

· 临床研究 ·

## 下咽癌颈淋巴结转移区域探讨

黄新辉, 彭江涛, 袁宏伟

(漯河市中心医院耳鼻咽喉科, 河南漯河 462000)

**摘要:** **目的** 研究下咽癌颈淋巴结转移区域的特点及术后治疗策略。**方法** 回顾性分析2004年7月~2008年7月于我科住院治疗的18例下咽癌患者的临床资料,18例患者均行手术治疗,术前未行放疗或化疗,将术中肿瘤原发灶及根治性颈廓清术中的颈淋巴结标本按区域标记逐一进行病理观察,确定肿瘤原发部位及颈淋巴结转移区域。术后随访3~5年,观察淋巴结转移与患者的关系。**结果** 18例下咽癌颈淋巴结转移率为88.9%(16/18);颈淋巴结转移的主要区域为Level II区、Level III区,转移率分别为73.1%、69.2%;其次为Level IV区8.3%,未发现Level I区、Level V及Level VI区淋巴结转移。**结论** 下咽癌颈淋巴结转移率较高,转移区域同侧为主,以Level II、Level III区常见。颈淋巴结位置的下移和转移淋巴结的直径与患者的预后呈正相关。

**关键词:** 下咽癌;颈淋巴结转移;预后

中图分类号: R739.6

文献标识码: A

文章编号: 1007-1520(2011)06-0434-04

## Distribution of cervical lymph node metastasis in hypopharyngeal carcinoma

HUANG Xin - hui , PENG Jiang - tao , YUAN Hong - wei

( Department of Otorhinolaryngology , Luohe central hospital , Luohe , 462000 , China )

**Abstract :** **Objective** To investigate the characteristic of cervical lymph node metastasis of hypopharyngeal carcinoma , so as to find appropriate postoperative treatment strategies and improving outcome . **Methods** The clinical data of 18 cases of hypopharyngeal carcinoma from July 2004 to July 2008 were analyzed retrospectively . All patients received operation without pre - operative chemotherapy or radiotherapy . The marking specimens from the operation were carefully examined to firm the primary tumor and the distribution of cervical lymph node metastasis . Prognosis and metastasis were observed through the follow - up period ranged from 3 ~ 5 years . **Results** The total rate of regional cervical lymph node metastasis for 18 patients was 88.9% ( 16 / 18 ) and the highest rates of positive lymph nodes were at Level II ( 73.1% ) and Level III ( 69.2% ) . Metastasis to Level IV ( 8.3% ) was rare and no metastatic lymph nodes in Level I , Level V , Level VI . **Conclusion** Cervical lymph node metastasis rate of hypopharyngeal carcinoma is high , primarily in the homolateral side . The highest rates of positive lymph nodes are at Level II and Level III . With the increase of the diameter and the downward shift location of metastatic cervical lymph nodes , the prognosis of the patients declined gradually .

**Key words :** Hypopharyngeal carcinoma ; Cervical lymph node metastasis ; Prognosis

下咽癌发生部位隐蔽,不宜被早期发现,生物学特性恶劣,是头颈部恶性肿瘤中预后较差的肿瘤之一。随着诊疗技术的发

展,对下咽癌的原发灶控制率已经达到了令人满意的程度,而其淋巴结转移成为治疗失败的主要原因<sup>[1-2]</sup>。国内外学者在实践中发现下咽癌的颈淋巴结转移存在一定的规律,其转移在某种程度上有一定的预见性<sup>[3]</sup>。

作者简介:黄新辉,女,副主任医师。  
通讯作者:黄新辉,Email:hxh1998@yeah.net.

2004年7月~2008年7月我科收治住院的18例下咽癌患者,通过对其原发肿瘤和根治性颈廓清术的标本进行病理观察,进行分析和判断,为进一步临床治疗方案提供较为可靠的依据。现将结果报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

2004年7月~2008年7月漯河市中心医院耳鼻咽喉科收治26例下咽癌患者,其中18例有完整的临床手术治疗、病理和随访资料。18例患者均为首次入院,未接受过任何治疗,全部为男性患者,年龄42~74岁,平均62.1岁。术前均经原发病灶组织病理学证实为鳞状细胞癌,其中高分化鳞癌5例,中分化鳞癌7例,低分化鳞癌6例。其中梨状窝癌16例,下咽后壁癌1例,环后癌1例。患者入院后均行颈部、腹部超声检查,颈部CT(MRI)增强扫描检查,其中10例患者行PET-CT检查排除脏器转移。

根据2002年国际抗癌联合会(UICC)分期标准进行临床分期(表1)。

表1 18例原发部位和临床分期情况 (例数)

| 临床分期  | 梨状窝癌 | 下咽后壁癌 | 环后癌 |
|-------|------|-------|-----|
| I、II期 | 2    | 0     | 0   |
| III期  | 9    | 0     | 1   |
| IVA期  | 5    | 1     | 0   |
| 总计    | 16   | 1     | 1   |

### 1.2 治疗方法

所有患者均在全麻下行根治性颈廓清

术(单侧10例、双侧8例),并根据术前评估肿瘤侵犯范围,行单侧梨状窝切除2例;梨状窝并喉部分或大部分切除术10例(其中1例因术后呛咳严重,半年后行全喉切除术);梨状窝并全喉切除术6例。修复喉部及下咽,经鼻腔插入胃管,逐层关闭术腔,颈部术腔放置负压引流管。根据术后1周内日引流量小于15ml拔除负压引流管,12~14d拔除胃管,伤口愈合后4~6周内16例行放射治疗,2例术后联合放、化疗。

术中根据原发肿瘤切缘、颈廓清术标本分区:颌下及颈下三角淋巴结(Level I);颈内静脉上组淋巴结(Level II),包括a区和b区淋巴结;颈内静脉中组淋巴结(Level III);颈内静脉下组淋巴结(Level IV);枕后三角区或副神经淋巴链(Level V),包括锁骨上淋巴结;内脏周围区或前区(Level VI),包括环甲膜淋巴结、气管周围淋巴结、甲状腺周围淋巴结,咽后淋巴结。术中行冰冻切片和术后常规病理检查,对淋巴结的病理观察主要包括有无病理阳性淋巴结和包膜外侵犯、转移淋巴结大小、数量,与周围组织有无粘连或侵犯情况等。对原发灶的观察主要包括瘤体病理类型、周围相邻组织的侵犯情况、切缘有无阳性等。

术后随访3~5年,观察淋巴结转移与患者预后情况。

## 2 结果

18例下咽癌原发部位和TMN分级情况见表2。

表2 18例下咽癌TMN分级、颈淋巴结转移及生存率

| 患者 | 原发灶 | 淋巴结(同侧/对侧)    | 病理分型 | TMN 分级 | 淋巴结数目 | 3/5年生存 |
|----|-----|---------------|------|--------|-------|--------|
| 1  | 梨状窝 | II/NO         | 高分化  | T2N1M0 | 12    | + / +  |
| 2  | 梨状窝 | II、III/NO     | 低分化  | T2N1M0 | 11    | + / -  |
| 3  | 梨状窝 | II、III/NO     | 中分化  | T2N2M0 | 14    | + / -  |
| 4  | 梨状窝 | II、III/NO     | 中分化  | T2N1M0 | 13    | + / +  |
| 5  | 梨状窝 | II、III、IV/III | 低分化  | T2N2M0 | 22    | - / -  |
| 6  | 梨状窝 | II、III/II     | 中分化  | T3N2M0 | 21    | + / -  |
| 7  | 咽后壁 | II、III/III    | 低分化  | T3N2M0 | 24    | - / -  |

续上表

| 患者 | 原发灶 | 淋巴结(同侧/对侧)     | 病理分型 | TNM 分级 | 淋巴结数目 | 3/5 年生存 |
|----|-----|----------------|------|--------|-------|---------|
| 8  | 梨状窝 | N0/N0          | 高分化  | T1N0M0 | 8     | + / +   |
| 9  | 梨状窝 | II / N0        | 高分化  | T1N1M0 | 11    | + / +   |
| 10 | 梨状窝 | II、III / N0    | 中分化  | T2N1M0 | 15    | + / -   |
| 11 | 环后区 | II、III / N0    | 高分化  | T1N1M0 | 19    | - / -   |
| 12 | 梨状窝 | II、III / III   | 中分化  | T2N2M0 | 19    | + / -   |
| 13 | 梨状窝 | II、III、IV / II | 高分化  | T2N1M0 | 21    | - / -   |
| 14 | 梨状窝 | II、III / N0    | 中分化  | T2N1M0 | 14    | + / +   |
| 15 | 梨状窝 | N0/N0          | 低分化  | T2N0M0 | 9     | + / +   |
| 16 | 梨状窝 | II、III / N0    | 中分化  | T2N1M0 | 15    | + / -   |
| 17 | 梨状窝 | II、III / III   | 低分化  | T3N1M0 | 23    | - / -   |
| 18 | 梨状窝 | II、III / II    | 低分化  | T3N2M0 | 29    | - / -   |

注:生存“+、-”分别表示生存、死亡

18 例下咽癌颈淋巴结转移率为 88.9% (16/18)。3 年及 5 年生存率用直接法计算分别为 66.7% 及 33.3%。2 例无颈部淋巴结转移的患者 5 年生存率为 100%; 仅同侧颈淋巴结转移患者的 3 年生存率 88.9% (8/9), 5 年生存率下降至

44.4% (4/9); 同时伴对侧颈淋巴结转移患者 3 年生存率为 28.6% (2/7), 5 年生存率几乎为 0。

术中共收集淋巴结 302 枚, 病理检出阳性 64 枚, 阳性率 21.2% (64/302), 其中包膜受侵 6 枚, 分布情况见表 3。

表 3 颈淋巴结转移分布

| Level(侧) | 淋巴结数目 | 阳性淋巴结数目 | 阳性率(%) | 转移颈侧数  | 比例(%) |
|----------|-------|---------|--------|--------|-------|
| I (14)   | 24    | 0       | 0      | 0      | 0     |
| II (26)  | 125   | 32      | 25.6   | 19/26  | 73.1  |
| III (26) | 113   | 26      | 23.0   | 18/26  | 69.2  |
| IV (24)  | 30    | 6       | 20.0   | 2/24   | 8.3   |
| V (24)   | 7     | 0       | 0      | 0      | 0     |
| VI (12)  | 3     | 0       | 0      | 0      | 0     |
| 合计       | 302   | 64      | 21.2   | 40/100 | 40    |

注:因所选择颈清扫为改良性颈廓清、选择性颈廓清及根治性颈廓清, 单侧颈廓清或双侧颈廓清, 每个区域颈淋巴结的颈侧数不一定为 18 侧

### 3 讨论

众所周知, 下咽及颈段食管有丰富的淋巴分布, 且其淋巴结多流向颈部淋巴结群, 其中梨状窝上半部淋巴多流向颈内静脉, 梨状窝下半部淋巴沿喉返神经引流至气管旁淋巴结, 或引流至颈深中淋巴结及颈深下淋巴结, 下咽癌发生淋巴结转移率很高, 且淋巴结转移率的高低直接决定预后, 发生颈淋巴

结转移的患者生存率降低, 预后较差。头颈部淋巴结转移存在一定规律性, 早期人们希望采用根治性颈廓清术来提高患者的生存率。近年来, 不少学者通过颈淋巴结标本进行研究, 发现根治性颈廓清术牺牲了大量正常组织和淋巴系统, 反而影响了术后的生存质量和正常免疫力。而不清扫或清扫不彻底往往成为术后淋巴转移或死亡的主要原因<sup>[4]</sup>。

笔者对 18 例下咽癌颈廓清术后组织的

病理分析显示,颈部淋巴结转移的主要区域在颈内静脉淋巴结上群(Level II区)、颈内静脉淋巴结中群(Level III区),其次为Level IV区,而Level I、Level V、Level VI区则较少见。本组资料数据显示发生在Level II区及Level III区的转移率分别为73.1%、69.2%,未发现Level I区、Level V及Level VI区淋巴结转移。对于所有同侧无颈淋巴结转移患者,均未发现对侧颈部淋巴结转移现象,这与国外部分学者的统计资料<sup>[4]</sup>有所差别,可能与患者病例数较少有关。笔者统计对于有颈部淋巴结转移的患者同时伴对侧颈淋巴结转移率为43.8%。

通过对本组病例5年生存率数据研究发现,原发肿瘤分化程度对患者的5年生存率不具有明显的影响,而下咽癌患者颈部淋巴结转移对患者的预后具有重要影响。笔者在研究中发现,转移淋巴结位置、大小对于患者3年生存率及5年生存率产生明显影响。随着颈淋巴结位置的下移及转移淋巴结直径的增大,患者的预后越来越差。伴有双侧颈淋巴结转移的患者5年生存率几乎为0。通过随访发现该组病例中,仅6例患者5年后生存;余12例患者中3例死于原发灶肿瘤复发,其余患者出现肝、肾、骨等远隔脏器转移及全身淋巴结转移。

综上所述,下咽癌患者若伴有颈淋巴结转移将对预后产生重要影响。下咽癌颈淋巴结转移的主要区域为Level II区、Level III区,其次为Level IV区,而Level I、Level V、Level VI区则较少见。选择性颈廓清术时应根据颈淋巴结转移的规律及特点,制定合理、准确的手术方案,以期提高下咽癌的生存率。另外坚持严格掌握手术适应证和在手术过程中应严格遵守无瘤操作的原则,则可降低肿瘤的复发率,提高术后生存率<sup>[5]</sup>。

#### 参考文献:

- [1] Johnson JT, Bacon GW, Myers EN, et al. Medial vs lateral wall pyriform sinus carcinoma: implications for management of regional lymphatics [J]. *Head Neck*, 1994, 16(8): 401-405.
- [2] Gourin CG, Terris DJ. Carcinoma of the hypopharynx [J]. *Surg Oncol Clin N Am*, 2004, 13(11): 81-98.
- [3] 邓雪英,苏勇,郑列,等. 下咽癌颈部及咽后淋巴结转移的CT/MRI分析[J]. *癌症*, 2010, 29(2): 202-206.
- [4] 郭星,史艳春,费声重,等. 下咽癌颈淋巴结转移相关因素的研究[J]. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2005, 40(10): 779-783.
- [5] 孙正良,冯秀荣,江文,等. 108例喉癌手术疗效分析[J]. *中国耳鼻咽喉颅底外科杂志*, 2007, 13(4): 272-274.

(修回日期:2011-09-05)

## · 消息 ·

### 《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》2012年征订启事

《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》是中华人民共和国教育部主管,中南大学主办,中南大学湘雅医院承办,国内外公开发行的医学学术性期刊,已被列入中国科技论文统计源期刊。本刊以耳鼻咽喉颅底外科工作者为主要读者对象,重点报道耳鼻咽喉颅底外科领域内领先的科研成果、基础理论研究及先进的临床诊疗经验。本刊设有基础研究、临床研究、综述、经验交流、技术与方法、病例报道等栏目。本刊为双月刊,定价12.00元,全年72.00元,全国各地邮局均可订阅,邮发代号:42-171。本刊编辑部可免费为读者代办邮购。

通讯地址:湖南省长沙市湘雅路87号中南大学湘雅医院《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》编辑部,邮编:410008

电话(传真):(0731)84327469

Email:xyent@126.com

投稿网址:www.xyosbs.com/index.htm

欢迎踊跃投稿、积极订阅。