

## 综合病例研究

DOI: 10.3969/j.issn.0253-9802.2024.04.014

## 食管癌伴巨大颈部淋巴结转移 1 例

王倩倩 邹孔桢 张小雨 林萍萍

**【摘要】** 多种良恶性肿瘤均可能出现颈部肿物，在既没有其他系统症状又没有病理活组织检查的情况下难以做出正确诊断，容易贻误最佳治疗时机。以巨大颈部淋巴结转移伴疼痛为首发症状的食管癌患者较为少见。该文报道 1 例以巨大颈部淋巴结转移为首发表现的食管癌患者，患者接受多线治疗方案，病情虽反复进展，但仍达到了 33 个月的较长生存期。该文对食管癌伴巨大颈部淋巴结转移患者的临床表现、诊疗过程及预后进行报道，以期提高临床医师对食管癌淋巴结转移的认识水平，提高该病首诊率及早治疗，使患者获得较高生活质量及更长生存期。

**【关键词】** 食管癌；颈部淋巴结转移；诊断；治疗；生活质量；生存期

**Esophageal cancer complicated with extensive cervical lymph node metastasis : a case report** Wang Qianqian<sup>△</sup>, Zou Kongzhen, Zhang Xiaoyu, Lin Pingping.<sup>△</sup> Graduate School of Chengde Medical College, Chengde 067000, China  
Corresponding author: Lin Pingping, E-mail: pingping0314@163.com

**【Abstract】** Cervical tumors may occur in a variety of benign and malignant tumors. It is difficult to make a correct diagnosis in the absence of other systemic symptoms and pathological biopsy, which is likely to delay the optimal treatment opportunity. Patients diagnosed with esophageal cancer presenting with extensive cervical lymph node metastasis accompanied by pain as the initial symptom have been rarely reported in clinical practice. In the present study, a case of esophageal cancer presenting with extensive cervical lymph node metastasis as the initial manifestation was reported. The patient received multi-line treatment. Despite repeated disease progression, the patient obtained 33-month survival. In this article, clinical manifestations, diagnosis and treatment process and prognosis of this patient were reported, aiming to deepen the understanding of lymph node metastasis of esophageal cancer, improve the first visit rate, deliver early treatment, thereby obtain higher quality of life and longer survival.

**【Key words】** Esophageal cancer; Cervical lymph node metastasis; Diagnosis; Treatment; Quality of life; Survival

食管癌是我国的高发恶性肿瘤，其发病率和病死率在恶性肿瘤中分居第五位和第四位，且食管鳞状细胞癌（ESCC）约占总数的 90% 以上，具有隐匿性高、侵袭性强、生存率低等特点<sup>[1]</sup>。食管癌早期症状不明显，患者往往因出现吞咽困难而就诊时已属于中晚期，由于食管黏膜下层结构疏松，具有丰富的淋巴网，故出现淋巴结转移也较为常见，颈部和胸部是食管癌的主要淋巴结转移区域<sup>[2]</sup>，但首发症状以颈部巨大淋巴结转移伴疼痛的病例相对少见。查阅中英文文献，颈部肿物为良性肿瘤及转移瘤多见<sup>[3]</sup>，早期颈部淋巴结转移多为无痛性，故不易发现，当明显肿大伴有疼痛时已至晚期，2022 年有 1 例关于双侧颈部巨大囊性肿物的报道<sup>[4]</sup>，经病理诊断证实为食管癌颈部淋巴

结转移。我院收治的 1 例食管癌患者在首次就诊时即有右侧颈部巨大肿物伴疼痛，同时存在吞咽困难，基于一元化理论及食管癌淋巴结转移途径，首先考虑的诊断是食管癌伴颈部淋巴结转移，完善胃镜及 CT 检查后可证实此诊断，且该患者总生存期较长，现报道如下。

## 病例资料

## 一、主诉及现病史

患者男，50 岁。因“发现右颈部肿物伴进食哽咽感 3 个月”于 2020 年 9 月 10 日收入院。患者 3 个月前无明显诱因出现进食哽咽感，同时发现右颈部肿物，约 3 cm × 3 cm 大小，伴有局部疼

基金项目：河北省自然科学基金（H2021406013）

作者单位：067000 承德，承德医学院研究生学院（王倩倩，邹孔桢，张小雨）；067020 承德，承德医学院附属医院肿瘤科（林萍萍）

通信作者：林萍萍，E-mail: pingping0314@163.com

痛，短期内迅速增大。

## 二、入院实验室及辅助检查

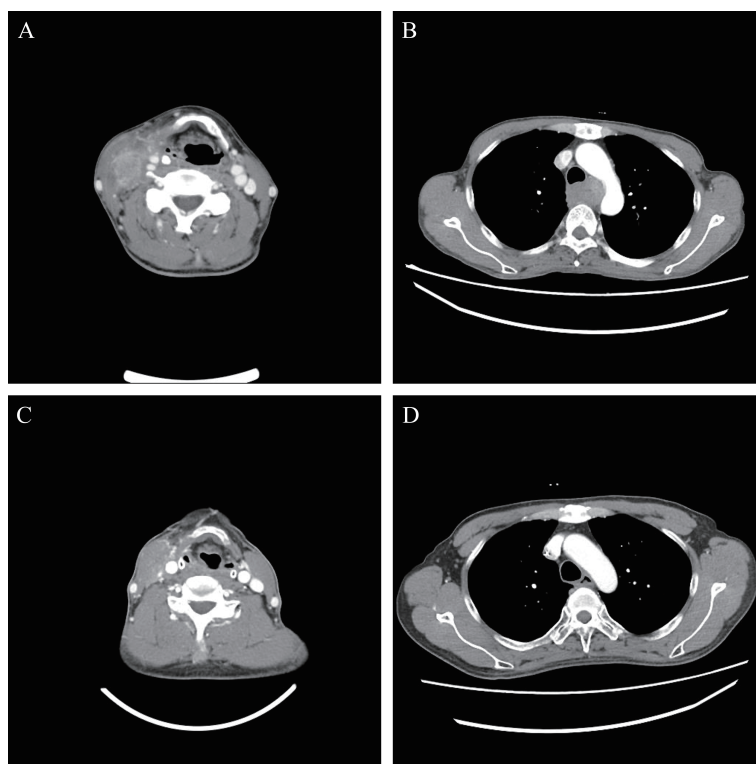
血常规、尿常规、肝肾功能无明显异常。胃镜示距门齿约 24 cm 可见一溃疡型肿物，病理提示 ESCC。胸部 CT 示中段食管壁增厚并近段食管腔扩张，纵隔多发淋巴结。颈部强化 CT 示右侧颌下区及颈鞘区多发增大淋巴结，部分融合，见图 1A、B。上消化道造影示食管中段（主动脉弓水平）见长约 10 cm 管壁增厚、僵硬，管腔狭窄，黏膜破坏消失，可见不规则龛影。

## 三、诊断与治疗

诊断为胸中段 ESCC (T4aN1M1 IV B 期)，于入院第 7 日起给予一线方案顺铂 + 氟尿嘧啶化学治疗 6 个周期，疗效评价 2 个周期为稳定，4 个周期为部分缓解，6 个周期后复查颈部增强 CT 示右侧颈部（II 区）淋巴结肿大并融合，较前略增大；右侧颈静脉受累不排除，见图 1C、D。疾病进展，建议局部放射治疗，患者拒绝。于 2021 年 3 月 1 日起改用多西他赛 + 奈达铂方案化学治疗 2 个周期，患者右颈部淋巴结较前明显增大，伴局部疼

痛，疾病进展，见图 2A、B。为缓解局部症状，于 2021 年 4 月 12 日行右颈部转移瘤姑息放射治疗，其间应用尼妥珠单抗增敏 2 次，因不能耐受局部胀痛终止放射治疗，共完成 16 次，DT 32 Gy/16 f。

之后患者 CT 示右颈部肿瘤内部液化坏死，2021 年 5 月 7 日给予局部抽液，患者压迫症状明显减轻，见图 2C、D。因疾病再次进展，2021 年 5 月 19 日给予患者更换三线安罗替尼治疗 2 个周期，疗效评价为稳定略缩小，见图 2E。2021 年 9 月 13 日复查颈部增强 CT 示颈部淋巴结再次增大，伴有破溃，疾病进展。于 2021 年 9 月 17 日起给予安罗替尼联合卡培他滨治疗，患者颈部淋巴结逐渐缩小，破溃处逐渐愈合。2022 年 6 月患者吞咽困难逐渐加重，当年 12 月再次出现进食流食有哽噎感，偶有右颈部胀痛。上消化道造影示钡剂通过食道原病变处食管胸中上段见管壁僵硬，钡剂通过受阻。颈部增强 CT 示病变范围较前略增大。其余相关检查较前变化不明显，疾病进展，见图 2F。于 2022 年 12 月 15 日、2023 年 1 月 6 日给予卡瑞利珠单抗联合安罗替尼治疗，2 个周期后疗效评价为稳定，2023 年 2 月 2 日因颈部皮肤破溃伴偶有出血停用安罗替尼，改用卡瑞利珠单抗 + 卡



注：A 为首诊时颈部增强 CT；B 为首诊时胸部增强 CT；C 为一线治疗后颈部增强 CT；D 为一线治疗后胸部增强 CT。

图 1 食管癌伴巨大颈部淋巴结转移患者首诊和一线治疗后颈部及胸部增强 CT

培他滨治疗3个周期，疗效评价为稳定。

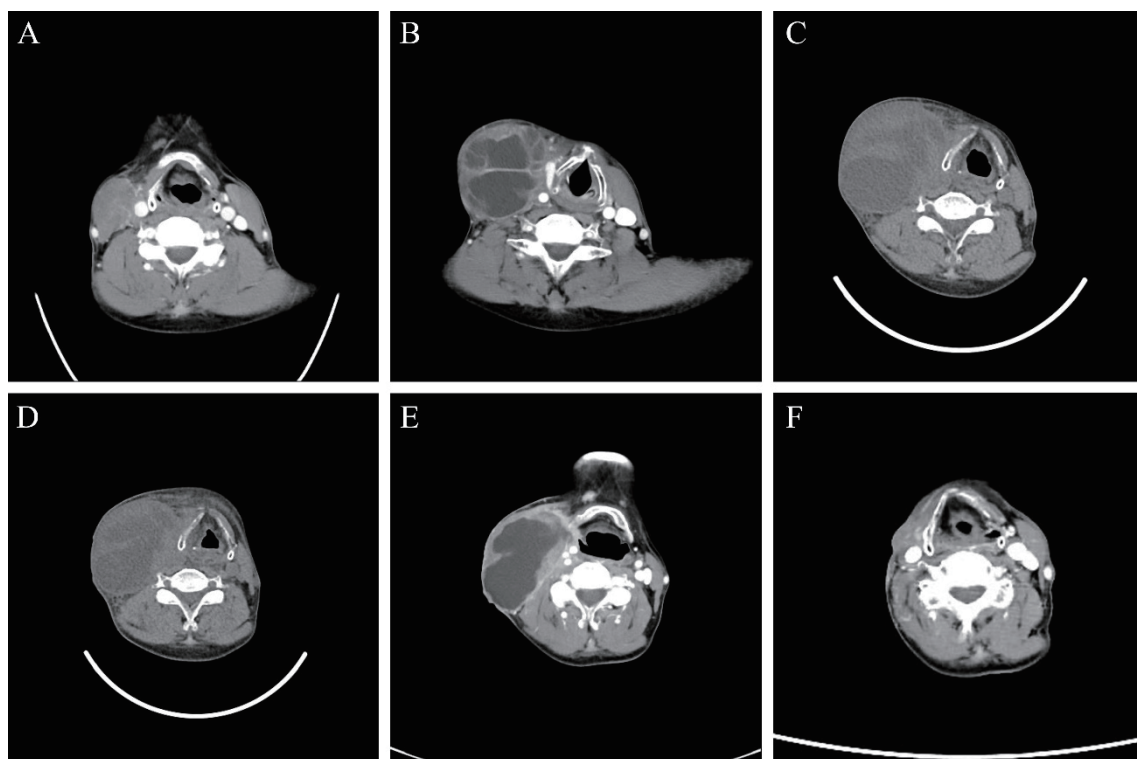
2023年4月12日患者破溃肿物旁边新发肿物，大小约1.5~2.0 cm，伴破溃、溢血，考虑疾病进展，更换方案为替雷利珠单抗联合白蛋白紫杉醇+卡铂治疗，1个周期后患者出现呼吸困难，行气管插管缓解症状，依靠肠外营养支持，患者病情持续恶化。截至投稿日患者总生存期超过33个月。

## 讨 论

食管癌是全球致死率较高的恶性肿瘤之一，我国是其高发地区，约占全球发病人数的一半以上<sup>[1]</sup>，且患者早期症状不明显，往往出现症状时已处于肿瘤中晚期，甚至已有远处转移，失去手术的机会，此时最佳的治疗选择为同步放射、化学治疗<sup>[5]</sup>。本例患者已确诊食管癌，颈部病灶虽未进行病理活组织检查，但基于一元化理论及淋巴结转移方式，CT检查仍可作为一项诊断依据<sup>[6]</sup>。依据2020年美国国立综合癌症网络指南及中国临床肿瘤学会指南，晚期ESCC的一线治疗以含铂类的两药联合化学治疗为标准治疗方案，本例患者

应用顺铂+氟尿嘧啶方案化学治疗6个周期后病变进展，改用二线方案治疗，指南的I级推荐为单药免疫或化学治疗，患者以局部进展为主，可联合局部放射治疗，但患者拒绝放射治疗及免疫治疗，故选择多西他赛+奈达铂方案化学治疗2个周期后稳定，但局部症状加重而中断化学治疗，再次进展。患者局部症状加重，给予右颈部转移瘤局部放射治疗，其间尼妥珠单抗增敏2次。尼妥珠单抗是一种表皮生长因子受体(EGFR)拮抗剂，主要通过增强放射治疗增强对EGFR高表达的ESCC细胞的放射性应答反应，提高抗肿瘤效果<sup>[7]</sup>。与单纯放射治疗相比，加用尼妥珠单抗提高疗效的同时没有增加不良反应<sup>[8,9]</sup>。患者因病变中心发生液化性坏死，治疗期间出现严重皮肤反应，最终不能耐受而中断放射治疗。而后的治疗以缓解局部症状为主，疾病仍不断进展，后以安罗替尼为基础的多种治疗方案均未达到理想治疗效果，最终因局部破溃出血而停用安罗替尼。后续的其他治疗方案也并未使患者从中获益。

食管癌以巨大颈部淋巴结转移为首发症状的患者并不常见，本例患者在治疗过程中原发灶较



注：A为二线治疗前颈部增强CT；B为二线治疗2个周期后颈部增强CT；C为穿刺抽液前颈部CT；D为穿刺抽液后颈部CT；E为放射治疗结束后（三线治疗前）颈部增强CT；F为三线治疗后颈部增强CT。

图2 食管癌伴巨大颈部淋巴结转移患者治疗后颈部CT

稳定,局部多次复发进展,前后应用了化学治疗、放射治疗、靶向治疗及免疫治疗,虽取得了33个月的总生存期,远超晚期食管癌的中位生存时间7~13个月,但生活质量并未得到改善。食管癌多因进食困难不能耐受治疗而被迫中断,而该患者的进展是颈部淋巴结压迫出现呼吸困难,最终导致中断治疗。食管癌晚期治疗手段有限,治疗效果欠佳,多个治疗方案中以安罗替尼及联合方案的疗效较好,无进展生存期(PFS)为20个月。安罗替尼是一种多靶点酪氨酸激酶抑制剂,对肿瘤生长和血管生成具有抑制作用<sup>[10]</sup>。Huang等<sup>[11]</sup>在一项随机、双盲、多中心Ⅱ期试验中指出,单药安罗替尼在Ⅳ期ESCC患者的治疗中可改善患者PFS,患者更多受益于安罗替尼联合化学治疗,表现出了15个月的部分缓解。一项回顾性分析显示,安罗替尼可能与程序性死亡-1受体阻滞剂产生协同作用,促进血管重塑,改善肿瘤免疫微环境,增加免疫效应细胞的活化,进一步提高抗肿瘤疗效<sup>[12]</sup>。但抗血管生成治疗存在的一个主要问题是出血事件,该患者颈部淋巴结破溃出血考虑可能与之相关。

目前,晚期食管癌的治疗已经从过去单一的化学治疗到现在的多种治疗模式联合应用,但晚期复发后仍无标准治疗模式。本例患者虽取得较长的总生存期,但生活质量改善不明显,在今后的治疗中,不但要关注延长患者生存期,更要注重提高生活质量,需要根据患者具体情况制定个体化治疗方案。

### 参 考 文 献

- [1] Sung H, Ferlay J, Siegel R L, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2021, 71(3): 209-249.
- [2] 范博士,宋伟安,龚太乾.食管癌淋巴结转移规律及预测模型研究进展[J].中华腔镜外科杂志(电子版),2020,13(3): 188-192.  
Fan B S, Song W A, Gong T Q. Lymph node metastasis and predictive model in esophageal carcinoma[J]. Chin J Laparosc Surg Electron Ed, 2020, 13(3): 188-192.
- [3] 冒符荣,代敏,李意俊,等.腮腺巨大多形性腺瘤一例[J].新医学,2021,52(9): 713-716.  
Mao F R, Dai M, Li Y J, et al. Giant parotid pleomorphic adenoma: one case report[J]. J New Med, 2021, 52(9): 713-716.
- [4] 熊晔,吴文科,胡革.食管癌颈部巨大囊性淋巴结转移1例报道[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2022,30(4): 291-293.  
Xiong Y, Wu W K, Hu G. Giant cystic lymph node metastasis in the neck of esophageal cancer: a case report[J]. Chin J Otorhinolaryngol Integr Med, 2022, 30(4): 291-293.
- [5] 刘金凤,王章桂,崔珍.白蛋白紫杉醇联合放疗治疗局部晚期食管癌的疗效[J].中华全科医学,2021,19(9): 1477-1479, 1496.  
Liu J F, Wang Z G, Cui Z. Efficacy analysis of albumin paclitaxel and radiotherapy in locally advanced oesophageal cancer[J]. Chin J Gen Pract, 2021, 19(9): 1477-1479, 1496.
- [6] 陈聪,陈磊.食管癌淋巴结转移的诊断技术[J].肿瘤预防与治疗,2022,35(4): 382-387.  
Chen C, Chen L. Diagnostic methods of lymph node metastasis of esophageal cancer[J]. J Cancer Contr Treat, 2022, 35(4): 382-387.
- [7] Zhao L, He L R, Xi M, et al. Nimotuzumab promotes radiosensitivity of EGFR-overexpression esophageal squamous cell carcinoma cells by upregulating IGFBP-3[J]. J Transl Med, 2012, 10: 249.
- [8] 张碧云,赵迪.尼妥珠单抗联合放射治疗对老年食管鳞癌患者的疗效分析[J].现代医学,2021,49(5): 511-514.  
Zhang B Y, Zhao D. The effect of nitrozumab combined with radiation therapy in elderly patients with esophageal squamous carcinoma[J]. Mod Med J, 2021, 49(5): 511-514.
- [9] 郑玉洁.尼妥珠单抗联合三维适形放疗治疗局部晚期食管癌患者的近远期效果[J].中国民康医学,2023,35(1): 57-59.  
Zheng Y J. Short-term and Long-term efficacies of Nimotuzumab combined with three-dimensional conformal radiotherapy in patients with locally advanced esophageal cancer[J]. Med J Chin People's Health, 2023, 35(1): 57-59.
- [10] Gao Y, Liu P, Shi R. Anlotinib as a molecular targeted therapy for tumors[J]. Oncol Lett, 2020, 20(2): 1001-1014.
- [11] Huang J, Xiao J, Fang W, et al. Anlotinib for previously treated advanced or metastatic esophageal squamous cell carcinoma: a double-blind randomized phase 2 trial[J]. Cancer Med, 2021, 10(5): 1681-1689.
- [12] Liu Y, Ge Q, Xu S, et al. Efficacy and safety of anlotinib plus programmed death-1 blockade versus anlotinib monotherapy as second or further-line treatment in advanced esophageal squamous cell carcinoma: a retrospective study[J]. Front Oncol, 2022, 12: 942678.

(收稿日期: 2023-10-12)

(责任编辑: 杨江瑜)