文章编号:1000-5404(2007)09-0801-02

论著

93例胸腺瘤按WHO组织分型结果回顾性分析

田晓东,张 竞,梁朝阳,柳 曦,张 涛,郭俊唐,刘慧峰,周乃康 (解放军总医院胸外科,北京 100853)

提 要:目的 探讨WHO胸腺瘤病理组织分型临床应用的意义。**方法** 按新的WHO胸腺瘤组织分型标准对我科手术治疗的93例胸腺瘤进行了回顾性分析,总结本组病例的组织分型、Masaoka分期及预后。**结果** 93例胸腺瘤中,WHO组织分型的A、AB、B1、B2、B3、C型分别有6例(6.45%)、28例(30.11%)、15例(16.13%)、22例(23.66%)、9例(9.68%)、8例(8.60%);复合型5例(5.38%)。Masaoka分期Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、$Ⅳ_a$、$Ⅳ_b$期分别为45、23、14、9、2例。组织分型与分期有较高的相关性。随访病例中有6例复发,B2及以上分型占5例。**结论** WHO胸腺瘤组织分型方案能较好地指导临床治疗和判断预后,有较高的临床应用价值。

关键词: 胸腺瘤;预后;WHO胸腺瘤组织分型标准
中图法分类号: R730.2; R736.3 **文献标识码:** A

World Health Organization schema for thymoma classification: a retrospective analysis of 93 cases

TIAN Xiao-dong, ZHANG Jing, LIANG Chao-yang, LIU Xi, ZHANG Tao, GUO Jun-tang, LIU Hui-feng, ZHOU Nai-kang (Department of Thoracic Surgery, The General Hospital of PLA, Beijing 100853, China)

Abstract: Objective To study the significance of World Health Organization (WHO) schema for thymoma classification in clinical application. Methods Ninety-three cases of thymoma were analyzed based on WHO schema for thymoma classification. The histological classification, Masaoka stage and prognosis of thymoma were studied. Results In 93 thymomas, of WHO histological classification, type A in 6 cases, type AB in 28, type B1 in 15, type B2 in 22, type B3 in 9, type C in 8, and combined in 5. Of Masaoka stage, stage Ⅰ in 45 cases, stage Ⅱ in 23, stage Ⅲ in 14, stage $Ⅳ_a$ in 9, stage $Ⅳ_b$ in 2. The histological subtype closely correlated with Masaoka stage. Thymoma reoccurred in 6 cases, among whom 5 cases was of B2 or advanced subtype. Conclusion WHO schema can be well applied to instruct clinical treatment and predict prognosis of thymoma.

Key words: thymoma; prognosis; World Health Organization schema

2004年WHO提出了修改后的胸腺瘤的病理组织分型方案,其分型依据是肿瘤细胞的形态学特点和临床预后。我院病理科较早地采用了这一方案并运用于临床工作中,按照这一新的标准,我们对2000年1月至2005年3月在我科手术治疗的93例胸腺瘤进行了回顾性分析,旨在探讨WHO胸腺瘤组织分型对临床工作的指导意义和价值,加深对其的认识和理解。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组共93例胸腺瘤患者,年龄12~71(42.9±16.2)岁,20岁以下共4例。男性49例,女性44例,男:女(1.1:1)。就诊时无症状、经查体发现51例(54.8%),有症状42例,最常见症状为:肌无力、咳嗽、胸痛、胸闷,合并有重症肌无力者21例,按Osserman分型,Ⅰ型18例,Ⅱ型3例。

1.2 诊断

全组术前均经胸片和胸部CT检查,其中胸片有79例阳性发现,CT全部有阳性发现。有18例行MRI检查,均有阳性发现。术前诊断胸腺瘤85例,误诊为畸胎瘤5例、肠源性囊肿3例。肿瘤均位于前纵隔,其中前上纵隔82例(88.2%),前下纵隔11例(11.8%)。

1.3 治疗情况

本组93例均经手术治疗,行单纯胸腺瘤切除12例,胸腺瘤及胸腺切除、纵隔脂肪组织清除术56例,胸腺瘤切除加肺局限切除或心包部分切除25例。其中完全切除89例(完全切除率95.7%),大部切除4例,本组病例中,直径大于10 cm的巨大纵隔肿瘤有7例,其中达到完全切除有5例(71.4%)。选择胸骨正中切口36例,胸骨部分劈开切口10例,前外侧切口29例,后外侧切口15例,胸腔镜手术3例。本组中有3例曾行术前放疗,术后根据Masaoka病理分期,Ⅱ、Ⅲ期行放疗,Ⅳ期行放疗加化疗。

作者简介:田晓东(1972-),男,河北省定州市人,博士,主治医师,主要从事胸心外科的临床和基础方面的研究,发表论文7篇。电话:(010)66939814, E-mail:tianxd301@sina.com

收稿日期:2006-11-13;修回日期:2007-01-10

2 结果

2.1 病理结果

WHO 组织分型与改良的 Masaoka 分期有较好的一致性，A、AB、B1 型绝大部分分期为Ⅰ或Ⅱ期（仅 1 例 AB 型为$Ⅳ_a$期），具体结果见表 1。

表 1 93 例胸腺瘤患者的 WHO 组织分型与 Masaoka 分期资料

分期	A 型	AB 型	B1 型	B2 型	B3 型	C 型	复合型	合计
Ⅰ期	4	19	9	8	2	0	3	45
Ⅱ期	2	8	6	5	1	0	1	23
Ⅲ期	0	0	0	7	3	3	1	14
$Ⅳ_a$期	0	1	0	2	2	4	0	9
$Ⅳ_b$期	0	0	0	0	1	1	0	2
合计	6	28	15	22	9	8	5	93

2.2 治疗结果

无手术死亡，并发症 6 例，其中血胸 1 例，乳糜胸 1 例，肺动脉栓塞 1 例，切口液化或感染 3 例，均经相应处理治愈。

本组术后随访 6 个月至 5 年，死亡 3 例，死因均与胸腺瘤无关。复发 6 例，复发病例中 AB 型（$Ⅳ_a$期）1 例，B2 型（Ⅲ期）2 例，B3 型（Ⅲ期）1 例，C 型（$Ⅳ_b$期）2 例。

3 讨论

胸腺瘤是胸腺上皮细胞来源的肿瘤，过去胸腺瘤的组织分型方案比较多，命名也比较混乱[1]，1999 年，WHO 的一个专门委员会提出了一个胸腺瘤的组织分型草案，经过补充和修订，于 2004 年提出了正式方案[2]。这一方案首先根据肿瘤细胞的形态将胸腺瘤分为 A（纺锤或椭圆形细胞及细胞核）、B（树突状或上皮样细胞）两型；B 型又根据淋巴细胞与具有异型性的上皮细胞数目的比例及上皮细胞异型性的程度分为 B1、B2、B3 型；将同时具有 A 型和 B1 型（偶为 B2 型）的肿瘤定为 AB 型；具有明显恶性肿瘤细胞形态特点的肿瘤定为 C 型，即胸腺癌；同时具有以上不同组织分型成分的肿瘤为复合型胸腺瘤。该方案反映了肿瘤细胞异型性从低到高演化的过程。A 型肿瘤细胞没有异型性，B 型的肿瘤细胞开始出现异型性，并随着分型的升高异型性升高，到 B3 型时即具备了某些恶性肿瘤细胞的形态学特点，而 C 型则是明显的恶性肿瘤细胞。

AB 型和 B2 型胸腺瘤是最常见的两种胸腺瘤，分别占 20% ~35%；B1 和 A 型是最少见的类型，分别占 5% ~10%；C 型占 10% ~25%。本组病例中 AB 型占 30.11%，B2 型占 23.66%，A 型仅占 6.45%，与文献[3]报道基本一致。

WHO 组织分型还可反映预后规律并指导术后治疗。A 型和 AB 型预后最好，C 型最差，资料显示 A、AB、B1 型 10 年生存率接近 100%，B3 型为 80% 左右，而 C 型则仅有 30% 左右[4,5]。本组随访的 6 例复发病例中，有 5 例属于 B2、B3、C 型，仅有 1 例为 AB 型。A、B1 型胸腺瘤极少有术后复发，而 B2 型至 C 型胸腺瘤有较高的复发率和转移率，因此对于 B2 型以上者，结合临床分期应考虑术后放疗。

胸腺瘤分期目前较多采用改良的 Masaoka 方案。大量的资料显示组织分型和分期有较高的相关性，A、AB、B1 型胸腺瘤分期大多属于Ⅰ期和Ⅱ期；从 B2、B3 到 C 型属于Ⅲ期和Ⅳ期的比例逐渐增高，但分型和分期还不具有完全的对应关系[4,6]。本组研究中除 1 例 AB 型胸腺瘤为$Ⅳ_a$期外，其余 A、AB、B1 型均为Ⅰ期和Ⅱ期，而较多的 B2 型胸腺瘤属于Ⅰ期和Ⅱ期可能与部分病例为无症状查体，发现较早有关。

胸腺瘤有其特殊生物学行为，它不像某些常见的肿瘤，在“腺瘤”和“腺癌”之间有着泾渭分明的界线。WHO 分型方案将原来的胸腺癌命名为“C 型胸腺瘤”，在“胸腺瘤”的范畴里同时包含了良性和恶性两种状态。从组织分型方面考虑，根据 WHO 方案，B 型胸腺瘤即可认为是有一定恶性程度的肿瘤；而由于少数病例的分型与分期的不完全一致性，例如有的 AB 型胸腺瘤可能属于Ⅱ、Ⅲ期，甚至Ⅳ期，而有的 B2 型胸腺瘤属于Ⅰ期，具体到某个胸腺瘤就可能会遇到组织分型属于“恶性”，而分期属于“良性”的情况，或者组织分型属于“良性”，而分期属于“恶性”的情况，因此我们认为“恶性胸腺瘤”并不是一个精确的名词，学术交流时最好具体指出肿瘤的分型和分期。

该方案还得到了免疫学和遗传学研究的支持[7]，既统一了肿瘤细胞形态学特点和临床预后，又有助于指导术后治疗，而且便于记忆，值得推广。

参考文献：

[1] Kim D J, Yang W I, Choi S S, *et al*. Prognostic and clinical relevance of the World Health Organization schema for the classification of thymic epithelial tumors: a clinicopathologic study of 108 patients and literature review[J]. Chest, 2005, 127(3): 755 -761.

[2] Muller-Hermelink H, Engel P, Harris N, *et al*. Tumours of the thymus [M]//Travis W D, Brambilla E, Muller-Hermelink H K, *et al*. Tumours of the Lung, Thymus and Heart. Pathology and Genetics. Lyon: IARC Press, 2004: 145 -247.

[3] Chen G, Marx A, Wen-Hu C, *et al*. New WHO histologic classification predicts prognosis of thymic epithelial tumors: a clinicopathologic study of 200 thymoma cases from China[J]. Cancer, 2002, 95(2): 420 -429.

[4] Nakagawa K, Asamura H, Matsuno Y, *et al*. Thymoma: a clinicopathologic study based on the new World Health Organization classification [J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 2003, 126(4): 1134 -1140.

[5] Strobel P, Bauer A, Puppe B, *et al*. Tumor recurrence and survival in patients treated for thymomas and thymic squamous cell carcinomas: a retrospective analysis[J]. J Clin Oncol, 2004, 22(8): 1501 -1509.

[6] Kondo K, Yoshizawa K, Tsuyuguchi M, *et al*. WHO histologic classification is a prognostic indicator in thymoma[J]. Ann Thorac Surg, 2004, 77(4): 1183 -1188.

[7] Gordon J, Wilson V A, Blair N F, *et al*. Functional evidence for a single endodermal origin for the thymic epithelium[J]. Nat Immunol, 2004, 5(5): 546 -553.

（编辑 张大春）