

脂肪肉瘤预后因素的探讨

——附58例分析

浙江省肿瘤医院外科 毛伟敏 严福来 周星明 郭剑民 王可敬 陈祖令

指导：郑炳初

〔摘要〕 本文对58例生存5年以上的脂肪肉瘤作预后因素的分析：女性，病程较长者，肿块较小，位于头颈和下肢，病理上高分化，手术切除为根治性；术后复发间期较长，外科和放射治疗相结合者预后较好。中年患者，病变位于躯干和上肢，伴随疼痛和肢体功能障碍，转移和第二病灶出现者预后较差。

脂肪肉瘤为常见的软组织恶性肿瘤，占各类软组织肉瘤的16—18%^[1]，病变多发于四肢及后腹膜，就诊时常非属早期，但病理上多数分化良好，切除率高，辅以放射线治疗效果满意，预后较好。影响预后的主要因素为组织学的分化程度这点已得到公认，其他因素各家意见不一。本院自1963—1988年共治疗本病74例，已满5年以上者58例，现就58例进行分析并对预后因素作初步的探讨。

临床资料

一、一般资料：本组男性40例，5年生存率为68% (27/40) 女性18例，5年生存率89% (16/18)。年龄：35岁以下及60岁以上者5年生存率分别是83% (10/12) 和90% (9/10)；35—60岁者5年生存率为67% (24/36)。病程：24月以下者5年生存率65% (22/34)，24月以上者5年生存率88% (21/24)。

二、症状和体征：病变区疼痛者25例，9例生存不达5年；肢体活动受限4例，无一例成活5年；肿瘤区表面血管扩张7例，3例在3年内死亡；肿瘤溃烂6例肿块数目在2个以上4例均成活5年以上。肿块大小及部位与预后关系见表1：

三、手术与病理：见表2、表3。

58例中行截肢术一例（左上臂分化不良粘液脂肪肉瘤，10×10cm大小）；近期（1987年）一例左前臂8×8cm圆形细胞性脂肪肉瘤；术后均1年内死于远处转移。

表1：

生存时间	<5年	>5年	>10年	>20年	总计	5年生存率%
肿块<10cm	6	16	13	3	38	83
>10cm	9	7	3	3	22	59
部位头颈		4	4	1	9	100
躯干	8	8	2	2	21	62
上肢	5	3	1		9	44
下肢	2	7	7	3	19	89

表2：

生存时间	<5年	>5年	>10年	>20年	总计	5年生存率%
首次局切者	8	14	8	3	33	76
首次广切者 (根治性)	2	7	3	2	14	85
首次术后复发 <1年	5	6	2	1	13	62
首次术后复发 >1年	2	8	14	2	26	92
一次手术者	9	9	3	3	24	63
二至三次手术者	5	10	9	2	26	81
四次以上手术者	1	4	2	1	8	88

表3：

生存时期	<5年	>5年	>10年	>20年	总计	5年生存率%
分化良好性粘液脂肪肉瘤	3	10	10	6	29	90
分化不良性粘液脂肪肉瘤	5	4	3		12	58
脂肪瘤样脂肪肉瘤		4			4	100
多形性脂肪肉瘤	4				4	0
未分型	3	5	1		9	67

四、综合治疗：放射剂量为40—60Gy/4—6周，术前放疗4例均达PR。化疗选用VCR、

CTX、ADM、Act-D、HD-MTX-CF等不规则进行。一例活检右鼠沟分化良好型脂肪肉瘤 $10 \times 6 \text{ cm}$ ，单一行放疗加化疗，已存活9年。综合治疗与生存关系见表4。

表4：

生存时间	<5年	>5年	>10年	>20年	总计	5年生存率%
单纯手术	9	14	7	2	32	72
手术+放疗	1	3	3	4	11	91
手术+化疗	4	2	2		8	50
手术+放疗+化疗	1	4	2		7	86

五、转移及第二病灶的发生：本组20例死亡者中12例为转移所致，其中淋巴道转移仅一例，此例在后腹膜发生第二病灶（第一病灶在右膈窝），左锁骨上转移被证实后4个月死亡。

结果：58例5年生存率71% (43/58)；10年生存率57% (20/35)；20年生存率46% (6/13)。

讨 论

脂肪肉瘤为预后较好的软组织肉瘤，既往文献报告不一，但近年来报告5年生存率均在60—70%左右^[1]。好发于中年男性，本组男女之比为2.2:1，中年患者约占2/3，男性及中年患者预后较女性和年轻及年迈者差 ($P < 0.01$)。虽然 Enzinger 认为临床上的病程往往不是十分可靠，由于许多肿瘤位于深部。可是本组分析病程长者要优于病程短者。

Suit对141例Ⅱ—Ⅲ期软组织肉瘤行手术加放疗，肿块小于2.5cm者局部控制率92%，而大于15cm者局控率仅26%^[2]。肿块越大预后越差，本组肿块小于10cm与大于10cm者生存情况有显著的区别 ($P < 0.01$)。说明早期诊治的重要。从本组来看，预后头颈优于躯干，下肢优于上肢 ($P < 0.01$)。肿瘤区疼痛和表面血管扩张及肢体功能障碍提示预后不良，而肿瘤的溃破和肿块数目多少与预后无明显关系。

脂肪肉瘤首选治疗依然是手术切除，而首次切除的彻底性是治愈的关键。首次根治性切除者优于局部切除者 ($P < 0.05$)，复发时间在1年以上者优于1年以内者 ($P <$

0.01)，并且复发时间越晚预后越好。由于上肢和后腹膜肿瘤达到根治切除往往有困难，故生存率也较低；可是截肢术并不能提高生存率。许多作者认为复发肿瘤要比原发肿瘤恶性度高^[3,4]，提出尽可能一次广泛切除以达到治愈。但往往较为困难，虽采用综合治疗，复发率仍较高，本组复发率达67%，复发并不等于预后不良。即使多次复发，往往仍能切除，使患者有较长的生存^[5]。本组2—3次手术者与4次以上手术者生存情况无明显的差别。反之手术4次以上者优于1次者，多次手术者往往提示病理学上低度恶性。肿瘤细胞的分化程度与预后关系密切。本组分化良好的粘液脂肪肉瘤和脂肪瘤样脂肪肉瘤预后明显优于分化不良的粘液脂肪肉瘤和多形性脂肪肉瘤 ($P < 0.01$)。Enterline报告纯粘液性脂肪肉瘤5年生存者占60%，而多形性和圆形细胞性脂肪肉瘤仅占10%^[6]。

脂肪肉瘤为放射线较敏感的软组织肿瘤，放疗以控制局部复发率提高生存率已得到肯定，即使采用单一放疗仍有较好疗效^[7,8,9]。本组一例单一放疗加化疗者也得到较长的生存。目前认为手术加放疗为最佳的治疗方案，McNeer对116例脂肪肉瘤作术前、术后放疗和单纯手术比较，其5年生存率分别是100%、87%、60%^[9]。本组手术加放疗也优于单纯手术者 ($P < 0.01$)。剂量以术前放疗40—60Gy/4—6周，术后放疗50—70Gy/5—7周为宜^[10]。对于化疗的作用是有争论的，Presant对232例转移性软组织肉瘤作姑息性化疗CR6%，PR14%，41%的病人症状减轻^[11]。本组8例并不能显示明显疗效，2例采用HD-MTX-CF治疗生存均不达5年。血道及淋巴道转移和第二病灶出现常提示预后不良。

参 考 文 献

1. Enzinger et al. C.V. Mosby Co. 1983; 242

2. Suit et al. Cancer 1985;55:2659
3. 钱文治等. 中华外科杂志 1982;20:30
4. 毛永荣等. 中国肿瘤临床 1987;14:47
5. 时德等. 中华外科杂志 1983;21:563
6. de Santos et al. Cancer 1981;47:46
7. Kinne et al. Cancer 1973;31:53
8. Tepper and suit Cancer 1985;56:476
9. McNeer et al Cancer 1968;22:391
10. 郑炳初. 浙江肿瘤通讯 1989;45:32 (内部资料)
11. presant et al Cancer 1981;47:457

THE PROGNOSIS OF LIPOSARCOMA, CLINICAL ANALYSIS OF 58 CASES

Mao Wei Min, et al

Zhejiang Cancer Hospital, Hangzhou

Fifty-eight patients with liposarcoma survived more than five years were discussed in this paper. We concluded, females patients who had a long clinical course, smaller mass, well differentiated and focus occurred at head and neck or lower extremities, the prognosis of combined and radiotherapy was good, but patients in middle age, tumor site occurred at trunk and upper extremities, multicentric, and metastasis, the prognosis was poor.

肝脏胆管性错构瘤1例

江苏淮阴市二院病理科 沈 阳

患者女, 38岁, 因反复发作性右上腹痛2年以“胆石症”收住入院。体检: 右上腹局限性轻压痛, 余无异常, B超示: 1. 慢性胆囊炎、胆囊多发性结石。2. 肝左叶光点增粗、密集、肝功能及其它各项实验室检查无异常, 手术行胆囊切除, 术中探查时发现肝左叶膈面有多个小的白色结节, 小者绿豆大, 大者黄豆大, 肝质地尚软, 右叶表面光滑无结节, 疑为肝硬化结节或转移癌而取一结节送病检。巨检: 灰白结节1个 $1 \times 0.5 \times 0.8$ cm, 边缘见少量肝组织, 镜检: 结节中央为增生的纤维组织, 其内见有散在的胆管和胆小管, 未见假小叶结构, 结节边缘为正常的肝细胞。病理诊断: 肝左叶胆管性错构瘤。

讨论: 错构瘤是一少见的瘤样畸形性病变, 多发生在乳房、肺和肾脏, 肝的错构瘤十分罕见, 临床一般无症状, 多数病例在尸检或其它原因施行腹部手术时偶尔发现, 部分病变较大者, 可有腹块, 右上腹不适、疼痛等症状。组织学上本瘤可分为两型, 一为间叶性错构瘤, 另一为胆管性错构瘤。前者仅见于婴儿, 后者则多见于青年女性, 表现为肝脏多个小的白色结节, 散在于肝的一叶或整个肝脏。常会被手术医生误认为转移性癌。其镜下特点为灶性的胆管和胆小管的混乱的集聚, 其周围有丰富的纤维间质包围。此型错构瘤常易与肝脏胆管腺瘤及肝脏局灶性结节性增生相混淆, 应特别注意鉴别。