

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201705024

· 病案报道 ·

双侧先后发生的颈部原发灶不明转移癌 1 例

李波波, 李永贺

(南方医科大学珠江医院 耳鼻咽喉科, 广东 广州 510282)

中图分类号: R739.91

文献标识码: D

[中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2017, 23(5): 490-491, 495]

1 病例报告

患者男, 66岁, 因发现左颈部包块1个月于2013年10月30日入院, 查体: 左侧颌下可触及大小约5 cm × 4 cm 肿物, 质硬、活动欠佳、边界欠清、无红肿、触痛。B超示左颈部实性非均质光团48 mm × 31 mm, 边界清, 边缘不正, CDFI内探及丰富血流信号, 周围见多个实性低回声光团约18 mm × 10 mm、16 mm × 10 mm不等, 同侧颈静脉受压变形。颈部CT提示左颈部肿物, 考虑脓肿可能性大, 请结合临床(图1A); 双侧颈淋巴结增大; 左侧颈静脉肿物段未见充盈。鼻咽部及颈部MRI增强扫描示左胸锁乳突肌内侧、颌下腺后方、腮腺下方见类圆形长T1长T2信号影, 增强扫描呈环状强化, 病灶内亦见斑点状强化, 最大横截面范围约4.6 cm × 3.8 cm, 病灶上至腮腺下部水平, 下达甲状腺上缘水平, 邻近脂肪间隙模糊, 双侧颈部血管鞘见数个淋巴结影, 大者直径约6 mm, 肿物压迫颈动脉内移, 胸锁乳突肌外移, 口咽及鼻咽腔形态良好, 未见肿块影。上颌窦、筛窦黏膜无增厚, 颅底骨质无破坏。查电子鼻咽喉镜、ECT、泌尿系及消化系彩超、胸片等无明显异常。

行左颈部肿物病理活检示: 瘤组织呈巢团状排列, 瘤组织多边形, 核大, 异型性明显, 核分裂像易见, 可见角化珠形成, 部分坏死, 瘤组织边缘见少量纤维组织和淋巴细胞, 未见明确淋巴结结构; 免疫组化: 瘤细胞CK(+), CK5/6(+), P63(+), CK7(-), P53(-), Ki-67约40%(+); 诊断: 鳞状细胞癌(高-中分化), 考虑为转移性癌, 请临床进一步检查上消化道有无原发灶。进一步完善胸部CT、

胃肠镜等检查均未发现原发病灶(图1B)。于2013年11月11日行左侧颈部肿块切除+左颈部淋巴结清扫术, 术后病理回报: ①(左颈肿物)鳞状细胞癌, 中分化; 侵犯横纹肌; ②(左颈部清扫组织及腮腺下), 未见癌组织。术后行1个疗程化疗(方案为多西他赛80 mg d1、泉铂50 mg d1、3、5), 后未定期复诊。2015年4月7日因“左颈部鳞癌术后1年半, 右颈部再发肿物1个月”再次住入我院, 查全身PET-CT示: ①右侧颈部(胸锁乳突肌深面)、双侧下颈部及左侧锁骨上窝多个团块状及结节状局灶性高代谢病灶, 考虑为恶性肿瘤病灶; ②左侧肺尖结节状阴影, 代谢未见增高, 考虑为良性肿瘤; ③甲状腺双侧叶多个结节状阴影, 代谢未见增高, 考虑为良性病变, 结节性甲状腺肿待排; ④左侧上颌窦炎症, 左肺舌叶、右上肺及右中肺内侧段炎症; 右上肺肺大泡; 双侧胸膜轻度增厚; 双肺门及纵隔内淋巴结炎症增生; 胆囊壁轻度增厚; 右肾囊肿; 颈胸腰椎多个椎体骨质增生。考虑颈部肿物为恶性, 但仍未发现原发恶性肿瘤病灶(图1C)。于2015年4月13日行右侧颈部肿物切除+双侧颈淋巴结清扫术。术中及术后病理回报示: ①(右颈部)鳞状细胞癌(中分化), 考虑为转移癌; ②(左锁骨上窝)淋巴结转移性鳞状细胞癌, 中分化(1/1); ③(右颈深上淋巴结)未见癌组织转移(0/7); ④(左侧甲状腺)结节性甲状腺肿。术后恢复可, 于2015年7月22日开始行1个疗程化疗(方案为: 注射用奈达铂60 mg d1、3、5+氟尿嘧啶6 g d1-5)。后间断门诊随访, 但坚决不同意进一步放疗和化疗。2016年5月10日颈部彩超提示: 左侧锁骨上实性光团伴钙化(部分), 未除外转移灶; 右侧涎腺周围区混合性回声光团, 未除外淋巴结液化; 双侧涎腺周围区淋巴结回声; 双侧腮腺及颌下腺未见局灶性病变。2017年3月1日颈部CT增强扫描时: 颈淋巴结转移癌术后, 左颈淋巴结肿大明显缩小, 右侧胸锁乳突肌深面(下颌角

作者简介: 李波波, 男, 在读硕士研究生, 医师。
通信作者: 李永贺, Email: liyonghe517@163.com

层面)稍大淋巴结、左侧上颌窦炎症并黏膜下小囊肿;双侧甲状腺各见一类圆形低强化灶,平扫显示欠清,呈术后改变,患者暂无全身特殊不适(图1D)。

2 讨论

原发灶不明转移癌(carcinoma of unknown primary cancer, CUP)是指“经系统地临床、检验及影像学等检查直到治疗开始前仍未发现原发病灶的转移性癌”,因颈部淋巴结主要为头颈部淋巴的回流区域,在所有颈淋巴结转移癌中,70%~80%原发灶位于头颈部,且多数位于口咽部,但仍有超过10%的颈淋巴结转移癌患者无法找到原发病灶^[1-2]。其绝大部分病理类型为鳞状细胞癌,其次为腺癌等^[3]。

颈部原发灶不明转移癌(cervical carcinoma of unknown primary cancer, CCUP)的诊断属排除性诊断^[4],因此须系统的寻找原发灶后才能进行确诊。国内有学者分析颈部转移癌误诊的原因主要为医生缺乏对颈部病灶的全面认识,术后病检后才寻找转移灶的组织来源;未能细致的询问病史和体检;原发灶肿瘤很小或无症状,而患者以颈部转移灶首诊^[5]。原发灶的寻找要点包括:①详细的询问病史,特别是头颈部肿瘤可能出现的症状表现;②根据转移淋巴结的区域进行定位;③上呼吸道及消化道内镜检查;④影像学检查,PET/CT是目前最先进和

常用的影像检查方法,有Meta分析指出^[6],37%的CUP可通过PET/CT找到原发灶;⑤细胞学及组织学检查,其中免疫组化结果对判断转移癌的来源有一定的特异性;⑥实验室检查,包括病毒检测、肿瘤分子及标志物检测等;⑦随机活检、选择性扁桃体切除等也有一定价值^[7]。

目前国际上对于CCUP的主要治疗手段基本相同,但对如何优化诊疗、提高生存质量仍无统一认识。对CCUP国内学者通常采用颈淋巴结清扫、放疗、化疗及靶向药物治疗等,并坚持随访^[7],根据肿瘤的N分期制定治疗方案,其中以颈清扫术为主要治疗手段,其次为放疗^[4,8]。美国国立综合癌症网络(NCCN)指南也提倡将上述4种疗法有机结合的综合治疗,且无论肿瘤分型如何,均首选颈清扫术(证据级为2A类);提倡扩大性放疗(2A类,高于仅颈部放疗的3类);提倡使用顺铂的化疗方案(1类);提倡依据分区及N分期分别进行治疗。目前国内外均提倡首选手术治疗,且多采用患侧的颈清扫术,但对于手术时机、辅助治疗的选择仍不尽相同^[9-10]。对放疗的范围也存在争议,包括患侧与双侧、颈部与扩大性放疗等争议^[4]。有欧洲多中心研究表明双侧颈部放疗的效果优于单侧^[11];扩大放疗的反对者认为扩大性放疗未能提高患者生存率,并会增加局部损害,影响生存质量,支持者则认为其可提高局部控制率,降低局部复发几率。

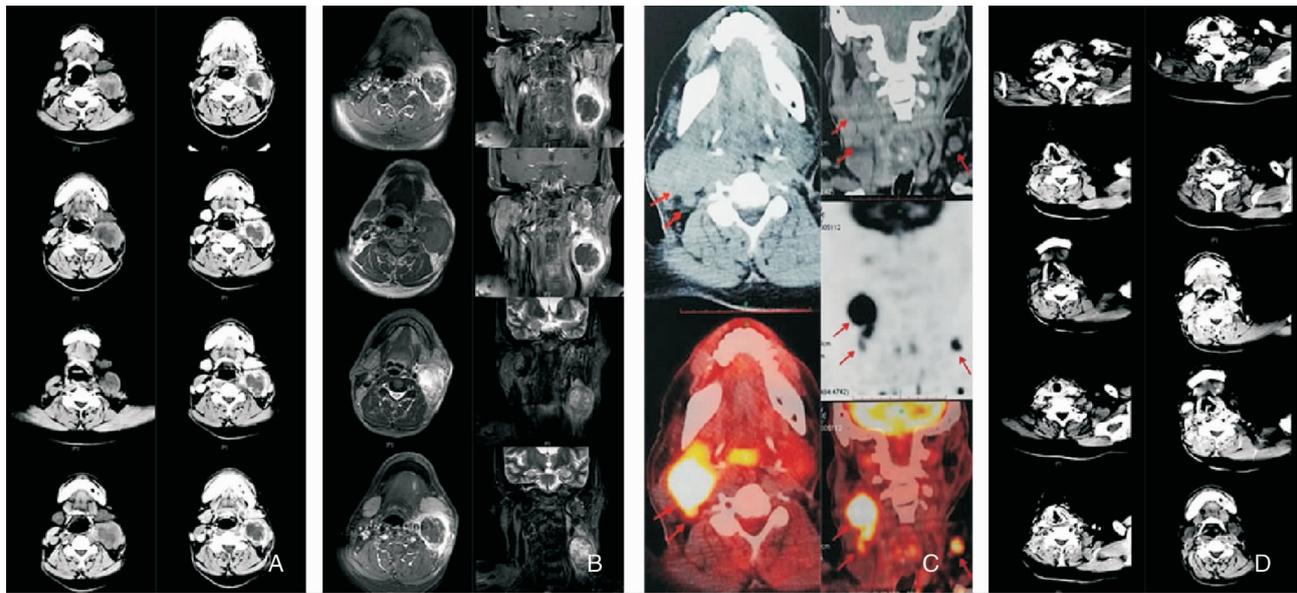


图1 2次手术前后相关影像学结果 A:第1次术前CT增强扫描;B:第1次术前MRI增强扫描;C:第1次术后1年半(第2次手术前)PET-CT扫描;D:第2次手术后CT增强扫描

(下转第495页)