

喉部癌肉瘤诊治分析(附1例报告)* Diagnosis and treatment of laryngeal carcinosarcoma (attached one case report)

龚巍¹ 刘勇¹ 李翔² 王芸芸¹ 李果¹ 焦新芳¹ 王行炜¹
唐瑶云¹ 赵素萍¹ 邱元正¹ 田勇泉¹ 黄东海¹

[关键词] 喉肿瘤;平滑肌肉瘤;诊断;治疗

Key words larynx carcinoma; leiomyosarcoma; diagnosis; therapy

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2016.01.019

[中图分类号] R739.6 [文献标志码] B

喉部恶性肿瘤96%~98%为鳞状细胞癌;肉瘤少见,起源于间叶组织,其发病率为(1.28~2.30)/10万,在所有恶性肿瘤中所占比例<1%^[1]。癌肉瘤罕见,其兼具恶性的上皮成分和间质成分,并均显示出组织学和生物学的恶性特性;发生于喉部者则更罕见。由于其发病率极低以及确诊的临床病例极少,临床医师对喉部癌肉瘤的诊断及治疗缺乏系统而全面的认识,本文结合我科近期收治的1例喉部癌肉瘤患者的资料,系统地阐述喉部癌肉瘤的诊断及治疗对策,以期临床诊治提供借鉴。

1 资料与方法

患者,男,50岁,因“声嘶1个月余”于2014年6月第1次入我院。吸烟20余年,10根/d,已戒烟2年,无酗酒史。既往有Graves眼病(具体诊治经过不详)。体检:左声带前中1/3处见一淡红色带蒂类圆形新生物,表面不平(图1a)。X线胸片、心电图检查未见明显异常。入院后行“支撑喉镜下左声带病变CO₂激光切除术”,术后病理检查示:喉部癌肉瘤,结合免疫组织化学结果,考虑鳞状细胞癌并平滑肌肉瘤(图2)。临床诊断为喉部癌肉瘤(声门型T₁N₀M₀)。交待病情后,患者不愿接受再次手术或放化疗,遂出院,嘱其定期复查。

2014年8月复查,电子喉镜检查发现“左侧声带前中部见淡红色新生物、表面尚光滑”(图1b),第2次入院并行“声带病变CO₂激光切除术”,术后病理检查示:“炎性息肉,纤维组织瘤样增生”(图3)。出院诊断:喉癌肉瘤术后肉芽组织增生。交待定期

复查后患者出院。

2014年11月患者因“喉癌激光术后5个月,再发声嘶1个月”第3次入我院耳鼻咽喉头颈外科,入院后检查双侧颈部未扪及明显肿大淋巴结,电子喉镜见“左声带前中段至前连合暗红色新生物,表面粗糙,双声带活动尚可”(图1c)。喉部CT示“左侧喉腔约2cm大小新生物”(图4)。行“喉部肿块活检术”,术中快速病理回报示“梭形细胞肿瘤”。继而行“垂直半喉切除术”,左侧声带可见2cm×1cm×1cm大小灰白色肿块,侵犯至声韧带、同侧喉旁间隙、前连合,同侧喉室、室带、声门下及对侧声带无侵犯,会厌前间隙未见淋巴结肿大。术后病理检查结果示:梭形细胞肉瘤,结合免疫组织化学检测结果考虑为平滑肌肉瘤。术后患者恢复可,嘱其定期复查,拔管出院。患者于2014年12月在孙逸仙纪念医院接受放疗,具体方案不详。2015年7月随访,患者一般情况良好,定期复查未见明显复发。

2 讨论

喉部癌肉瘤临床罕见,病因复杂,组织分型多且复杂,诊断相对困难,治疗及预后各家报道不一。癌肉瘤病因复杂,组织起源有多种学说,对应不同的学说有多种不同的命名方式,如:假肉瘤、多形性癌、息肉样癌、化生性癌等。其病因不明,产生机制复杂,至今尚无明确定论,外伤、化学致癌因素、放疗辐射、致癌病毒、免疫因素及遗传因素等均认为与肿瘤的发生密切相关^[1]。多篇报道认为放疗可为喉部软组织肉瘤发生的重要病因之一^[2]。亦有文献报道头颈部有放射线接触史者好发^[3]。

喉部癌肉瘤缺乏典型的临床表现,多数患者表现为持续性、进行性声嘶。其外观上表现多样,多数报道其外观上表现为白色或淡红色,表面光滑或

* 基金项目:国家自然科学基金(No:81372906);中南大学硕士生自主探索创新项目(No:2015zzts293)

¹ 中南大学湘雅医院耳鼻咽喉头颈外科 耳鼻咽喉重大疾病研究湖南省重点实验室(长沙,410008)

² 中南大学湘雅医院病理科

通信作者:黄东海, E-mail: huang3301@126.com

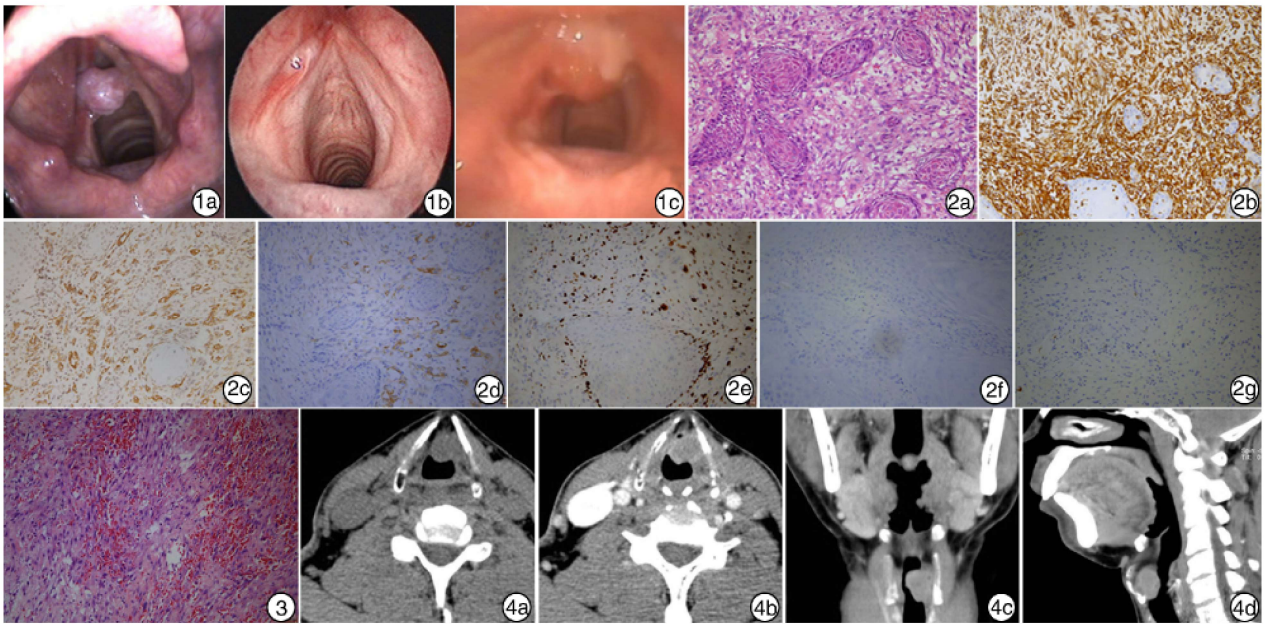


图 1 患者各次入院时喉镜检查图 1a:第 1 次入院时喉镜图,见左侧声带前中 1/3 表面淡红色类圆形尚光滑新生物; 1b:第 2 次入院时喉镜图,示左声带表面光滑隆起;1c:第 3 次入院时喉镜图,见左声带前中段至前连合灰白色肿块,大小约 2 cm×1 cm×1 cm,声门下及同侧室带未见明显侵犯; **图 2** 患者第 1 次术后病理检查结果 2a:可见鳞癌细胞巢,周围梭形细胞,部分细胞异型性,核分裂明显 苏木精-伊红染色 ×200;2b~2g:免疫组织化学结果,分别为 Vimentin(+),Actin-平(+),HHF35(部分+),Ki67(部分+),CD34(-),s-100(-) ×200; **图 3** 患者第 2 次术后病理检查结果 炎性病变,部分纤维组织瘤样增生 苏木精-伊红染色 ×200; **图 4** 患者第 3 次入院时的 CT 资料 4a~4d:可见喉腔左侧声带表面约 2 cm 大小肿物,增强时略有强化。

为带蒂肿物。喉部癌肉瘤通常生长缓慢,表现为非溃烂的无痛性肿块,外观极似良性肿瘤而极易被误诊^[4]。本病例首次就诊时外观上表现为淡红色光滑新生物,极似息肉。喉部癌肉瘤的诊断主要依据病理学检查,其瘤细胞形态多种多样,本文报道的 1 例平滑肌肉瘤就很难与其他梭形细胞肉瘤相鉴别,需通过病理科医师的仔细观察以及免疫组织化学等特殊手段才能明确诊断。有文献报道,仅靠组织学诊断喉部癌肉瘤较为困难,电子显微镜结合免疫组织化学检测,才能进一步明确诊断^[5]。本病例第 1 次术后经组织病理学检查结合免疫组织化学结果确诊为喉部鳞状细胞癌并平滑肌肉瘤;第 3 次诊断为平滑肌肉瘤激光切除术后复发。

对于软组织肉瘤的诊断目前尚缺乏特异性的诊断手段,其免疫组织化学指标多而复杂,目前通常以 CK、EMA 表示肿瘤的上皮源性;Vimentin 表示软组织来源肿瘤,是一个广义的免疫组织化学指标;Desmin、HHF35、actin 等表示肌源性;CD31、CD34、VEGFR 等表示血管源性;s-100 表示神经源性。而对于肌源性软组织肿瘤,通常以 myf-4 表示横纹肌源性,HHF35 结合 Desmin 亦可表明肿瘤的横纹肌源性,而 SMA 和 HHF35 则更倾向于平滑肌源性肿瘤。此外尚有部分指标可表明软组织

肿瘤的增生活性,如 Ki67 即为表示预后的常用免疫组织化学指标,表达越高表明预后越差。即使如此,免疫组织化学结果尚有少数假阴性、假阳性的可能。免疫组织化学指标复杂繁多,常需综合多个免疫组织化学指标以明确其组织来源。就本病例而言,苏木精-伊红染色见典型癌巢,免疫组织化学 Actin-平, Vimentin 及 HHF35 表达强阳性,而 CD34、S-100 等表达阴性,故考虑为喉部鳞状细胞癌并平滑肌肉瘤。总体而言,目前国际上尚无详细、规范的关于喉部癌肉瘤的统一命名、临床分型及分期标准。

目前认为手术切除仍是喉部癌肉瘤的首选治疗方式,其手术方式的选择和喉鳞状细胞癌的手术方式选择基本相同^[6],需依据肿瘤的范围、病变的部位、肿瘤的分期与分级等而定。因为缺乏早期颈部淋巴结转移的证据而颈淋巴结清扫术不被推荐为必须治疗手段。有文献报道喉部癌肉瘤复发时应行颈部患侧 II、VI 区淋巴结探查,若阳性则应行 II、III、IV、V 区甚至全颈清扫^[7]。亦有报道提到放疗对喉部非鳞状细胞癌的疗效不明显^[8]。放疗目前主要作为术后早期预防局部复发和肿瘤残灶的治疗手段之一,而化疗对喉部癌肉瘤的治疗作用甚小^[9]。关于喉部癌肉瘤放化疗的相关文献报道甚

少,尽管目前关于恶性肿瘤的放化疗治疗方案多种多样,但尚无统一的喉部癌肉瘤放化疗治疗方案,仅有文献报道指出放化疗对于喉部癌肉瘤的治疗作用甚小^[10]。Lucioni等^[11]建议对于喉部非鳞状细胞癌在进行任何治疗前应先排除其转移灶,以避免选择错误的治疗方式而耽误治疗。本例患者多次在我院接受手术治疗,其中2次为“喉部肿瘤CO₂激光切除术”,最后1次为“垂直半喉切除术”,因影像学检查未发现淋巴结征象而未进行颈淋巴结清扫,患者术后1个月至外院接受放疗,现一般情况良好,未见复发征象。

笔者查阅多篇国内外文献,多为散在报道,其预后不一。喉部癌肉瘤的整体5年生存率尚未见文献报道。喉部软组织肉瘤的预后与其分期、分级以及早期诊断并积极治疗密切相关。

总之,喉部癌肉瘤为头颈部少见恶性肿瘤,其病因复杂,放射等辐射可能为其病因之一。癌肉瘤的诊断困难,主要通过病理学检查,特别是免疫组织化学检查以确诊。喉部癌肉瘤目前仍以手术为首选治疗方式,放化疗对喉部癌肉瘤的治疗作用甚微。癌肉瘤患者的预后与其病理分期及分级密切相关,早期诊断及积极治疗能获得相对较好的预后。

参考文献

[1] 汤钊猷. 现代肿瘤学[M]. 3版. 上海: 复旦大学出版社, 2007: 1314-1314, 1658-1658.

[2] ULUSAN M, YIMAZER R, OZLUK Y, et al. Radiation-induced osteosarcoma of the larynx: case report and literature review[J]. Ear Nose Throat J, 2012, 91: E22-E25.

[3] 郭永伟, 严文洪, 赵霞, 等. 下咽癌肉瘤临床病理特征

的研究[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013, 27(9): 484-486.

- [4] YADAV J, BAKSHI J, CHOUHAN M, et al. Head and neck leiomyosarcoma[J]. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg, 2013, 65: 1-5.
- [5] KHADIVI E, TAZIKY M H, JAFARIAN A H, et al. Laryngeal leiomyosarcoma, a case report and review of articles[J]. Iranian J Otorhinolaryngol, 2013, 25: 253-257.
- [6] GODA T S, SARAVANAN K, VASHISTHA R K, et al. Leiomyosarcoma of the larynx: case report and review of the literature[J]. Ear Nose Throat J, 2008, 87: 283-287.
- [7] 何发尧, 王跃建. 喉癌肉瘤1例报告并文献复习[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2004, 11(5): 308-316.
- [8] 卿菁, 赵素萍. 喉部非鳞状细胞癌的临床特征分析(附11例报告)[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2010, 16(2): 112-115.
- [9] AKCAM T, OYSUL K, BIRKENT H, et al. Leiomyosarcoma of the head and neck: report of two cases and review of the literature[J]. Auris Nasus Larynx, 2005, 32: 209-212.
- [10] MARKUS G, ALFRED B, HEINZ S, et al. First case of a myxofibrosarcoma of the vocal folds: case report and review of the literature[J]. J Voice, 2010, 24: 374-376.
- [11] LUCIONI M, MARIONI G, LIBERA D D, et al. Treatment of unusual or rare laryngeal nonsquamous primary malignancies: radical (total/extended total laryngectomy) or conservative surgery[J]? Am J Otolaryngol, 2008, 29: 106-112.

(收稿日期: 2015-10-04)