文章编号:1000-5404(2005)24-2467-02

论著

食管平滑肌瘤的诊断和手术治疗的特点

刘 铭,杨 康,廖克龙,曾会昌,王明荣 (第三军医大学西南医院胸心外科,重庆 400038)

提 要:目的 总结食管平滑肌瘤的临床诊断和外科手术治疗特点。**方法** 对26例诊断为食管平滑肌瘤患者的临床症状、术前影像学、纤维食管镜检查资料及外科治疗结果进行回顾性分析。**结果** 本组无手术死亡及食管瘘,术后并发肺部感染2例(7.7)%,其余病例顺利恢复。**结论** 术前综合应用CT、食管腔内超声等检查手段可提高诊断食管平滑肌瘤的准确率。黏膜外平滑肌瘤摘除术仍是最常用的术式。食管部分切除术只适用于肿瘤巨大或合并食管恶性病变病例。

关键词:食管肿瘤;平滑肌瘤;诊断;手术
中图法分类号:R730.56;R735.1;R738.7 **文献标识码**:A

Diagnosis and surgical treatment of 26 cases of esophageal leiomyoma

LIU Ming, YANG Kang, LIAO Ke-long, ZENG Hui-chang, WANG Ming-rong (Department of Cardiothoracic Surgery, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038, China)

Abstract: Objective To summarize the characteristics of diagnosis and surgical treatment of esophageal leiomyoma. Methods The data of radiology, esophagoscopy and results of surgical treatment were retrospectively analyzed in total 26 patients with esophageal leiomyoma diagnosed preoperatively. Results Dysphagia (76.9%) and chest or epigastric pain (42.3%) were the most common presenting symptoms with a mean duration of 14.3 months. Twenty-one patients were treated with tumor removal only, among which the esophageal mucosa was ruptured and sutured in 7 patients and 3 patients were diagnosed as malignant esophageal disease or mediastinal tumor in the operation. Four patients received partial esophageal resection, including 2 patients with gigantic tumor. The tumor was single in all the patients who diagnosed as esophageal leiomyoma. There were no death during operation. The most frequent perioperative complications were pulmonary infection with occurrence rate of 7.7%. Conclusion The use of CT and transesophageal endo-luminal ultrasonography do help to establish the diagnosis of esophageal leiomyoma. Tumor removal only is still a standard surgical treatment for esophageal leiomyoma, the key point of which is to keep the esophageal mucosa intact. Partial esophageal resection is performed when the diagnosis is malignant esophageal disease or gigantic tumor.

Key words: esophageal neoplasm; leiomyoma; diagnosis; surgery

食管肿瘤恶性居多,良性少见。在食管良性肿瘤中,平滑肌瘤最为常见,肿瘤较大多需手术,效果肯定[1]。1994年4月至2005年4月,我们共为26例术前诊断为食管平滑肌瘤的患者进行了手术治疗,现报告如下。

1 资料与方法

本组男性19例,女性7例,年龄18~63岁,平均(32±5.1)岁。主要临床症状:吞咽不畅20例(76.9%),胸骨后、胸背部或上腹部不适11例(42.3%),恶心、嗳气、返酸3例,体质量减轻2例。无任何症状,体检时发现者3例。病程最短1周,最长4年,平均14.3个月。所有患者术前均行食管吞钡餐造影检查,纤维食管镜检查20例,有3例取了活检,胸部CT检查16例,食管腔内超声检查12例。造影检查显示病变位于胸上段5例,中段13例,下段8例。肿瘤直径1.1~10 cm,平均3.2 cm。合并贲门失迟缓症1例,反流性食管炎2例,食管下段憩室1例,肺气肿2例,肺大泡1例,糖尿病1例,高血压病2

作者简介:刘 铭(1971-),男,湖北省咸宁市人,博士,主治医师,主要从胸心外科疾病的临床和基础方面的研究。电话:(023)68765332
通讯作者:廖克龙,电话:(023)68765329
收稿日期:2005-10-25;修回日期:2005-11-21

例,心脏右束支传导阻滞3例。

本组26例均接受手术治疗,右胸切口7例,左胸19例,行黏膜外肿瘤摘除除术22例,食管部分切除、食管-胃吻合术4例,附加幽门成形术2例,同期行肺大疱切除术、食管憩室切除术各1例。术前常规置胃管,术中经胃管向食管内注入美蓝或空气,证实食管黏膜破损7例,均用细丝线缝合修补,并以带蒂胸膜或肋间肌瓣覆盖。

2 结果

全组术后无死亡,无食管瘘发生,并发肺部感染2例,其余恢复顺利。病理结果:平滑肌瘤21例,间质细胞瘤2例,纵隔纤维瘤1例,平滑肌肉瘤1例,平滑肌瘤合并鳞状细胞癌1例。所有平滑肌瘤均为单发,肿瘤大多数呈卵圆形或圆形,不超过食管1/2周,有1例呈"生姜形"生长包绕食管2/3周。

3 讨论

食管肿瘤良性者约占0.5%~0.8%,其中60%~80%为平滑肌瘤,好发于食管下段,中段次之,上段最少,多为单发[2]。本组21例食管平滑肌瘤位于下段14例(66.7%),中段5例(23.8%),上段2例(9.5%),均为单发。

典型的食管平滑肌瘤临床表现多为吞咽不畅、胸骨后或上腹部不适,恶心、返酸、嗳气以及消瘦等为少见症状。病程较长、进展缓慢。约半数以上患者无任何症状,因体检而被发现。诊断主要靠食管钡餐造影检查,对于>1 cm者,诊断准确率高,<1 cm则不易发现,平滑肌瘤和食管癌的主要区别是:局部黏膜光滑、完整,无破坏征象。食管镜检查可进一步确定诊断,并提供覆瘤黏膜情况,如局部黏膜正常,诊断考虑良性肿瘤,一般不取活检,以免手术剥离困难及术后食管瘘,但黏膜有破坏、溃烂或新生物,不能排除恶性变者,应取活检明确。CT检查对食管肿瘤的定位不及造影检查直观,但对诊断<1 cm的肿瘤和鉴别食管恶性病变、淋巴结转移情况及纵隔来源病变较有意义。近年来,经食管超声检查(TEUS)对食管良性肿瘤的诊断价值逐渐为人们认识并重视,它既可定位,又能显示病变范围、形态,特别是能提供肿瘤内部结构及周围邻近器官的关系及有无淋巴结转移的信息,是提高食管平滑肌瘤的诊断符合率的新方法。虽然本组病例仅1例合并食管癌,但文献[3-6]报道食管平滑肌瘤合并食管癌的发生率高达30%,术前有选择地综合应用相关检查,尽可能明确或排除食管癌的诊断对术式的选择和术后处理很有帮助。

食管平滑肌瘤,<1 cm的肿瘤,无症状或症状轻微,术中难以定位,进展缓慢的病例,可随访观察。经典的食管黏膜外平滑肌瘤摘除术仍是临床应用最广、效果最好的术式,但巨大平滑肌瘤,摘除后食管缺损大无法修复者,应行食管部分切除术,该术式也适用于修正诊断为恶性肿瘤或合并恶性变者。手术切口依肿瘤位置而定:中上段者右侧开胸,中段、中下段或腹段者则左侧开胸。黏膜外肿瘤摘除术的关键是保持食管黏膜完整,游离肿瘤黏膜面时应仔细勿穿破;我们术前常规置胃管,肿瘤切除后胃管注气或美蓝液检查有无黏膜破损,如有破损及时以细丝线缝合修补,若缺损较大,可用邻近带蒂胸膜或肌瓣加以覆盖,保证修补确切;分离的食管肌层应缝合对拢,以恢复食管解剖结构完整;术中还应注意保护迷走神经,防止术后食管、胃肠道功能紊乱。

近年来,随着微创概念的广泛认同和应用,电视胸腔镜辅助下摘除食管平滑肌瘤越来越多在临床开展,效果良好,而且创伤小、术后疼痛轻、恢复快、并发症少,值得推广。此外,应用内镜技术结扎、剥除食管平滑肌瘤也不断有文献报道。我们在为微创技术感到鼓舞的同时,也应清醒地认识到:任何治疗手段都有适用范围和局限性,对于肿瘤较大、黏膜破损大、术后容易出现食管瘘者,不宜不加区分地盲目应用,而应该根据患者的具体情况及局部病理特点,采取对患者最有利的个体化治疗方案[7]。

参考文献:

[1] 邵令方,王其彰. 新编食管外科学[M]. 石家庄:河北科学技术出版社,2002. 497.

[2] 王永岗,张汝刚,欧阳忠,等. 食管平滑肌瘤的诊断及外科治疗[J]. 中华肿瘤杂志,2002,24(4):394-396.

[3] 王云杰,赵正源,谷仲平,等. 食管平滑肌瘤的外科治疗[J]. 中华胸心血管外科杂志,2004,20(5):264-265.

[4] Fu K I, Muto M, Mera K, *et al*. Carcinoma coexisting with esophageal leiomyoma[J]. Gastrointest Endosc, 2002, 56(2): 272-273.

[5] 陈起航,严伟忠,刘甫庚,等. CT在食管平滑肌瘤诊断和鉴别诊断中的价值[J]. 中国医学影像技术,2000,16(6):456-458.

[6] Takada N, Higashino M, Osugi H, *et al*. Utility of endoscopic ultrasonography in assessing the indications for endoscopic surgery of submucosal esophageal tumors[J]. Surg Endosc, 1999, 13(3): 228-230.

[7] 霍承瑜,刘桐林. 经胸腔镜治疗食管平滑肌瘤的经验分析[J]. 中国内镜杂志,2003,9(11):27-29,32.

(编辑 王 红)