

非小细胞肺癌侵犯胸壁的手术治疗

戈 烽, 曹智理

中国医学科学院 中国协和医科大学 北京协和医院胸外科, 北京 100730

通信作者: 戈烽 电话: 010-65296046, 电子邮件: gef_md@yahoo.com.cn

关键词: 肺癌; 胸壁; 手术治疗

中图分类号: R655.3 文献标识码: A 文章编号: 1000-503X(2007)01-0024-01

已知约5%~8%的非小细胞肺癌可侵犯胸壁,目前证实切除此类肿瘤可延长患者的生存期。我院于1990年9月~2000年9月共采用手术治疗侵犯胸壁的非细胞肺癌患者60例,现报道如下。

资料和方法 60例患者中,男35例,女25例,平均年龄56岁(26~79岁)。CT检查示瘤体平均直径为6.1 cm(3.5~15 cm)。21例术前明确有胸壁侵犯。鳞癌36例,腺癌21例,大细胞癌3例。T3N0期18例,T3N1期27例,T3N2期8例,T4N1期7例(椎体侵犯3例,卫星灶4例)。32例肿瘤侵犯局限在壁层胸膜,28例侵犯更深层组织。

肺叶切除47例,全肺切除13例。32例切除了病变肺组织和受侵的壁胸膜,28例切除了肺及肿瘤侵犯的壁胸膜下更深层组织。5例采用正中切口,其余均采用后外侧切口。所有病例均行整块胸壁肺切除术,胸壁切除范围为肉眼瘤组织边缘外2~3 cm,包括壁胸膜、肋骨、肋间组织或胸壁肌肉。9例胸壁缺损>5 cm且无肩胛骨保护者行marlex网修补胸壁缺损。切除肉眼所见术侧纵隔和隆突下淋巴结及其周围软组织,正中切口患者清扫双侧纵隔淋巴结,淋巴结清扫平均为7枚(3~28枚)。术后37例接受放疗,其中28例在放疗后继续化疗。未行放疗的23例患者术后行化疗。

结果 13例患者出现术后并发症或术后进ICU,9例发生呼吸衰竭或需辅助机械通气,2例胸壁肺切除者术后死于呼吸衰竭。胸壁肺切除患者的并发症发生率明显高于壁胸膜外肺切除患者(42% vs. 25%, $P < 0.01$)。术前FEV1 < 60%的患者术后并发症率明显高于术前FEV1 > 60%的患者(52.6% vs. 7.3%, $P < 0.01$)。本组患者3年和5年总生存率分别为51.7%和28.3%,完全切除者的5年生存率明显高于术后癌残留者(34% vs. 7.6%, $P < 0.01$)。完全切除者局部复发率为

6.4%,未彻底切除者肉眼癌残留7例,镜下癌残留6例,术后中位生存期15个月。在切除完全的病例中,T3N0的5年生存期明显高于T3N1~2(44.4% vs. 20.7%, $P < 0.05$)。壁胸膜外肺切除患者的术后5年生存率明显高于胸壁肺切除患者(34.4% vs. 21.4%, $P < 0.05$)。60岁以下者的5年生存率明显高于60岁以上者(35.5% vs. 20.7%, $P < 0.05$)。瘤体大小、组织学分型、术中出血量和术前减重等因素不影响生存期。

讨论 虽然侵犯胸壁的非小细胞癌并非手术切除的禁忌症,但高龄患者的胸壁肺切除术后处理仍很困难,本组手术死亡率仅为3.3%,其原因可能与本组年轻患者较多、手术适应证选择严格有关。胸壁侵犯深度作为手术指征和预后因素目前仍存在争议,本组结果提示,肿瘤仅侵犯壁胸膜而无胸膜腔内播散转移者的预后优于更深层侵犯者,仅行壁胸膜外肺切除术即可。对于胸壁深层侵犯的病例,笔者推荐胸壁肺的整块切除术,尽管不能确定分别切除肺和胸壁的术式是否优于整块切除术,但笔者认为在以下两种情况时可采用非整体切除术:(1)不能判断是否可切除时,特别是肺门淋巴结肿大、肿瘤侵犯后胸壁或N2的病例。(2)壁胸膜外肺切除后可疑深层病变者。虽然淋巴结转移不是影响预后的因素之一,但其手术适应证仍存在争议,本研究结果证实淋巴结转移不是手术禁忌症,且淋巴结清扫可明显延长患者术后生存期。本组病例肿瘤深层侵犯的比率为46.7%,N0的5年生存率为25%,如果仅侵犯壁胸膜,5年生存率则高达44.4%,说明胸壁侵犯的病例,其分期中T因素较N因素更为重要。完全切除肿瘤的患者术后放疗是否能延长生存期尚无定论,本组结果显示,对于未完全切除肿瘤的患者,术后应辅助放疗。

(2005-10-31 收稿)