

2 讨 论

卵巢交界性透明细胞腺纤维瘤是极为罕见透明细胞肿瘤^[3-4],迄今国内外报道病例仅 30 余例。依据 2003 年 WHO 将该肿瘤归为上皮性肿瘤,根据肿瘤细胞增殖程度可将其分为良性、交界性和恶性,而良性和交界性透明细胞腺纤维瘤极其罕见^[1-3]。该病发病年龄 30~86 岁之间,多为绝经后妇女。常见的临床表现为盆腔包块、不规则阴道出血、下腹疼痛等症状^[3-4]。由于临床症状、肿瘤生化指标、影像学表现都无特异性,术前诊断极为困难,其诊断主要依赖于病理检查,肿瘤直径为 5~30 cm 不等,呈分叶状,粉红色,剖面类似良性肿瘤,肿瘤较硬区域常常为瘤细胞簇增生密集灶。覆 1~3 层鞋钉或多角形细胞,偶伴有嗜酸性胞浆及轻度核不典型,可见分裂像^[(1~3)/10 HPF],偶有上皮增生,呈透明细胞囊性桑葚体,肿瘤缺乏浸润性,间质细胞也不活跃(图 2)。交界性透明细胞腺纤维瘤一般手术治疗预后良好,有微灶浸润者偶见复发和转移^[4],所以,透明细胞肿瘤有浸润,即使是微灶浸润也应诊断为癌^[3-5],但因病例数少,其治疗与预后不能确定。交界性肿瘤的症状和体征在早期和良性囊腺瘤近似,晚期有腹水时,则与囊腺瘤相似,不易在术前作出交界性瘤的诊断,但如有腹水而一般情况很好时,多考虑交界性瘤的可能。在手术中切除卵巢肿瘤后,切下的肿瘤应送冰冻病理检查,如果发现是交界性瘤或恶性癌的诊断,即应行外科分期手术。但有些学者对交界性瘤行分期手术的必要性持怀疑态度。冰冻切片诊断的准确性不如蜡块切片。即使报告交界性瘤,也不能完全除外癌的诊断。因此,多数学者认为在初次手术时应该仔细探查盆腹腔及腹膜后淋巴结,有肿大淋巴结者应行盆腔淋巴结加腹主动脉旁淋巴结活检术或者清扫术。而对于卵巢交界性肿瘤术后的辅助放、化疗仍有争议^[4-5],但美国国家健康研究院(NIH)认为卵巢交界性透明细胞肿瘤预后差,术后可考虑化疗。

本例误诊原因:(1)诊断思路狭窄,警惕性不高,术前考虑多发性肌瘤,术中探查发现左侧阔韧带后叶见约 9 cm×9 cm×8 cm 肌性包块,遂定向思维将其考虑为“阔韧带肌瘤”。而未深入分析患者既往无盆腹腔手术史、绝经后肌瘤仍在生长

• 短篇及病例报道 •

(与子宫肌瘤为雌激素依赖疾病不相符)、先天性单侧卵巢缺如极为罕见等表现存在矛盾,故将左侧卵巢肿瘤误诊为左侧“阔韧带肌瘤”。(2)对“绝经后阴道流血”为首发症状的认识不足,考虑不全面,除外阴道、宫颈、宫腔病变出血,还应该考虑功能性卵巢肿瘤可能。(3)忽略了一些具有重要价值的病史、阳性体征及实验室检查,未将 CA-125 升高、妇科检查发现左附件包块、彩超提示子宫后方发现低回声块相结合进行综合分析、评价。

以“绝经后阴道流血”为首发症状的正确临床诊断,必须依靠详细地询问病史,系统的体格检查和必要的实验室及其他辅助检查,较难以明确诊断时,可行特殊检查帮助明确诊断(如盆腔 MRI 或者盆腔 CT),临床医师对妇科知识的全面掌握及综合分析能力提高,可避免或减少对该病的误诊。

参考文献:

- [1] Vasilakaki T, Skafida E, Arkoumani E, et al. Borderline clear cell adenofibroma of the ovary associated with ovarian endometriosis: a case report[J]. Eur J Gynaecol Oncol, 2012, 33(2): 230-232.
- [2] Liu JL, Chu PY, Yeh KT, et al. Borderline clear cell adenofibroma with extensive hemorrhagic necrosis[J]. Hematol Oncol Stem Cell Ther, 2010, 3(3): 158-160.
- [3] 邹闻达,张秋. 卵巢交界性透明细胞腺纤维瘤 1 例及文献复习[J]. 中国妇产科临床杂志, 2011, 12(1): 66-67.
- [4] 孙健,梁智勇,崔才全. 卵巢交界性透明细胞腺纤维瘤局灶合并透明细胞癌 1 例[J]. 中华病理学杂志, 2008, 37(7): 499-500.
- [5] Yamamoto S, Tsuda H, Miyai K, et al. Accumulative copy number increase of MET drives tumor development and histological progression in a subset of ovarian clear-cell adenocarcinomas[J]. Mod Pathol, 2012, 25(1): 122-130.

(收稿日期:2013-01-01 修回日期:2013-04-23)

根治术结合¹²⁵I 粒子植入治疗非小细胞肺癌 53 例分析*

莫绍雄,杨小平,吴 军,韦懿桐

(广西中医药大学第一附属医院心胸外科,南宁 530023)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.23.051

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)23-2819-03

肺癌是全球病死率最高的肿瘤之一,大部分患者为非小细胞肺癌(NSCLC),严重威胁人类的健康。近年来,肺癌发病率呈上升趋势,在城市位于恶性肿瘤第 1 位。尽管在过去 30 多年里,手术、放疗、化疗取得了较大的进步,但是肺癌总的疗效仍然不理想。近几年来,以多学科综合治疗为导向的理念,为提高肺癌疗效提供了新的思路。2007 年 2 月至 2011 年 2 月本院对收治的 53 例 NSCLC 患者在行肺癌根治术的同时术中植入¹²⁵I 粒子,与同期 35 例肺癌根治术患者比较,观察其对不

同临床分期及病理类型的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2007 年 2 月至 2011 年 2 月收住院的 NSCLC 患者,术前通过支气管镜或 CT 定位肺部肿物穿刺活检或术中切取肿物快速冰冻切片取得病理学诊断,临床 TNM 分期为 I B~III A 期(按 1997 年修订的肺癌国际分期标准)106 例 NSCLC 患者,重要器官无严重功能障碍。随机分为观察组 53 例(肺癌根治术+¹²⁵I 粒子植入+辅助化疗),其中,

* 基金项目:广西教育厅立项项目(2009111X223)。 作者简介:莫绍雄(1961~),副教授,硕士研究生导师,主要从事肺癌临床研究(工作)。

男 30 例,女 23 例,年龄 39~74 岁,平均 64.2 岁;I B 期 6 例(腺癌 2 例、鳞癌 3 例、大细胞癌 1 例),II A 期 13 例(腺癌 6 例、鳞癌 7 例),II B 期 20 例(腺癌 9 例、鳞癌 10 例、大细胞癌 1 例),III A 期 14 例(腺癌 7 例、鳞癌 6 例、大细胞癌 1 例);周围型 28 例,中央型 25 例;鳞癌 27 例,腺癌 24 例,大细胞癌 2 例。对照组 53 例(肺癌根治术+辅助化疗),其中,男 29 例,女 24 例,年龄 38~76 岁,平均 63 岁;I B 期 7 例(腺癌 3 例、鳞癌 3 例、大细胞癌 1 例),II A 期 14 例(腺癌 6 例、鳞癌 8 例),II B 期 21 例(腺癌 9 例、鳞癌 12 例),III A 期 11 例(腺癌 5 例、鳞癌 6 例);周围型 30 例,中央型 23 例;鳞癌 29 例,腺癌 23 例,大细胞癌 1 例。两组患者年龄、性别、临床分期、病理类型等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 手术治疗:两组患者手术均在气管插管单肺通气静脉复合全身麻醉下进行,采用后外侧切口开胸,行肿瘤所在的肺叶切除,常规进行纵隔淋巴结清扫术。 ^{125}I 粒子采用平面植入法:在引流肿瘤的淋巴结部位植入 ^{125}I 粒子,选用疝补片剪成约 1.5 cm 宽的条形块,把 ^{125}I 粒子先缝扎固定在小块的疝补片上,每隔 2.5 cm 缝扎 1 颗粒子,将带有 ^{125}I 粒子的疝补片固定在需要植入粒子的部位。术后 3~4 周开始辅助化疗,化疗方案:盐酸吉西他滨 1 000 mg/m² 静滴,第 1、8 天;顺铂 70 mg/m²,静滴,第 1 天;28 d 为 1 周期,共 4 个周期。用化疗药前均进行水化,使用昂丹司琼 8 mg 静脉滴注预防胃肠道反应。

1.3 观察指标 术后 1、2、3、4 个月以及每 6 个月定期复查血常规、肝肾功能、血清癌性标志物。彩色 B 超发现有肝、肾、肾上腺、腹主动脉旁淋巴结占位时为转移灶,胸部 CT 见有新病灶出现时为局部复发,术后 18 个月对局部控制情况进行评价,分析局部控制率与临床分期、病理类型(鳞癌、腺癌)的关系。

1.4 统计学处理 所有数据均采用 SPSS10.0 软件进行统计学分析处理,对两组间计数资料用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

I B 期在术后 18 个月,观察组与治疗组局部控制率分别为 100.00%、71.43%,两组比较差异无统计学意义($P>0.05$);II A 期、II B 期、III A 期观察组局部控制率比对照组高,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。鳞癌、腺癌的局部控制率观察组明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 1 两组患者不同临床分期局部控制率比较[n(%)]

组别	分期			
	I B	II A	II B	III A
观察组	6(100.00)	12(92.31)▲	17(85.00)▲	11(78.57)▲
对照组	5(71.43)	8(57.14)	11(52.38)	4(36.36)
χ^2	2.026	4.340	5.034	4.573
P	0.155	0.037	0.025	0.033

▲: $P<0.05$,与对照组比较。

表 2 鳞癌与腺癌局部控制率比较[n(%)]

组别	鳞癌	腺癌
观察组	24(88.89)▲	20(83.33)▲
对照组	16(55.17)	12(52.17)
χ^2	7.789	5.248
P	0.005 3	0.022

▲: $P<0.05$,与对照组比较。

3 讨 论

肺叶切除加纵隔淋巴结清扫术是治疗 NSCLC 的经典术式,但是术后往往容易复发、转移,远期生存率较低。文献报道^[1] III 期 NSCLC 患者术后 5 年生存率约为 20.90%。要提高肺癌的疗效关键是根据不同分期的 NSCLC 选择最佳的治疗方案和模式。随着对肺癌的深入研究,运用多学科综合治疗肺癌已经成为一种共识,目前,主张对 I B 以上的 NSCLC 患者术后进行 3~4 个周期化疗^[2],可以提高手术后的局部控制率以及远期生存率,一线化疗方案是以铂类为基础的联合第 3 代化疗药进行化疗^[3]。近几年来, ^{125}I 粒子组织间植入近距离照射配合化疗或热疗,成为综合治疗 NSCLC 的一种新手段,为心肺功能差以及中晚期 NSCLC 患者带来了曙光,并且取得了较好的临床疗效。 ^{125}I 粒子肿瘤内植入治疗 NSCLC 的机制是:种植在肿瘤组织间的放射性 ^{125}I 粒子释放低剂量的 γ 射线,射线使 DNA 分子链单链及双链断裂;同时产生自由基,引起细胞损伤,持续照射肿瘤细胞,使肿瘤的氧增比减少,乏氧细胞比例减少,不断地消耗肿瘤干细胞而使肿瘤细胞死亡^[4]。在肺癌根治术中行纵隔淋巴结清扫时,往往肿大的淋巴结容易清扫,但对于淋巴结体积小、质地松软、部位隐匿的微小转移灶,增加术中辨认淋巴结难度,从而影响淋巴结清扫效果。另一方面,根据有关研究显示在常规病理检查阴性的淋巴结中,通过肺癌微转移相关标记物检测发现部分病例存在微转移,在纵隔淋巴结中微转移灶大约在 25.00%~28.00% 之间^[5-6]。并且微转移与肿瘤的 TNM 分期相关,部分病例存在跳跃性转移^[7]。在行肺癌根治术同时植入 ^{125}I 粒子目的就是杀灭残留的微转移灶。已有临床资料研究显示,对于局部晚期 NSCLC 患者,通过开胸行姑息性手术切除后术中植入 ^{125}I 粒子,结合常规化疗,可以提高生存质量,提高缓解率和近期生存率^[8-9]。本研究显示,在行肺癌根治术同时在纵隔淋巴结引流部位植入 ^{125}I 粒子对于 I B 期 NSCLC 患者,术后 18 个月局部控制率虽然观察组(100.00%)比对照组(71.43%)高,但差异无统计学意义($P>0.05$),出现这种情况可能与本组观察的时间较短、例数较少有关。因此,对于 I B 期患者是否需要植入 ^{125}I 粒子有待进一步探讨。而对 II A~III A 期的 NSCLC 患者,在行根治术同时联合 ^{125}I 粒子植入能明显降低局部复发率,与对照组比较差异有统计学意义($P<0.05$),这与文献^[6]报道一致。从本研究显示,术中植入 ^{125}I 粒子后,鳞癌、腺癌的局部控制率比对照组高,差异有统计学意义($P<0.05$)。对于大细胞癌的作用,由于例数少,有待扩大样本后进行总结,根治术结合 ^{125}I 粒子植入对于鳞癌、腺癌不同临床分期的治疗效果是否存在差异需进一步探讨。

本研究提示,对于 II、III 期肺癌患者,在行肺癌根治术时植入 ^{125}I 粒子,能减少局部复发,延长无瘤生存期,对鳞癌、腺癌、肺癌患者有相同的治疗作用。因此,肺癌根治术结合 ^{125}I 粒子植入,配合化疗,获得较好的临床疗效,值得进一步研究。

参考文献:

- [1] 林勇斌,梁颖,明毅,等. 208 例手术切除的 III A-N2 期非小细胞肺癌患者的生存分析[J]. 重庆医学, 2011, 40(24): 2404-2409.
- [2] 郑庆锋,王宇昭,朱赛楠,等. 新辅助化疗及辅助化疗相关循证医学证据的应用对 NSCLC 治疗的影响[J]. 中国肿瘤临床, 2011, 38(4): 232-234.
- [3] Goffin J, Lacchetti C, Ellis PM, et al. Fist-line systemic chemo-

therapy in the treatment of advanced non-small cell lung cancer a systematic review[J]. J Thorac Oncol, 2010, 5(2): 260-274.

- [4] 王俊杰, 修典荣, 冉维强. 放射性粒子组织间近距离治疗肿瘤[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2004: 49-62.
- [5] 杨浩贤, 吴一龙, 丁嘉安, 等. 可手术非小细胞肺癌纵隔淋巴结的微转移[J]. 中华肿瘤杂志, 2006, 28(5): 368-370.
- [6] 王云喜, 孙玉鸮, 李向红. 肺癌淋巴结微转移诊断的对比研究[J]. 中华医学杂志, 2008, 88(1): 19-21.
- [7] 刘锬, 尤庆生, 严煜, 等. pN0 期非小细胞肺癌淋巴结微转

移的临床分析[J]. 中国临床医学, 2010, 17(5): 652-654.

- [8] 史敏科, 张青海. ¹²⁵I 粒子对中晚期肺癌生存质量的影响[J]. 江苏医药, 2007, 33(4): 390-391.
- [9] Trombetta MG, Colonias A, Makishi D. Tolerance of the aorta using intraoperative iodine-125 interstitial brachytherapy in cancer of the lung[J]. Brachytherapy, 2008, 7(1): 50-54.

(收稿日期: 2013-01-08 修回日期: 2013-04-22)

• 短篇及病例报道 •

胫骨上端血管瘤 1 例报道

吴伟峰, 骆宇春[△], 刘云鹏, 陈 斌, 柏广富, 冯彦华
(中国人民解放军第 101 医院骨科, 江苏无锡 214044)

doi: 10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2013. 23. 052

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2013)23-2821-03

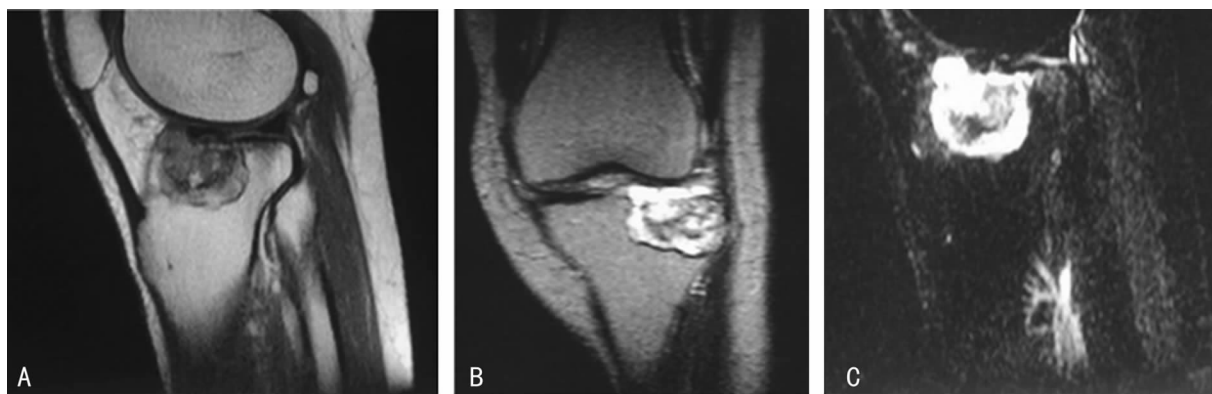
1 病例资料

1.1 一般资料 患者, 贾某, 女, 62 岁, 主诉 1 年前无明显诱因出现左膝关节肿胀、疼痛不适、活动受限, 无外伤史, 症状进行性加重。在本院行左膝 X 线片示: 右胫骨外侧髁异常病变, 密度不均, 边缘轻度硬化, 未见骨膜反应。进一步行左膝关节磁共振检查(图 1)示: 左膝关节外侧半月板见条状高信号, 胫骨外侧平台关节面下可见团块状混杂信号影。全身其他部位检查无异常。为进一步诊治收住入院, 入院查体: 左膝胫骨上端外侧肿胀, 无静脉曲张, 皮温不高, 压痛, 伸膝受限, 屈膝活动可, 麦氏实验(外展外旋小腿)阳性, 研磨实验阳性, 侧方挤压实验阳性。肿瘤标记物检查示各项指标均正常。穿刺活检病理报告(图 2)提示: 镜下见组织由扩张的大小不一的血管组成, 管壁薄, 内皮细胞分化好, 间质纤维增多。考虑胫骨外髁海绵状血管瘤。经充分术前准备后在腰麻下行左胫骨平台病灶切除、病变外侧半月板切除术、取髂骨及同种异体骨植骨重建平台。术后病理检查报告确诊为胫骨上端海绵状血管瘤。

1.2 手术过程 取左膝前外侧弧形手术切口, 暴露胫骨外髁,

见骨皮质完整, 骨膜增生, 用 2 mm 钻头在病变骨皮质上、下依次钻孔间隔 1 cm, 然后用骨凿沿骨孔凿下皮质骨块, 见骨皮质增厚, 局部组织呈网眼状, 有硬化骨及血凝块样组织, 血供丰富, 用刮匙刮除病变组织并做快速病理检查, 报告为良性病变。刮匙刮除病变组织, 直至见到正常骨组织, 刮除过程见病变侵及平台软骨, 外侧半月板前后角有破损, 切除病变外侧半月板, 大量蒸馏水加压冲洗平台病变处, 再取左髂嵴处切口, 显露髂嵴, 骨刀凿取 4 cm×4 cm 大小骨块备用, 将取出骨块根据平台缺损情况修整, 将凹陷面朝上, 将骨块置于平台关节面处并打入 2 枚 4.5 mm 空心埋头加压螺钉牢固固定, 平台下缺损用同种异体骨填充并夯实。

术后石膏托外固定, 术后 24 h 即开始股四头肌收缩锻炼。术后 8 周后扶拐下地, 逐步负重, 石膏固定 12 周。随访 9 个月无复发, 无感染、骨折及重要血管、神经及其他损伤。术后拍 X 线片(图 3)示: 平台未下沉, 膝关节活动范围 120°。根据国际保肢学会(ISOLS)功能评分标准^[1], 该病例评分 24 分, 结果为良。



A: 左膝关节外侧半月板见条状高信号; B: 胫骨外侧髁关节面下可见团块状混杂信号影; C: 以长 T1 长 T2 信号为主, 脂抑后呈高信号。

图 1 术前左膝关节磁共振检查影像学表现

作者简介: 吴伟峰(1982~), 医师, 在读硕士研究生, 主要从事关节骨科方面的研究。 [△] 通讯作者, Tel: 18921150362; E-mail: luoyuchun101@163.com。