C.: The Management of Malignant Thymoma With Radiation Therapy Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. 5(1): 77. 1979
5. Kilham, J. W.: Thymoma, Ame. J. Surg 121: 710. 1971.
6. Benjamin, S. P.: Primary Tumors of the Mediastinum. chest. 62: 297, 1972
7. Penn, C. R. H.: The Role of Radiotherapy in the Management of Malignant Thymoma Bri. J. Surg 59: 533, 1972
8. Batata, M. A.: Thymomas. Clinicopathologic Features, Therapy and Prognosis Cancer 34 (2): 389. 1974
9. Marks, R. D., Wallace, K. M., Pettit, H. S.: Radiation Therapy Control of Nine Patients With Malignant Thymoma Cancer 41: 117. 1978 (1982年8月28日收稿)

胫骨造釉细胞瘤一例报告

解放军123医院病理科 施公胜 王洪培

长骨造釉细胞瘤目前报告尚少, 现将我院所见一例报告如下:

一、病史摘要: 患者男, 36岁, 农民, 于1969年12月始发现左小腿下段长一蚕豆大小肿块, 不痛也不增大, 只在阴天时发酸, 来院就诊前二个月来自感肿块迅速增大, 走路时针刺样疼痛, 于1971年1月来我院检查。查体: 一般情况良好, 左小腿胫腓骨下1/3处有一5×3厘米大小的肿块, 触之不活动, 界限不清。X线片见胫腓骨下1/3处骨膨大, 呈囊性骨缺损, 骨皮质破坏变薄。临床诊断: 左胫骨骨软骨瘤。于1971年1月8日行骨软骨瘤切除取颌骨填充。术中见肿瘤4×3厘米大小, 瘤组织灰白色有轻度弹性, 骨皮质有破坏。

二、病理检查: 巨检: 一不整形肿块4×3×1厘米大小, 切面分叶状, 灰白色, 质实而有弹性, 部分区域见囊性变及棕红色出血区, 一处见一黄豆大小的小囊腔。镜检: 主要示肿瘤性上皮细胞及梭形细胞间质构成。上皮细胞集成成片块, 梁索状(图1)其外围细胞呈低柱状或立方形, 排列紧密呈栅栏状, 中央部的上皮细胞较大, 胞浆较多, 排列较疏松呈网状(图2), 一处上皮细胞呈腺样结构扩大形成小囊(图3), 有者上皮细胞鳞状上皮化生并出现角化及角化珠形成(图4)。间质丰富由梭形的纤维细胞及胶原纤维构成。部分上皮细胞呈梭形散在于间质中, 与间质细胞难以区别。病理诊断: 左胫骨造釉细胞瘤。

术后2个月病人伤口好转出院。随访几年一般状态良好, 左小腿疤痕处经常疼痛, 近年来疼痛明显, 不能支重, 畸形弯曲, 于1978年3月X线片见原病灶清除植骨处均破坏, 原病灶阴影扩大, 考虑肿瘤复发, 于1978年3月行左下肢截肢。术后标本病理检查见胫骨下段畸形部骨组织全部被破坏, 代之以灰白色较致密的组织, 一处见囊性变和棕色出血区。组织学改变同第一次病检。

三、讨论: 长骨造釉细胞瘤为一少见的骨低度恶性肿瘤。本瘤多发生于胫骨骨干, 也可发生腓骨, 尺骨及肱骨。发病年龄多在20—40岁之间, 男性远较女性多。本瘤生长缓慢, 病程可长达数年至数十年之久。局部侵袭破坏力强, 很少发生远隔器官转移。局部切除后易复发。临床上常出现局部酸痛或无痛性肿块。X线片呈囊性, 多囊性蜂窝状骨缺损, 骨皮质破坏变薄。本瘤组织发生因见肿瘤中有上皮细胞巢, 有时并有角化现象, 故考虑来源于上皮组织。组织学类似颌骨造釉细胞瘤为其特征, 但不产生釉质。但当瘤组织内上皮细胞小巢很少而多为弥漫的纤维间质时注意不要误诊为骨纤维异常增殖症, 当瘤细胞排列呈狭窄的条索状, 有时很似新生毛细血管时, 也应与血管性肿瘤鉴别。本例截肢后随访三年, 病人一般情况良好, 未见转移。(本文插图见封三)

(1982年8月28日收稿)