

文章编号:1005-6947(2008)08-0803-03

· 临床研究 ·

脾占位性病变的诊断治疗:附68例报告

贾友鹏¹, 巩鹏², 史炼钢¹, 王玉杰¹, 徐皓¹, 王忠裕²

(1. 辽宁省大连市中心医院 普通外科, 辽宁 大连 116033; 2. 大连医科大学附属第一医院普通外科, 辽宁 大连 116011)

摘要:目的 探讨脾肿瘤的临床特点和诊治方法。方法 回顾性分析68例经手术及病理证实为脾肿瘤的临床资料。结果 良性脾占位性病变31例(45.59%),包括脾囊肿15例,血管瘤12例,淋巴管瘤3例,脾脓肿1例。恶性37例(54.41%),包括转移癌24例,血管肉瘤1例,恶性纤维组织细胞瘤1例,淋巴瘤11例。术前B超诊断为占位性病变者57例(83.82%),CT诊断为占位性病变者62例(91.18%)。59例行脾切除,6例行脾部分切除术,2例行脾囊肿穿刺引流术,1例行穿刺活检术。良性肿瘤22例获13~114个月随访,均生存良好。恶性肿瘤23例获12~79个月随访,8例淋巴瘤生存时间为14~79个月,中位生存时间33个月,其他恶性肿瘤15例中,仅3例生存>2年,其余均在3~12个月内死亡。结论 B超和CT检查是脾肿瘤的主要诊断手段,治疗上应以手术治疗为主。良性肿瘤无论行脾切除术或脾部分切除术,术后均无需特殊处理;恶性肿瘤应以手术为主,恶性淋巴瘤在脾切除术基础上行辅助化疗对延长生存期有意义,对转移癌患者尚需在术后行相应的辅助性治疗。

[中国普通外科杂志, 2008, 17(8): 803-805]

关键词: 脾肿瘤/外科学;脾肿瘤/诊断

中图分类号: R 733.2

文献标识码: A

Diagnosis and treatment of splenic occupied disease: a report of 68 Cases

JIA Youpeng¹, GONG Peng², SHI Liangang¹, WANG Yujie¹, XU Hao¹, WANG Zhongyu²

(1. Department of General Surgical, Dalian Center Hospital, Dalian, Liaoning 116033, China;

2. Department of General Surgery, the First Affiliated Hospital, Dalian Medical University, Dalian, Liaoning 116011, China)

Abstract: Objective To summarize the clinical characteristics and the experiences of diagnosis and treatment of splenic tumors. **Methods** A retrospective analysis was performed on the clinical data of 68 cases of splenic tumors confirmed by surgery and pathology. **Results** Benign masses were found in 31 patients (45.59%), including splenic cyst in 15 patients, hemangioma in 12, lymphangioma in 3 and splenic abscess in 1; 37 (54.41%) patients with malignant tumors included metastatic tumors of spleen in 24, primary splenic lymphoma in 11, malignant fibrous histiocytoma in 1, and angiosarcoma in 1. The preoperative confirmed diagnostic rate by B-US was 83.82% (57/68) and by CT was 91.18% (62/68). Of the 68 patients, 59 cases underwent splenectomy, 6 cases underwent partial splenectomy, 2 cases of splenic cyst underwent percutaneous drainage and 1 case underwent puncture biopsy. Twenty-two patients with benign tumor were followed up for 7 to 114 months and all are well; 23 of 37 patients with malignant tumor were followed up for 12 to 79 months, of them, 8 lymphoma patients survived 14 to 79 months, and in the other 15 cases, only 3 patients survived more than 2 years and 12 patients died at 3 to 12 months.

Conclusions B-US and CT are the main methods of diagnosis for splenic tumors, and surgery is the main method of treatment. Benign splenic tumor does not require any other therapy after splenectomy or partial splenectomy. Splenectomy is the treatment of choice for primary malignant splenic tumor. Adjuvant

收稿日期:2007-09-25; 修订日期:2008-07-01。

作者简介:贾友鹏,男,辽宁省大连市中心医院主治医师,主要从事肝胆外科及中西医结合临床方面的研究。

通讯作者:贾友鹏 E-mail:jia-youpeng@hotmail.com

chemotherapy can prolong survival of patients with lymphoma after splenectomy. Metastatic tumors in the spleen require adjuvant treatment after operation.

[Chinese Journal of General Surgery, 2008, 17(8): 803 - 805]

Key words: Splenic Neoplasms/surg; Splenic Neoplasms/diag

CLC number: R 733.2

Document code: A

脾脏肿瘤不论原发还是继发在临床上均很少见,1990年8月—2006年10月大连市中心医院和大连医科大学附属第一医院共收治经病理证实为脾肿瘤的患者68例,现将其临床特点和诊治经验报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男35例,女33例;年龄12~80(平均 48.1 ± 5.7)岁,其中40岁以下者19例。良性肿瘤31例(45.59%),恶性37例(54.41%),两者之比为4:5。

1.2 临床表现

良性肿瘤发生上腹部不适或胀痛者18例,食欲减退、呕吐者5例,发现左上腹肿物或脾大者22例,临床无症状而体检时B超发现脾脏占位者5例,病程1周至2年。恶性肿瘤中上腹部不适或胀痛者6例,无原因发热2例,消瘦、贫血者2例,发现左上腹或左中腹肿物、脾大者20例,病程2周至1.5年。

1.3 影像学检查

术前B超检查证实为脾占位性病变者57例,诊断率为83.82%,CT证实为脾占位性病变者62例(91.18%),CT鉴别良恶性诊断正确率为85.29%(58/68),其中良性诊断正确率为87.10%(27/31),恶性为83.78%(31/37)。

1.4 治疗方法

1.4.1 术中所见及手术方法 术中发现脾脏多发占位12例,单发占位者56例。肿块直径最大者18cm,最小者1.5cm。原发性脾良性肿瘤多表现单发的或多发的质地较软的囊性或实性结节与周围组织和器官无明显粘连;而恶性肿瘤形态多不规则,以侵袭性生长为主,转移癌呈现大小不等的孤立或多发的实性结节,质地较硬,与周围组织器官有不同程度的粘连甚至浸润。

对于31例疑为良性脾占位性病变者,23例行脾切除术,6例行脾部分切除术,2例行脾囊肿穿刺引流术。恶性肿瘤中36例行脾切除术,1例术中行穿刺活检,证实为淋巴瘤而未行切除手术。所有患者无术中死亡或术后并发症。

1.4.2 辅助治疗 脾脏良性脾占位性病变患者有4例合并脾功能亢进,术后给予输血、升白细胞等对症处置。恶性肿瘤中,23例转移癌中有6例

单纯行脾切除术,17例在脾切除同时加行相关脏器联合切除,术后根据原发灶的病理类型进行辅助化疗(胃癌18例,结肠癌4例,肝癌1例);11例淋巴瘤中(均为非霍奇金淋巴瘤),1例穿刺证实后未手术单纯行放疗,其余10例术后均行辅助化疗,8例使用CHOP方案(环磷酰胺+长春新碱+阿霉素+强地松),2例使用COMP方案(环磷酰胺+长春新碱+氨甲喋呤+强地松),疗程4~8个周期。

2 结果

2.1 病理诊断

肿瘤的病理类型均为术后确诊,其中原发性脾肿瘤44例(恶性淋巴瘤11例),转移癌24例。31例脾良性占位性病变中,脾脓肿、表皮样囊肿、继发性囊肿各1例(各占3.23%),单纯性囊肿13例(41.94%),血管瘤12例(38.70%),海绵状淋巴管瘤3例(9.67%)。37例恶性肿瘤中,转移癌24例(占64.87%),血管肉瘤、恶性纤维组织细胞瘤各1例(各2.70%),淋巴瘤11例(29.73%)。

2.2 随访结果

31例良性占位性病变有9例失访,其余22例患者术后已生存13~114个月,无死亡。37例恶性肿瘤失访14例(包括转移癌9例,血管肉瘤1例,恶性化纤维组织细胞瘤1例,淋巴瘤3例),23例获12~79个月随访,其中15例转移癌患者中有8例在术后3个月内死亡,4例生存6~12个月后死亡,仅3例生存超过2年(2例已存活27,31个月,尚健在)。恶性淋巴瘤患者获随访8例(14~79个月),其中1例行术中穿刺活检术,术后行单纯放疗,于13个月后死亡;其余手术7例均行化疗,1例术后21个月死亡,其余6例仍存活,时间17~79个月不等,其中2例已存活超过5年(分别为64,79个月)。

3 讨论

脾肿瘤临床较为少见,文献报道其发病率低于0.1%,因其来源复杂,临床表现多样,早期不易发现。脾肿瘤的起病多为左上腹隐痛及扪及左上腹包块,恶性肿瘤多伴有发热、消瘦及贫血,良性肿瘤多无特殊症状。本组病例恶性肿瘤中扪及肿物、脾大者20例,上腹部胀痛不适6例,无原因

发热5例,消瘦、贫血2例;良性肿瘤中有5例在体检时B超发现脾脏占位而临床无症状。脾肿瘤的术前明确诊断非常重要,影像学检查是常用的诊断方法。本组68例中,术前B超证实脾占位性病变的诊断率为83.82%,CT的诊断率较高为91.18%,CT良性诊断正确率为87.10%,恶性为83.78%。国内外大量的相关报道,术前脾肿瘤CT诊断率均可高达90%以上^[1],甚至有报告称达到100%者^[2],明显高于B超诊断率,并且可以避免操作者技术水平和肠气干扰等因素的影响^[3]。因此笔者认为B超用于脾肿瘤筛查具有意义,在B超怀疑诊断时行CT检查,不仅可以进一步明确诊断,还可以对肿瘤的良好恶性做出初步的判断。其他检查方法如MRI,诊断效果基本等同于CT;血管造影可以用于判断脾肿瘤的良好恶性,比如良性肿瘤常伴有脾动脉分枝移位,有斑片状造影剂滞留,实质性肿物常为圆形或椭圆形规则的相对低密度影,而恶性肿瘤表现为不规则血管狭窄、中断、移位以及杂乱的新生肿瘤血管等,在脾肿瘤诊断中也有应用。

良性原发性脾肿瘤手术切除即可达到治愈,本组获随访22例患者均长期生存。脾脏血管瘤在脾良性肿瘤中较常见,在临床上无症状的情况下,过去一般不主张手术,但因其有发生自发性脾破裂可能(约占25%~30%)^[4],所以目前多行手术切除。本组12例血管瘤中,8例因有明显的左上腹胀痛而行脾切除,4例行脾部分切除,术后均恢复良好。脾部分切除术在脾良性肿瘤的治疗中有积极的意义,可以有效的避免全脾切除术后并发症的发生。本组6例脾部分切除术患者均取得了满意的疗效。因此笔者认为,对于较小的良性病变,特别是年轻病人,行全脾切除应持慎重态度,脾部分切除术或脾切除后正常脾片自体移植应作为此类病人的首选术式。在保脾手术中对病变性质的判断是至关重要的,笔者认为应常规行术中冷冻病理检查以避免遗漏。近年来国内外较多使用腹腔镜行脾切除术,据报告,无论脾脏大小、成人或儿童,脾脏良性病变或血液系统疾病需脾切除者,腹腔镜手术均取得较好效果,有操作简便、创伤小、恢复快等优点,但要注意术前鉴别良恶性病变^[5]。对某些健康体检发现的无症状的小病变,如随访条件充分,亦可观察其发展暂不手术。

脾脏原发性恶性淋巴瘤是脾脏原发恶性肿瘤最多者^[6-7],早期多无特异性临床征象,因此诊断困难。当肿瘤增大时可以出现压迫症状,有时伴有脾功能亢进表现,影像学检查对估计病变范围、有无脏器浸润和淋巴结肿大很有意义。脾脏原发性恶性淋巴瘤诊断标准是:(1)临床上首发在左

上腹部隐痛及其由于脾肿大所造成的相应的压迫症状。(2)未发现其它部位有受累的情况。(3)手术中探查肿瘤仅限于脾脏。(4)诊断后其它部位6个月内不出现淋巴瘤^[8]。本组11例均符合上述诊断标准。

恶性脾肿瘤应首选脾切除术,必要时扩大手术范围。由于大多数脾肿瘤为肉瘤,容易发生血行转移,术后积极采取放化疗和免疫治疗等综合治疗措施可以提高疗效。脾恶性肿瘤的预后很差,按病理类型来分,疗效最差的为血管肉瘤,因其恶性程度高、转移早、易破裂;其次为恶性淋巴瘤、纤维肉瘤等。原发脾脏恶性淋巴瘤的5年生存率在20%~45%之间^[9],多数最先表现为脾肿大,因此对临床不能解释的进行性脾肿大者应行脾切除,以明确诊断,避免延误诊断及治疗。关于脾原发性淋巴瘤的辅助治疗有人认为单纯手术切除与术后进行辅助化疗相比,预后无明显区别^[10],亦有学者认为在脾切除术后应辅以化疗或放疗。本组1例未手术病人行单纯放疗存活13个月,其他7例随访患者在脾切除术后行辅助化疗均获得较长的生存期限。据此,笔者认为对脾原发性淋巴瘤术后行辅助化疗是有意义的。对原发性脾脏恶性肿瘤患者,早期发现、早期治疗是提高生存率的希望,如何提高脾脏恶性肿瘤的早期诊断及鉴别诊断水平仍是临床急需解决的主要问题。

参考文献:

- [1] Dachman AH, Buck JL, Krishnan J, et al. Primary non-Hodgkin's splenic lymphoma [J]. Clin Radiol, 1998, 53(2): 137-142.
- [2] 周建平,董明,何怡欣,等.脾肿瘤56例诊治分析[J].中国普通外科杂志,2005,14(8):599-601.
- [3] 邓侠兴,杨卫平,陈皓,等.原发性脾脏良性肿瘤的诊治[J].中国普通外科杂志,2004,13(9):718-719.
- [4] Willcox TM, Speer RW, Schlinkert RT. Hemangioma of the spleen: presentation, diagnosis, and management [J]. J Gastrointest Surg, 2000, 4(6): 611-613.
- [5] Winslow ER, Brunt LM. Perioperative outcomes of laparoscopic versus open splenectomy: a meta-analysis with an emphasis on complications [J]. Surgery, 2003, 134(4): 647-653.
- [6] 崔乃强,江涛,瞿全.脾脏肿瘤[A].见:黄洁夫.腹部外科学[M].北京:人民卫生出版社,2001.1548-1549.
- [7] 王益钟,梁廷波,陈善良,等.原发性脾脏肿瘤18例临床分析[J].肝胆胰外科杂志,2004,16(3):198-199.
- [8] 倪庆,陈梅生,李榕.脾脏肿瘤的诊断和治疗[J].腹部外科,1997,10(4):163-164.
- [9] 屈荣金,常成.脾脏肿瘤的诊断与治疗[J].中华普通外科杂志,1998,7(4):237-238.
- [10] 杨连粤,吕新生,黄耿文.原发性脾脏肿瘤的诊断与治疗[J].中华肝胆外科杂志,2001,7(6):331-333.