

超声诊断下咽-食管多原发癌 1 例

Ultrasound diagnosis of multiple primary cancers of hypopharynx and esophagus: report of one case

刘素霞, 张超, 高伟斌, 宋宴鹏(青岛市胶州中心医院, 山东 青岛 266300)

LIU Su-xia, ZHANG Chao, GAO Wei-bin, SONG Yan-peng

(Jiaozhou Central Hospital of Qingdao, Qingdao Shandong 266300, China)

[关键词] 食管肿瘤;下咽肿瘤;超声检查,多普勒,彩色

[中图分类号] R735.1;R739.63;R445.1 [文献标识码] B [文章编号] 1008-1062(2024)11-0826-02

DOI:10.12117/jccmi.2024.11.016

多原发癌是指人体同一或不同器官同时或先后发生≥2个原发性肿瘤^[1]。头颈部和食管的恶性肿瘤可同时或异时发生,其中以下咽与食管多原发癌最常见,预后差,2年内死亡率高达90%,5年总生存率仅为25%~35%^[2]。现就我院超声诊断并经病理证实的下咽-食管多原发癌报道如下。

病例 男,39岁,嗜烟、酒20余年。近半年来出现咽部及胸骨后不适,症状时轻时重,未进行检查及治疗。左侧颈部偶然间触及一肿物后来我院耳鼻喉科就诊。

超声检查:甲状腺左后方探及低回声包块(图1),范围约3.28 cm×2.23 cm,边界尚清,形态欠规整,彩色多普勒显示:周边及其内可见血流信号。颈段食管长轴切面显示:食管管壁不均匀性增厚,管腔狭窄,累及范围6.0 cm;彩色多普勒血流显示:增厚的食管壁内探及粗大的血管(图2)。双侧颈部Ⅱ、Ⅲ区探及异常肿大的淋巴结。超声印象:甲状腺左后方低回声包块及颈段食管病变——考虑下咽-食管多原发癌并双侧颈部淋巴结转移。CT增强扫描:左侧梨状窝变形,可见低密度肿块(图3),颈段食管管壁偏心性增厚,CT结论:符合下咽-食管多原发癌,进一步印证了超声诊断。患者行喉镜、食管镜检查并活检,病理结果:下咽及食管鳞状细胞癌(图4)。

讨论 多原发癌是指肿瘤发生在不同部位或器官,互不相连(病灶间有正常的组织分隔)、明确除外转移或复发、每个肿瘤经组织病理学证实为恶性。发生机制尚不明确。刘海明^[3]认为细胞周期蛋白D1和p53的过度表达也与下咽-食管癌的发生有关;Gong等^[4]也认为梨状窝区受累是下咽癌合并食管癌的高危指标;而肿瘤多中心起源学说中的“区域癌变现象”^[5]为大多数学者所认可。国外文献报道下咽-食管多原发癌,下咽病灶Ⅱ~Ⅳ期占75%^[6],Ⅰ~Ⅱ期食管癌占53.1%^[6],

多与下咽解剖结构特殊,生物学行为差,区域内淋巴血管丰富,极易发生转移有关。目前,头颈部肿瘤的影像检查多根据临床需求进行选择。早期下咽-食管癌仅表现为局部黏膜的红肿,上消化道内镜技术特别是NBI、碘染色法^[7]是公认的有效筛查手段,可对病灶(尤其是梨状窝区、咽后壁占位)进行直接观察、组织活检,但同时存在一定的缺陷:无法评估肿瘤浸润程度、碘剂禁忌症或者因内镜医师对多原发癌认识不足、操作不规范而导致漏诊。颈部CT增强扫描是评估颈部下咽癌的首选成像方法^[8]。MRI因软组织分辨率高,对喉软骨、喉外组织有无受累的判断优于CT,被当作CT检查的重要补充。但两者的诊断效能不同研究中存在一定差异^[9-10]。超声对下咽癌的应用价值,国内未见相关文献报道。笔者在对本例患者行颈部肿物超声检查中发现下咽癌,分析原因如下:①笔者对下咽结构的解剖准确定位;②左侧下咽部位(梨状窝)形态异常,被低回声包块所占据。同时还发现了颈段食管病变,拟诊为下咽-食管多原发癌,后经病理组织学证实鳞状细胞癌。超声对上消化道病变的应用价值因下咽部、食道内气体存在被低估,多用于颈部淋巴结转移的评判。笔者通过此病例却有新的发现:①未钙化的甲状腺、颈部肌肉超声束容易穿透,形成了良好的声窗,下咽短轴切面可以观察双侧梨状窝结构是否对称,当对称的梨状窝结构消失后应高度警惕梨状窝部位病变的发生;②颈段食管位于甲状腺左侧叶后方,通过甲状腺透声窗超声可以清晰显示食管壁的层次结构,当食管壁的厚度增加,吞咽唾液时管壁僵硬,彩色多普勒探及壁内丰富血流信号时,应高度可疑食管癌变。当然,下咽-食管癌的高频超声诊断也存在一定的局限性:如早期小的、浅表性病变未引起周围解剖结构明显改变时,超声检查

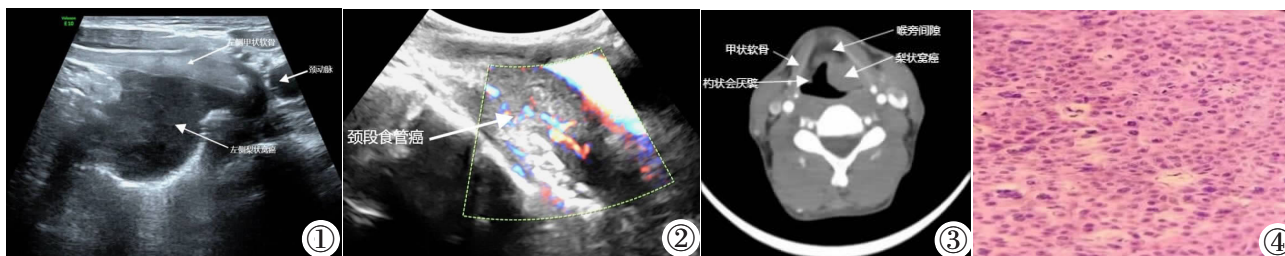


图1 左甲状腺板后方梨状窝区不规则占位。图2 颈段食管纵切:管壁回声紊乱,血流信号丰富。图3 CT横切:左梨状窝处肿物压迫声门腔隙变窄。图4 左侧梨状窝癌术后病理。

[收稿日期] 2024-02-23;[修回日期] 2024-04-14

[作者简介] 刘素霞(1989-),女,山东青岛人,主治医师。E-mail:893535239@qq.com

[通信作者] 宋宴鹏,青岛市胶州中心医院,266300。E-mail:songyanpeng719@163.com

未必有阳性发现;另外超声对于占位性病灶的毗邻结构整体观察还无法与 CT 和 MRI 相媲美。

下咽癌的治疗方式以手术治疗为主,治疗方案、手术入路的选择主要靠术前的肿瘤分期。早期(I、II期)下咽癌采用保留喉功能的手术或单纯放疗的单一治疗模式^[10],文献报道二者总体疗效相近^[11]。而大多数晚期(III、IV期)下咽癌患者则需要接受全喉切除术并联合术后放疗或化疗,术后易导致社会性失业和抑郁等问题^[12]。近年来随着内镜下微创治疗技术的发展,消化道癌可行黏膜下切除术文献中亦有报道。

[参考文献]

- [1]中国抗癌协会食管癌专业委员会,中国下咽与食管癌协同诊疗工作组. 下咽与食管多原发癌筛查诊治中国专家共识[J]. 中华外科杂志,2020,58(8):589-595.
- [2]Yasumatsu R, Manako T, Jiomaru R, et al. Clinical management of early-stage hypopharyngeal squamous cell carcinoma: A single-institution clinical analysis [J]. Ear Nose Throat J, 2023, 102(7): NP313-NP318.
- [3]刘海明. cyclin D1 和 p53 基因在早期食管癌中的表达[J]. 中外医疗,2009,28(1):4-5.
- [4]Gong EJ, Kim DH, Ahn JY, et al. Routine endoscopic screening for synchronous esophageal neoplasm in patients with head and neck squamous cell carcinoma: A prospective study [J]. Dis Esophagus, 2016, 29(7): 752-759.
- [5]Masaru M, Akinori E, Yu N, et al. Treatment of squamous cell carcinoma of the esophagus synchronously associated with head and neck cancer[J]. In Vivo, 2017, 31(5): 909-916.
- [6]Wang WL, Wang CP, Wang HP, et al. The benefit of pretreatment esophageal screening with image-enhanced endoscopy on the survival of patients with hypopharyngeal cancer [J]. Oral Oncol, 2013, 49(8): 808-813.
- [7]Rumboldt Z, Gordon L, Gordon L, et al. Imaging in head and neck cancer[J]. Curr Treat Options Oncol, 2006, 7(1): 23-34.
- [8]王惠丽,曲媛,王凯,等. 基于 MRI 下咽癌咽后淋巴结转移高危因素研究[J]. 中华放射肿瘤学杂志,2020,29(8):625-628.
- [9]吕正华,徐伟,洒娜,等. 咽后淋巴清扫在下咽癌治疗中的意义[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2018,53(5):359-363.
- [10]Jones TM, De M, Foran B, et al. Laryngeal cancer: United Kingdom National Multidisciplinary guidelines [J]. J Laryngol Otol, 2016, 130(S2): S75-S82.
- [11]Warner L, Chudasama J, Kelly CG, et al. Radiotherapy versus open surgery versus endolaryngeal surgery (with or without laser) for early laryngeal squamous cell cancer [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2014, 2014(12): CD002027.
- [12]Dropkin MJ. Body image and quality of life after head and neck cancer surgery[J]. Cancer Pract, 1999, 7(6): 309-313.

原发性肺滑膜肉瘤 1 例并文献复习

Primary synovial sarcoma of lung: report of one case and literature review

王伟,乔晓春,施彪,田畅,杨昭,刘雪飞,时凡(蚌埠市第一人民医院,安徽 蚌埠 233000)

WANG Wei, QIAO Xiao-chun, SHI Biao, TIAN Chang, YANG Zhao, LIU Xue-fei, SHI Fan

(Department of Medical Imaging, Bengbu First People's Hospital, Bengbu Anhui 233000, China)

[关键词] 肉瘤,滑膜;肺肿瘤;体层摄影术,X线计算机

[中图分类号] R734.2;R814.42 [文献标识码] B

DOI:10.12117/jccmi.2024.11.017

[文章编号] 1008-1062(2024)11-0827-02

滑膜肉瘤是一种高度恶性肿瘤,约占所有软组织肉瘤的10%,而原发性肺滑膜肉瘤极为罕见,约占肺原发恶性肿瘤的0.5%^[1]。本文报道1例经手术和病理学证实的原发性肺滑膜肉瘤,并结合临床症状、影像学表现及相关文献以加强临床医生对本病的认识。

病例 男,71岁,因右侧胸背部疼痛3天入院。行胸部CT提示:右下肺团片状影,建议增强排除占位,右侧胸腔积液,两肺纤维灶(图1a,1b)。为求进一步诊治入院。入院查体:双肺呼吸音粗,右下肺叩诊浊音,呼吸音稍低,未闻及干湿啰音。血气分析:pH 7.43,PaO₂ 79.48 mmHg(1 mmHg≈0.133 kPa),PaCO₂ 35.36 mmHg,SaO₂ 97.47%。患者既往有脑梗死及高血压病史,病情控制尚可。入院后行胸水超声检查提示:右侧胸

腔积液(伴包裹)。为明确病因进一步行胸部增强检查:右肺下叶见类圆形软组织密度影,大小约8.3 cm×4.1 cm,其内密度欠均匀,边缘光整,增强扫描呈轻度强化,右侧胸腔内可见液性密度影。CT诊断为右肺下叶占位,恶性病变可能,建议穿刺活检,右侧胸腔积液(图2a,2b)。为明确肿物性质,次日行CT引导下经右下肺肿物穿刺活检术。穿刺组织活检检查与诊断:“右下肺”梭形细胞肿瘤,考虑间叶源性肿瘤,加做免疫组化标记,进一步辅助诊断(图3a,3b)。免疫组化结果:CK(-)、Vim(+)、CD34(-)、STAT6(-)、SS18-SSX(3+)、Des(-)、S-100(-)、P63(-)、TTF-1(-)、Ki-67(+,10%)(图4a,4b)。病理诊断:右下肺滑膜肉瘤。行手术治疗,术中见右肺下叶灰白色肿物,大小约8 cm×4 cm×3 cm,质脆,触之易出血,边界欠清。

[收稿日期] 2024-02-16;[修回日期] 2024-03-16

[作者简介] 王伟(1997-),男,安徽蚌埠人,住院医师。E-mail:1325673570@qq.com

[通信作者] 乔晓春,蚌埠市第一人民医院医学影像科,233000。E-mail:qxc_7523@163.com