

65例扁桃体恶性肿瘤放射治疗疗效分析

湖北省肿瘤医院 刘开均

我院自1975年7月至1978年12月底共收治扁桃体恶性肿瘤患者65例,均经病理证实并行根治性放射治疗,经五年以上随访观察,现对疗效、影响疗效的因素及失败原因进行分析,供同道们参考。

资料与方法

1. 性别:男48例、女17例,男:女为2.8:1。
2. 年龄:最小者4岁、最大66岁;31—60岁共45例(69.2%)。

3. 临床情况:

症状及体征:咽部异物感52例(80.0%),咽痛43例(66.2%),张口困难12例(18.5%),吞咽困难6例(9.2%),耳痛8例(12.3%),呼吸困难5例(7.7%)。

原发灶,左侧35例,右侧29例,双侧1例。

颈部转移51例(78.5%),其中有5例双侧颈部转移。

远处转移4例,其中腹股沟转移2例(网织细胞肉瘤、淋巴上皮癌各1例),腋下转移2例(网织细胞肉瘤、淋巴上皮癌各1例),均经穿刺细胞学证实。

4. 病理:恶性淋巴瘤30例,其中淋巴肉瘤6例,网织细胞肉瘤24例;癌34例,其中鳞癌20例,未分化癌10例,淋巴上皮癌3例,腺癌1例;未分型1例。

5. 临床分期:本组病例参照“陈氏”⁽¹⁾分期法进行分期,Ⅰ期8例、Ⅱ期24例、Ⅲ期11例、Ⅳ期22例。

鼻咽髓外浆细胞瘤三例

湖北省肿瘤医院 李长青 姚楚云 指导:张明和

发生于鼻咽部的浆细胞瘤较少见。本院收治3例,报告如下。

临床资料(见附表)

性别	年龄	病 史	临 床 所 见	治 疗 经 过	预 后
男	60岁	鼻塞、耳鸣2年余,呼吸困难,吐词不清一个月。	鼻咽腔见巨大新生物,约4×3×3厘米 ³ ,表面光滑,软腭下陷。	75年8月行Co ⁶⁰ 放疗DT56Gy/42次/46天肿块消失。1月后胸片见左下肺4×3厘米 ² 块影,设前后2野Co ⁶⁰ 放疗DT42Gy/31次/49天。	治疗后一年四个月死亡。
男	30岁	鼻塞、鼻衄6个月,头痛2个月。	鼻咽顶后壁见肉红色新生物约1厘米 ³ ,表面光。	79年11月行Co ⁶⁰ 放疗DT23Gy/14次/42天。81年局部复发行第二次放疗DT40Gy/26次/35天。	随访至今健在。
男	53岁	鼻塞、鼻出血三个月,耳鸣、听力减退三个月。	鼻咽顶后壁及右侧壁可见新生物,表面光。	83年2月行Co ⁶⁰ 放疗DT59Gy/34次/62天。	随访至今健在。

镜下所见:瘤细胞由不同分化程度的浆细胞构成,大部份分化较好,似成熟浆细胞,部分分化较差,体积较大,胞浆较宽广,嗜碱性,胞核大,部分核中心位,部分核呈偏心性,核仁明显。核分裂相易见,还可见双核,四核瘤细胞。间质少,内有薄壁的血管。

髓外浆细胞瘤约70%以上发生于头颈部,如鼻腔,鼻窦,鼻咽,喉,眼眶等部位。本组3例发生于鼻咽部,临床症状及体征类似鼻咽癌。因此,鉴别诊断必须依靠组织学检查。

别诊断必须依靠组织学检查。

本瘤对放射线敏感,因此,首先放射治疗。本文三例均采用Co⁶⁰外照射,1例出院后1年4个月因转移死亡,1例无瘤生存4年余健在,另1例无瘤生存1年余健在。放疗剂量一般推荐为DT40—50Gy/4—5周较为适合。此瘤局部复发多发生于首次治疗后5年内,发现局部复发或单个转移灶可手术,放疗或两者结合治疗,仍能取得一定疗效。

6. 治疗方法:全组病例均采用钴⁶⁰γ线治疗,部分病例合并感应加速器β射线或深部x线治疗。

对原发灶开始一般采用两侧面颈联合野相对照射,照射野包括原发灶、咽淋巴环和上颈部,当肿瘤量达35—40Gy时缩小射野或改用电子线照射,少数病人还采用X线体腔筒照射。扁桃体癌给予肿瘤量60—70Gy/6—7周,扁桃体恶性淋巴瘤给予肿瘤量40—50Gy/4—5周。

上颈部转移灶多同原发灶同时照射,以后改颈部分切线或电子线照射至转移灶消失;一般给予50—70Gy。扁桃体癌上颈部有转移者作同侧下颈及对侧上颈预防性照射。扁桃体恶性淋巴瘤无论有无颈部转移均常规照射双侧上颈至锁骨下缘,一般量40Gy/4周。

治 疗 结 果

一、生存率:

全组病例随访五年以上,失随5例,随访率为92.3%,生存期从放射治疗开始之日算起,失随病例按死亡计。

本组生存三年以上者37例(56.9%),生存五年以上者31例(47.7%)。

二、影响预后的因素:

1. 临床分期与预后:从表中可看出I II III IV期五年生存率分别为75.0%、62.5%、54.5%、18.1%;I、II期患者疗效明显高于IV期患者($P < 0.01$)。

扁桃体恶性肿瘤临床分期与预后

分期	例数	三年生存率		五年生存率	
		例数	%	例数	%
I	8	7	87.5	6	75.0
II	24	17	70.8	15	62.5
III	11	6	54.5	6	54.5
IV	22	7	31.8	4	18.1
总数	65	37	56.9	31	47.7

2. 病理类型与预后的关系:本组病例中网织细胞肉瘤和未分化瘤疗效较好,其五年生存率分别为62.5% (15/24)、60.0% (6/10),淋巴肉瘤和鳞癌疗效较差,其五年生存率分别为16.7% (1/6)、35.0% (7/20)。

3. 颈部有无淋巴结转移与预后:颈部无淋巴结转移其五年生存率为71.4% (10/14),颈部有淋巴结转移其五年生存率为41.2% (21/51),颈部无

转移疗效显著高于有转移者($P < 0.05$)。

4. 放疗结束时肿瘤残存与否与预后:

1) 本组两例原发灶(其中1例为网织细胞肉瘤、1例为淋巴上皮瘤)放疗后残存均在一年内死亡,表明放疗后原发灶残存者预后差。

2) 放疗后颈部转移灶消失者其五年生存率为51.4% (19/37),而残存者其五年生存率为14.3% (2/14),显示颈部转移灶放疗后消失或残存同预后关系密切($P < 0.05$)。

三、失败原因:本组病例已死亡29例,其中23例死于肿瘤,因远处转移死亡19例(82.6%),因局部复发死亡4例(17.4%),显示扁桃体恶性肿瘤放疗后失败的主要原因是远处转移。

讨 论

由于扁桃体恶性肿瘤组织分化程度低易于浸润和转移,本组病例局部侵犯扁桃体窝附近两个以上结构(如前柱、后柱、软腭、舌根等)48例(73.9%),颈部及远处转移51例(78.5%),因此单纯手术切除很难达到根治目的。相反,扁桃体恶性肿瘤对放射线较为敏感,放射治疗疗效也较满意,国内外文献报告^[1,2,3,4,5,6,8]其三年生存率为30—60%,五年生存率为30—50%,本组病例其三年生存率为56.9%,五年生存率为47.7%。

本组IV期患者22例,生存五年以上4例(18.1%)。因此,我们赞同陈氏^[1]提出的扁桃体恶性肿瘤无论病期早晚均以放射治疗为宜的建议。

原发肿瘤侵犯范围,颈部有无转移、放射剂量、原发灶或颈部转移灶照射后有无残存同预后关系较为明显^[1,2,6,7]。部分学者^[1,2]认为,病理类型、年龄同预后也有一定关系。本组治疗结果与文献报告一致。

失败原因,国外文献报告原发灶未控失败较多^[6,7,8];国内以远处转移失败多见^[1,2,3]。各组病例的组成,国外以癌尤以高分化鳞癌多见。国内以恶性淋巴瘤、未分化癌和低分化癌较多见。失败之原因与肿瘤本身生物学行为以及肿瘤放射敏感性有关。本组病例失败原因与国内文献报告一致,提示控制远处转移,有助于进一步提高生存率。有作者^[1]提出作纵膈及腹主动脉旁淋巴结预防性照射。本组有5例病人(其中网织细胞肉瘤3例、淋巴肉瘤1例、未分化癌1例),均在放疗后1—2年内出现远处转移、继经化疗后1例生存4

前列腺横纹肌肉瘤一例

吉林铁路中心医院病理科 魏庚昌 外科 张金山

前列腺横纹肌肉瘤少见, 将我们遇到的一例报告于下:

病史: 患者高某、男、31岁, 副司机。因排尿困难、尿潴留一个月住院治疗, 病中无尿痛、尿急及血尿。既往病史、个人生活史及家族史无特殊记载。

查体: 体温36℃、脉搏80次/分、血压120/80毫米汞柱, 全身淋巴结无肿大, 心、肺听叩诊正常, 肝脾未触及, 腹部无色块。外科情况: 肾区无压痛和叩击痛、膀胱区右侧有明显压痛, 外生殖器无异常。肛门指诊: 前列腺肿大5×4厘米, 中间叶明显突出, 质较硬, 表面尚平滑, 稍有压痛, 边界清楚, 中间沟消失。手术所见: 前列腺质稍硬、右叶增大明显, 无粘连, 经分离而完整取出。

病理检查 (病理号17728): 前列腺重59克, 大小7×4×3.5厘米, 右侧叶增大, 直径4.5厘米, 切面灰白色, 质脆, 有出血区。镜下, 肿瘤组织呈浸润性生长, 瘤细胞分化幼稚, 多呈长梭形或圆形, 梭形细胞大多呈平行排列, 胞浆稍嗜碱, 小圆形细胞核小, 有的细胞胞浆较透明。发生粘液变性区域内的瘤细胞呈星状, 排列疏松。在梭形瘤细胞区域内偶见带状细胞或球拍状等异形细胞。瘤组织经PTAH染色显示细胞横纹(见图1、2)。病理诊断: 前列腺胚胎性横纹肌肉瘤。

讨论: 横纹肌肉瘤组织学分为多型性, 胚胎性

年以上, 4例生存5年以上。我们认为除上述措施外, 对扁桃体恶性淋巴瘤及分化较差的癌放疗后合并适当化学药物治疗是有益的。

参考文献

1. 陈志贤: 扁桃体恶性肿瘤的放射治疗, 肿瘤防治研究1: 60, 1978
2. 雷自重等: 扁桃体恶性肿瘤放射治疗远期疗效观察, 中华放射学杂志13, 3: 144, 1979
3. 于世珍等: 扁桃体恶性肿瘤远期随访观察, 肿瘤防治研究4: 16, 1979
4. 袁树声等: 扁桃体恶性肿瘤(附75例报告), 中

和腺泡状三型。多型性横纹肌肉瘤多发生于中老年, 腺泡状和胚胎性者, 多发生于儿童及青年。发生部位, 多型性和腺泡状横纹肌肉瘤多发生于四肢, 而胚胎性者则多发生于没有横纹肌组织的器官, 如鼻咽、喉部、中耳、副鼻窦、眼眶、膀胱、前列腺、睾丸、精索、阴道、胆道等处, 称为异位性横纹肌肉瘤。据统计胚胎性横纹肌肉瘤为多型性, 约占横纹肌肉瘤50%, 多型性及腺泡状横纹肌肉瘤约占20—25%。一般认为异位横纹肌肉瘤来源于多能性原始间叶组织所化生的横纹肌细胞或在胎儿早期发生的异位横纹肌母细胞, 当这些细胞受到某种刺激则发生异常的或不完全分化的肿瘤细胞。

多型性横纹肌肉瘤具有横纹肌细胞的结构特点, 诊断并不困难。腺泡状或胚胎性横纹肌肉瘤因细胞分化低、需与某些肿瘤鉴别。胚胎性者需与粘液性脂肪肉瘤鉴别, 腺泡状者应与腺癌和滑膜肉瘤鉴别。PTAH染色在鉴别诊断中有意义。

(本文图见封四)

参考文献

1. 张军等: 横纹肌肉瘤病理学研究进展(综述), 国外医学肿瘤学分册, 5: 196, 1981.
2. 武医编: 外科病理学、上册、第一版、490页, 湖北人民出版社, 1978.
3. 陈钦材: 软组织肿瘤的进展、中华病理学杂志, 4: 303, 1983.
4. 华耳鼻咽喉科杂志10: 135, 1964
5. 萧秋之等: 咽科学337~356
6. Perez CA et al: Malignant Tumors of the Tonsil: Analysis of Failures and Factors Affecting Prognosis AMJ Roentgenol 14: 43 1972.
7. Mantravadi RVD et al An Analysis of Factors in the Successful Management of Cancer of Tonsillar Region. 41 1054-1058 Cancer 1978.
8. Cardinale F, et al: Radiation Therapy of Carcinoma of the Tonsil Cancer 39: 604 1977.