

文章编号:1005-6947(2008)09-0908-03

· 临床研究 ·

脾原发性肿瘤的诊断和治疗

巩鹏¹, 王忠裕¹, 贾友鹏², 张晓东³

(1. 大连医科大学附属第一医院 普通外科, 辽宁 大连 116011; 2. 大连市中心医院 普通外科, 辽宁 大连 116033; 3. 大连武警医院 普通外科, 辽宁 大连 116030)

摘要:目的 总结脾肿瘤诊治的经验。方法 回顾性分析收治的92例脾肿瘤患者的临床病理资料。其中脾良性肿瘤47例(51.09%),恶性45例(48.91%)。结果 结果92例脾肿瘤术前B超诊断率为85.87%(79/92),CT鉴别良恶性正确率为91.30%(84/92)。81例行脾切除,7例行肿瘤切除或脾部分切除术,3例行脾囊肿穿刺术,1例活检。恶性肿瘤1,3,5,10年生别率分别为68.29%,31.70%,14.63%,0.24%。结论 影像检查是脾肿瘤的主要诊断手段,治疗应以手术为主,良性肿瘤术后无需特殊处理,对瘤体较大、分化较差的恶性肿瘤术后应进行辅助治疗。

[中国普通外科杂志,2008,17(9):908-910]

关键词: 脾肿瘤/外科学;脾肿瘤/诊断

中图分类号: R733.2 **文献标识码:** A

Diagnosis and treatment of primary splenic tumors

GONG Peng¹, WANG Zhongyu¹, JIA Youpeng², ZHANG Xiaodong³

(1. Department of General Surgery, the First Affiliated Hospital Dalian Medical University, Dalian, Liaoning 116011, China; 2. Department of General Surgery, the Central Hospital of Dalian, Dalian, Liaoning 116033, China; 3. Department of General Surgery, the Police Military Hospital of Dalian, Dalian, Liaoning 116001, China)

Abstract: Objective To summarize our experience in diagnosis and treatment of splenic tumors. **Methods** A retrospective study of the clinicopathologic data of 92 cases of splenic tumor was performed. **Results** There were 47 benign and 45 malignant tumors. The preoperative confirmed diagnostic rate by B-US was 85.87% (79/92), by CT was 91.30% (84/92). Splenectomy was performed in 81 cases, tumor resection or partial splenectomy in 7 cases, needle aspiration of splenic cyst in 3 cases and biopsy in one case. The 1-, 3-, 5-, 10-year survival rate of malignant tumor was 68.29%, 31.70%, 14.63%, 0.24%, respectively. **Conclusions** Imaging studies are the main diagnostic methods of splenic tumors. Splenectomy is the treatment of choice for primary splenic malignant tumor. Splenic benign tumor does not require any other therapy after operation. Splenic malignant tumor requires adjuvant treatment.

[Chinese Journal of General Surgery, 2008, 17(9): 908-910]

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

CLC number: R 733.2 **Document code:** A

脾肿瘤临床上少见,其又缺乏典型的临床表现,故早期诊断及治疗较为困难。我院与大连市

中心医院自1990年8月—2006年10月共收治脾肿瘤92例,现对其治疗经验报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男性42例,女性50例;年龄平均47岁(12~80岁),其中40岁以下20例。良性肿瘤47例,恶性肿瘤45例,两者之比为1:1。

收稿日期:2005-12-06; 修订日期:2008-04-28。

作者简介:巩鹏,男,大连医科大学附属第一医院教授,主要从事肝胆胰疾病方面的研究。

通讯作者:巩鹏 E-mail:doctorgongpeng@hotmail.com

1.2 临床表现

良性肿瘤中左上腹包块或脾大 30 例,上腹不适或胀痛 20 例,食欲减退、呕吐 6 例,B 超发现脾脏占位而临床上无症状者 12 例。恶性肿瘤中腹部包块或脾大 35 例,上腹胀痛不适 11 例,发热 6 例,消瘦、贫血 4 例。术前 B 超证实脾占位病变率为 85.87% (79/92),CT 证实脾占位病变率为 95.65% (88/92),CT 术前鉴别良恶性正确率为 CT 鉴别良恶性正确率为 91.30% (84/92)。肿瘤的病理类型均为术后确诊。术前诊断为原发性脾肿瘤者 84 例(其中诊断为恶性淋巴瘤者 25 例),诊断为转移瘤者 26 例,分别为:胰腺癌 5 例,恶性胰岛细胞瘤 4 例,直肠癌 6 例,结肠癌 3 例,卵巢癌 2 例,乳腺癌 1 例,膀胱癌 1 例,原发灶不明腺癌 4 例。全组表现为脾脏多发占位者 28 例,单发占位者 64 例,肿瘤直径最大者 18 cm,最小者 1.5 cm。

1.3 治疗方法

均采用手术治疗,包括:脾切除术、脾部分切除术,脾囊肿穿刺引流术。

2 结果

2.1 术中发现

原发性脾脏良性肿瘤多表现为质地较软的多发结节或有完整包膜的一类圆形肿瘤,肿瘤与周围组织无明显粘连;而恶性肿瘤则表现为侵袭性生长,形态不规则,整个脾脏质地极不均匀。全组病例术后均无并发症或死亡。

2.2 病理结果

良性肿瘤 47 例(51.09%)中,梗塞、脓肿各 3 例(3.26%),炎性假瘤囊肿(含表皮样囊肿)、继发性囊肿各 2 例(2.17%),单纯性囊肿 20 例(21.74%),血管瘤 14 例(15.22%),海绵状淋巴管瘤 3 例(3.26%)。恶性肿瘤 45 例(48.91%)中,转移瘤 26 例(28.26%),纤维肉瘤 2 例(2.17%),淋巴肉瘤 15 例(16.30%),恶性纤维组织细胞瘤 2 例(2.17%)。

2.3 治疗结果

47 例良性肿瘤患者中 37 例行脾切除术,7 例行脾部分切除术,3 例行脾囊肿穿刺引流术。恶性肿瘤中 38 例行脾切除术,7 例行活检术。45 例恶性肿瘤中有 8 例短期内死亡。

2.4 随访

术后共电话随访及定期随诊 86 例,6 例失访。47 例良性肿瘤,2 例失访,1 例于 1999 年死于意

外,其余 44 例存活至今。恶性肿瘤 45 例,4 例失访,至 2006 年 10 月存活 22 例,1,3,5,10 年生存率分别为 68.29%,31.70%,14.63%,0.024%。

3 讨论

脾肿瘤早期不易被发现。本病起病多为左上腹隐痛及扪及左上腹包块,恶性肿瘤往往伴有发热、消瘦及贫血;而良性肿瘤则多无特殊症状。本组恶性肿瘤中腹部包块或脾大 35 例,上腹胀痛不适 11 例,发热 6 例,消瘦、贫血 4 例。而 47 例良性肿瘤病人中有 12 例是在体检时发现脾脏占位病变。脾肿瘤容易误诊,本组术前分别进行 B 超和 CT 检查,术前 B 超证实脾占位病变率为 85.87% (79/92),CT 证实脾占位病变率为 95.65% (88/92),CT 术前鉴别良恶性正确率为 91.30% (84/92)。Dachman AH 等^[1]报道一组脾脏肿瘤的 CT 诊断率高达 90% 以上,我们认为在 B 超诊断出现疑诊时,可进一步行 CT 检查,以明确诊断。原发脾脏恶性淋巴瘤是脾脏原发性肿瘤最多者^[2]。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)未发现其他部位有受累的情况;(3)手术中探查肿瘤仅限于脾脏;(4)诊断后其它部位 6 个月不出现淋巴瘤^[3]。本组 15 例均符合上述诊断标准。

对于良性原发性脾肿瘤以手术切除即可达到治愈,但对于脾脏血管瘤,在临床上无症状的情况下,一般不主张手术切除^[4]。但也有学者认为脾血管瘤可出现自发性破裂出血,因此主张手术切除。本组良性肿瘤 47 例,其中 14 例为血管瘤,4 例有明显左上腹胀痛,故行脾切除。所以我们认为对无症状的脾脏多发肿瘤应行充分临床检查,并对脾脏切除持慎重态度为好。对较小病变,特别是年轻病人,可行脾部分切除或脾切除后正常脾片自体移植。本组 7 例行脾部分切除取得了满意疗效。但值得一提的是在保脾手术中要注意对病变性质的正确判断,必要时行术中冷冻病理检查,而且对血管瘤或淋巴管瘤病变要有足够的切除范围以免复发。近年国内外腹腔镜脾切除术应用很多,据报告,无论脾脏大小、成人或儿童,用于脾脏良性病变或血液系统疾病需脾切除者均取得较好效果,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小病变,如随访条件充分亦可观察其发展暂不手术。

脾脏恶性肿瘤的临床表现多无特异性,一经发现往往病期较晚。根据临床表现结合影像学检查诊断脾肿瘤多不困难,B超和CT确诊率较高,但有时肿瘤内有坏死液化时易与脾脓肿混淆,值得重视。血管造影在区别良恶性肿瘤中价值更高,良性肿瘤常表现为脾动脉分支移位,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。

在治疗方面,恶性肿瘤应首选脾切除术,必要时扩大手术范围^[6]。由于大多数脾肿瘤为肉瘤易发生血行转移,应积极采取放化疗和免疫治疗以提高疗效。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,其次为恶性淋巴瘤、纤维肉瘤等。血管肉瘤恶性程度高、转移早、易破裂。对于脾原发性淋巴瘤的治疗有人认为单纯手术切除和术后进行辅助化疗,两者预后无明显区别^[7]。但亦有学者主张对晚期病例及组织类型差的可在脾切除术后辅助以联合化疗或放疗^[8]。本组1例术后行单纯放射治疗者于术后14个月死于复发。原发脾脏恶性淋巴瘤的5年生生存率在20%~45%之间^[9]。笔者认为对原发性脾脏恶性淋巴瘤者,早期发现、早期治疗是提高生存率的有效方法,由于原发性脾脏淋巴瘤最先表现是脾肿大,所以对各种诊断方法不能解释的进

行脾肿大者,应行脾脏切除,这样不仅可以明确诊断,也可避免由于延误诊断而失去早期治疗的机会。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上的重要问题。

参考文献:

- [1] Dachman AH, Buck JL, Krishnan, *et al.* Primary non-Hodgkin's splenic lymphoma [J]. Clin Radiol, 1998, 53(2):137-42.
- [2] 吴在德.脾脏疾病[A].见:吴阶平,裘法祖.黄家泗外科学[M].上册.第5版.北京:人民卫生出版社,1992.1451-1452.
- [3] 孙重波,张高嘉,王殿昌,等.脾脏恶性肿瘤的诊断和治疗[J].中国肿瘤临床,1993,8(8):600-602.
- [4] 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.
- [5] Terrosu G, Donini A, Baccarani U, *et al.* Laparoscopic versus open splenectomy in the management of splenectomy: our preliminary experience [J]. Surgery, 1998, 124(5):839-843.
- [6] 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.
- [7] 杨连粤,吕新生.原发性脾脏恶性肿瘤的外科诊治[J].中国普通外科杂志,2000,9(3):69-71.
- [8] 沈军,姜宏华,苏明琪,等.脾脏肿瘤的诊断和治疗[J].中国普通外科杂志,2005,14(7):76-77.
- [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.

本刊为新闻出版总署首批出版规范检查 A 类期刊

国家新闻出版总署2007年对全国期刊进行了一次全面的出版规范检查,这项工作是从2007年7月1日启动的,检查组将7300多种期刊全部初检、复检,并经各省新闻出版局报刊处认真核实,首批合格期刊名单已在媒体和中国记者网上公布。《中国普通外科杂志》顺利通过这次检查,成为新闻出版总署首批出版规范检查合格(A类)期刊。同时国家新闻出版总署对多年来严格遵守出版法规的期刊进行了表扬,认为这些期刊是全国期刊树立学习的榜样。

多年来,中国普通外科杂志在期刊主管主办单位和新闻出版管理部门的正确指导和管理下,坚持科学发展观,严格遵守新闻出版规范、法规和相关规定,保证了刊物按既定的办刊宗旨出版。今后本刊将进一步做好期刊的编辑出版工作,使《中国普通外科杂志》更上一个新的台阶,在读者心中树立更好的形象,为中国期刊增光添彩。