

同期手术切除对 15 例肺癌合并食管癌老年患者的临床疗效分析

Effect of One Stage Resection in 15 Elderly Patients with Double Primary Lung Cancer and Esophageal Cancer // CHEN Hua-fei

陈华飞

(嘉兴市武警医院,浙江 嘉兴 314000)

摘要: [目的] 探讨双原发肺癌合并食管癌的发病特点、临床特征及同期手术治疗效果与预后。[方法] 选取肺癌合并食管癌 15 例患者为研究对象,对其临床资料进行回顾性分析。[结果] 经手术病理证实,15 个肺癌病灶的病理分型包括肺泡细胞癌 2 例,鳞癌 4 例,腺癌 9 例;病理分期: I a 期、I b 期、II a 期分别有 6 例、7 例、2 例。而 15 个食管癌病灶均为鳞状细胞癌;病理分期: I a 期、II 期、III a 期、III b 期分别有 2 例、6 例、4 例和 3 例。围手术期未出现死亡病例。术后并发症发生情况:脑梗死、左肺不张、肺部感染致呼吸衰竭、切口脂肪液化及吻合口瘘各出现 1 例,及时发现并积极处理后均痊愈出院。15 例患者的中位生存期为 41 个月(95%CI:20.1~43.8)。[结论] 对食管癌患者术前行胸部 CT 以观察是否并发肺癌,同期手术切除能获得较好的疗效,风险可承受。

关键词: 食管肿瘤;肺肿瘤;手术切除

中图分类号: R734.2;R735.1 **文献标识码:** B

文章编号: 1671-170X(2014)04-0337-02

doi: 10.11735/j.issn.1671-170X.2014.04.B016

食管癌与肺癌均是我国临床常见的恶性肿瘤^[1],其中肺癌的患病率及死亡率均居恶性肿瘤首位^[2]。食管癌合并肺癌的病例较少见^[3],而关于食管癌、肺癌双原发癌同期手术切除的报道则更为少见。本研究回顾性分析嘉兴市武警医院收治的 15 例肺癌合并食管癌行同期手术切除患者的临床资料,旨在探讨双原发癌的发病特点、临床特征、手术治疗效果及预后。现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2008 年 3 月至 2010 年 4 月收治的肺癌合并食管癌患者 15 例为研究对象,其中男性 11 例,女性 4 例,年龄 62~78 岁,平均年龄(66.3±4.2)岁。15 例患者的信息均存放于我院电脑管理系统内,临床资料及相关数据均来源于病历与临床,病历中附有明确、详细的术后病理资料,有可能存在转移癌的患者均未纳入本研究。根据不同的病情给予每位患者针对性的规范化治疗,主要包括术前同步放化疗、术前化疗、姑息性手术、根治性手术、术后放疗或化疗。生存时间为死亡时间与首发肿瘤时间之差。本研究 15 例患者中有 1 例患者因首发胸痛,且持续时间较长而入院诊治,经 CT 检查显示患者胸中段食管壁增厚,进而诊断为食管病变;1 例为政府机构

对食管癌高发地区进行定期筛查时发现其食管发生病变;其余 13 例患者均因感觉不同程度的吞咽障碍而入院就诊。12 例患者初步诊断为食管癌,7 例患者有长时间的吸烟史,3 例患者有长时间的饮酒史。15 例患者手术前均行心肺功能检查,检查结果显示 12 例患者肺功能正常,3 例患者存在轻度通气功能障碍。15 例患者中有 13 例是双原发癌,占 86.67%,有 2 例为三原发癌,肿瘤位于食管胸中段、贲门及左肺上叶。本组食管癌病灶 15 个,其中胸中段、胸下段和胸上段依次有 11 个(73.3%)、2 个(13.3%)和 1 个(6.7%);原发性肺癌病灶 12 个,其中左肺上叶、下叶分别有 7 个和 2 个,右肺上叶、下叶分别有 5 个和 1 个。

1.2 诊断标准

参照 Warren 与 Gate 参与设计的多原发癌诊断标准^[4]:

①多发肿瘤中的每一种肿瘤都必须是原发且恶性的;②各癌灶之间必须有一段距离的正常组织,各种肿瘤各自独立且彼此关联度不高;③肿瘤必须原发,排除为其他肿瘤的转移灶。

1.3 手术方法

本组 15 例原发食管癌合并肺癌患者中,15 个食管癌病灶有 14 个采取根治性手术切除,1 例采用姑息性手术切除;术式主要包括腹正中与右胸两切口 5 例,左后外侧切口 7 例,左胸与左颈两切口 3 例。15 个肺癌病灶行楔形切除 8 例,肺叶切除 7 例。

2 结果

经手术病理证实,本组 15 个肺癌病灶的病理分型有:肺泡细胞癌 2 例,鳞癌 4 例,腺癌 9 例;病理分期: I a 期、I b 期、II a 期分别有 6 例、7 例、2 例。而 15 个食管癌病灶均为鳞状细胞癌;病理分期: I a 期、II 期、III a 期、III b 期分别有 2 例、6 例、4 例和 3 例。

围手术期未出现死亡病例。术后并发症发生情况:脑梗死、左肺不张、肺部感染致呼吸衰竭、切口脂肪液化及吻合口瘘各出现 1 例,及时发现并积极处理后均痊愈出院。15 例患者的中位生存期为 41 个月(95%CI:20.1~43.8)。

3 讨论

多原发性癌的报道最早是由 Billroth 于 1889 年提出,随后关于多原发性癌的报道逐渐增多。Iwahashi 等^[6]报道多原

通讯作者: 陈华飞,住院医师,学士;嘉兴市武警医院胸心外科,浙江省嘉兴市南湖区南湖路 16 号(314000);E-mail:cklsld@163.com
收稿日期: 2013-09-02; **修回日期:** 2013-10-12

发性癌的发生率为全部恶性肿瘤的 7.5%, 而国内报道其比例为 4%^[7]。多原发性癌的报道多集中于个案, 其发生原因主要是上呼吸道和消化道受到同类致癌因素的长期刺激, 如吸烟、嗜酒等, 最终形成不同区域或器官的原发肿瘤^[8]。

本组大部分食管癌合并肺癌患者表现出不同程度的吞咽障碍, 行胃镜检查或上消化道造影发现食管病变, 若术前不行 CT 检查, 则很容易遗漏肺部病变。因此完善食管病变的术前检查, 特别是肺部 CT 检查是必要的。临床上食管癌最容易转移至肺部, 肺转移病灶与原发灶的治疗及预后有着本质的区别, 因此鉴别肺癌是原发性还是转移性具有重要意义^[9]。若术前能获得患者准确病理诊断最为理想, 当获得病理类型不同时, 则为多原发性癌; 病理类型相同时则还需要影像学检查, 影像学发现胸腔肺部有如毛刺、分叶、胸膜皱缩等原发性肿瘤特征则考虑原发性肺癌的可能性较大^[10]。手术治疗时主要依据肺部病灶位置而决定入路方式。病灶位于左胸则取左胸入路, 食管癌位置较高时则取左胸、左颈双切口入路, 于颈部吻合; 右肺病变则取右胸入路, 腹部正中切口以使胃游离。与食管癌手术切除比较, 肺部病灶切除术相对来说是无菌手术, 应先将肺部肿瘤病灶切除, 这样可降低食管癌切除术中对支气管残端的污染机会^[11]。

对于手术方式的选择, 肺部肿瘤病灶的切除常考虑患者年龄及其心肺功能状况或术前病理分期, 以决定是行根治性肺叶手术切除还是楔形切除; 食管癌则不受患者年龄及心肺功能限制, 几乎均行根治性切除和纵隔淋巴结清扫。本课题组在研究过程中曾将行楔形切除和根治性肺叶切除患者进行 1 年随访, 发现两种术式患者生存期比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 但由于楔形切除能够保留更多的肺部功能, 在保证切缘干净的前提下, 笔者认为行楔形切除为佳。

McCurdy 等^[12]报道对原发性肺癌合并食管癌尤其是还伴有轻度呼吸功能障碍的患者应择期分期进行手术, 认为分期手术能降低呼吸衰竭及吻合口瘘的出现机率, 但这一结论仅是由 2 例原发性肺癌合并食管癌分期切除手术而得来, 虽然合理但并不绝对。由本研究数据可看出, 15 例原发性肺癌合并食管癌均能耐受同期肺、食管手术, 围手术期并发症发生率及死亡率均可接受。15 例患者的中位生存期为 41 个月 (95%CI: 20.1~43.8), 与 Abrams 等^[13]报道的原发性食管癌患者术后中位生存期类似, 同期手术切除的预后良好。

总之, 原发性食管癌合并肺癌病例较为少见, 临床医生对此尚缺乏全面认识, 使得少数病例被漏诊、误诊, 建议对食管癌患者术前行胸部 CT 以观察是否并发肺癌, 同期手术切除能获得较好的围手术期治疗及预后效果, 风险可承受。

参考文献:

[1] Zhang RQ, Liu W, Wang YH, et al. Diagnosis and treatment of chylopleura after operation of esophageal cancer and lung cancer [J]. Acta Universitatis Medicinalis Anhui, 2010, 45(3): 430-431. [张仁泉, 刘伟, 王云海, 等. 食管癌

和肺癌术后乳糜胸的诊治[J]. 安徽医科大学学报, 2010, 45(3): 430-431.]

- [2] Allison AL, Ishihara-Wong DD, Domingo JB, et al. Helping cancer patients across the care continuum: the navigation program at the Queen's Medical Center[J]. Hawaii J Med Public Health, 2013, 72(4): 116-121.
- [3] McCurdy MR, Wazni MW, Martinez J, et al. Exhaled nitric oxide predicts radiation pneumonitis in esophageal and lung cancer patients receiving thoracic radiation[J]. Radiother Oncol, 2011, 101(3): 443-448.
- [4] Chen LQ. Defining AJCC/UICC esophageal cancer TNM staging 7th edition (2009)[J]. Chinese Journal of Clinical Thoracic and Cardiovascular Surgery, 2008, 15(1): 52-55. [陈龙奇. 制订 2009 第 7 版食管癌 TNM 分期标准[J]. 中国胸心血管外科临床杂志, 2008, 15(1): 52-55.]
- [5] Xu ZG, Tang GJ, Nan XW, et al. Lung cancer TNM staging system: the 7th edition comparison with the 6th edition and the imaging evaluation [J]. International Journal of Medical Radiology, 2011, 34(4): 329-334. [许志高, 唐光健, 南喜文, 等. 肺癌 TNM 分期: 第 7 版与第 6 版对照及影像评价[J]. 国际医学放射学杂志, 2011, 34(4): 329-334.]
- [6] Iwashita M, Nakamori M, Nakamura M, et al. Optimal period for the prophylactic administration of neutrophil elastase inhibitor for patients with esophageal cancer undergoing esophagectomy [J]. World J Surg, 2011, 35(7): 1573-1579.
- [7] Li F, Shao K, Xue Q, et al. Clinical observation of 16 patients with synchronous esophageal cancer and lung cancer treated with simultaneous esophagus and lung resection[J]. National Medical Journal of China, 2011, 91 (15): 1064-1066. [李放, 邵康, 薛奇, 等. 同时性食管癌伴发肺癌同期手术切除的临床观察[J]. 中华医学杂志, 2011, 91(15): 1064-1066.]
- [8] Brade A, Bezjak A, MacRae R, et al. Phase I trial of radiation with concurrent and consolidation pemetrexed and cisplatin in patients with unresectable stage III A/B non-small-cell lung cancer [J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2011, 79(5): 1395-1401.
- [9] Grant M, Sun V, Fujinami R, et al. Family caregiver burden, skills preparedness, and quality of life in non-small cell lung cancer [J]. Oncol Nurs Forum, 2013, 40(4): 337-346.
- [10] Yu X. Influence of combined thoracoscopy and laparoscopy resection of thoracic esophageal carcinoma on pulmonary function in aged patients [J]. Chongqing Medicine, 2013, 42 (9): 1023-1024. [余鑫. 联合胸腔镜腹腔镜食管癌切除术对高龄患者肺功能的影响[J]. 重庆医学, 2013, 42(9): 1023-1024.]
- [11] Jin Z. Diagnosis and treatment of esophageal cancer and lung cancer postoperative complications with pulmonary embolism[J]. Journal of the Fourth Military Medical University, 2008, 29(2): 170. [金哲. 食管癌、肺癌术后并发肺动脉栓塞 12 例的诊治 [J]. 第四军医大学学报, 2008, 29(2): 170.]
- [12] McCurdy MR, Wazni MW, Martinez J, et al. Exhaled nitric oxide predicts radiation pneumonitis in esophageal and lung cancer patients receiving thoracic radiation[J]. Radiother Oncol, 2011, 101(3): 443-448.
- [13] Abrams JA, Lee PC, Port JL, et al. Cigarette smoking and risk of lung metastasis from esophageal cancer [J]. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 2008, 17(10): 2707-2713.