肺不张病因的最直接手段。肺不张的镜下表现和病因、发生部位存在一定联系。支气管镜下治疗方法各异,单用或联合治疗可一定程度上通畅气道、缓解肺不张情况,从而改善呼吸功能。

参考文献:

[1] Schindler M B. Treatment of atelectasis: where is the evidence? [J]. Crit Care, 2005, 9(4): 341-342.

[2] 中华医学会呼吸病学分会. 诊断性可弯曲支气管镜应用指南(2008年版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2008, 31(1): 14-17.

[3] 叶任高, 陆再英. 内科学[M]. 第6版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 116-127.

[4] 林耀广, 刘春艳, 王虹, 等. 肺癌在支气管镜下的特征[J]. 中华内科杂志, 1998, 37(4): 235-238.

[5] 邹天士,陈浩波, 张聪, 等. 纤维支气管镜在肺不张诊断和治疗中的价值[J]. 中国基层医药, 2006, 13(5): 745-746.

[6] Kim H C, Kim H S, Lee S J, *et al*. Endobronchial tuberculosis presenting as right middle lobe syndrome: clinical characteristics and bronchoscopic findings in 22 cases[J]. Yonsei Med J, 2008, 49(4): 615-619.

[7] 吴国明,孟庆文, 钱桂生. 114例癌性肺不张的纤维支气管镜检查结果分析[J]. 第三军医大学学报, 2000, 22(5): 487-489.

[8] 段鸿飞,傅瑜. 纤维支气管镜下球囊扩张治疗结核性支气管狭窄的有效性与安全性[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2007, 30(5): 339-342.

[9] 杨红忠,胡成平, 杨华平, 等. 纤维支气管镜下介入冷冻治疗支气管腔内恶性肿瘤[J]. 中国肺癌杂志, 2005, 8(2): 143-144.

[10] 吴升, 卢小军, 王波, 等. 支气管灌洗治疗老年急性炎性肺不张[J]. 中国内镜杂志, 2006, 12(12): 1266-1267, 1270.

(**收稿**:2009-12-26;**修回**:2010-02-01)

(编辑 张 维)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2010)14-1552-01

食管癌肉瘤腹内巨大复发1例

綦 俊,张在空,羽 平,谢臣明,周 洪,张 智,蔡华荣 (400030 重庆,重庆市肿瘤研究所胸外科)

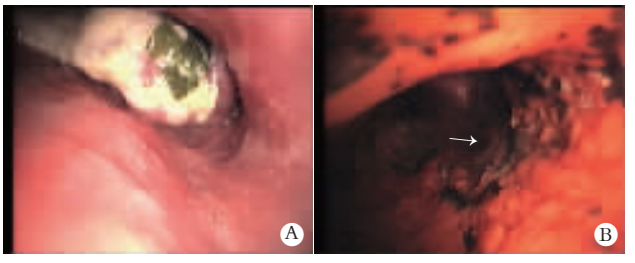
[关键词] 食管癌肉瘤;复发;腹腔

[中图法分类号] R735.1 **[文献标志码]** B

1 临床资料

患者,男性,83岁。因"左上腹隐痛、腹胀15 d"于2008年2月15日入院。1年前因"进食梗阻1个月"于2007年2月26日入我院,胃镜(图1A)示:距门齿35 cm可见新生物,表面糜烂,质脆易出血,镜身不能通过。活检提示恶性肿瘤。行内镜下高频电刀切除肿瘤,切除标本测量肿瘤大小约2.5 cm×7.5 cm。病理报告为癌肉瘤,免疫组化:CK(+),Vimentin(+),Actin(-)。2周后复查胃镜(图1B)示:距门齿36 cm处见手术切面,局部少许糜烂,周围黏膜浅在隆起。内镜下2%卢戈液食管染色,见局部染色棕黄色。行内镜下氩气刀于病灶及其周围组织巩固治疗。同时行化疗,方案为奈达铂100 mg(第1天)+5-Fu 1 g第1~5天。化疗1个疗程后出院未再来院复查。

此次入院后胃镜示:距门齿35 cm见新生物,中央凹陷,表面不平,有坏死组织及污秽物。腹部CT(图2)示:左侧膈下于胃、脾脏之间、胰腺前方可见一肿块(18 cm×15 cm),平扫密度较均匀,增强扫描见肿块内线状强化,边界较清楚,与脾脏、肝脏相邻,分界较清晰,与胃大弯侧相邻,局部分界不清。于2008年2月27日在全麻下行剖腹探查术,术中见腹腔内有较多淡红色液体,量约1 000 ml,肿块位于左上腹,大小约18 cm×15 cm×10 cm,有完整包膜,基底部与小网膜胃小弯相连,与大网膜部分黏连,向上与食管下段关系密切,完整切除肿块。左上腹肿物结合病史病理(图3)及免疫组化,符合癌肉瘤复发;胃左动脉胰腺上淋巴结转移癌1/1(表示清除1个淋巴结,这1个淋巴结阳性);肿瘤基底纤维组织中见癌组织浸润;胃后动脉旁淋巴结转移癌1/1。免疫组化:EMA(+),CK(+),Vimentin(+),PCNA(+)60%~70%。术后予抗感染、支持等治疗。患者于2008年4月17日出院,2010年1月随访仍健康生存。



A:肿瘤切除前;B:肿瘤切除后
↑:卢戈液染色呈棕黄色

图1 患者食管癌肉瘤切除前后胃镜观察

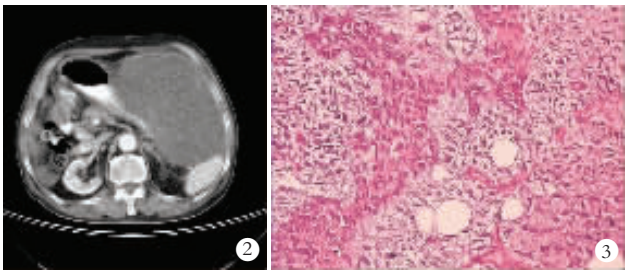


图2 患者术前腹部CT表现

图3 食管癌肉瘤组织病理学观察 (HE ×40)

[通信作者] 綦 俊,电话:(023)65342434,E-mail:qqyc2005@21cn.com

(下转1556页)

无窦性心律出现可供参考,仍然要停止放电进行观察,避免出现完全性房室传导阻滞。

参考文献:

[1] Katritsis D G, Camm A J. Classification and differential diagnosis of atrioventricular nodal re-entrant tachycardia[J]. Europace, 2006, 8(1): 29-36.

[2] Segal O R, Gula L J, Skanes A C, *et al*. Differential ventricular entrainment: a maneuver to differentiate AV node reentrant tachycardia from orthodromic reciprocating tachycardia[J]. Heart Rhythm, 2009, 6(4): 493-500.

[3] Nakagawa H, Jackman W M. Catheter ablation of paroxysmal supraventricular tachycardia[J]. Circulation, 2007, 116(21): 2465-2478.

[4] Jentzer J H, Goyal R, Williamson B D, *et al*. Analysis of junctional ectopy during radiofrequency ablation of the slow pathway in patients with atrioventricular nodal reentrant tachycardia[J]. Circulation, 1994, 90(6): 2820-2826.

[5] Lee S H, Tai C T, Lee P C, *et al*. Electrophysiological characteristics of junctional rhythm during ablation of the slow pathway in different types of atrioventricular nodal reentrant tachycardia[J]. Pacing Clin Electrophysiol, 200, 28(2): 111-118.

[6] Heidbüchel H, Jackman W M. Characterization of subforms of AV nodal reentrant tachycardia[J]. Europace, 2004, 6(4): 316-329.

[7] Reithmann C, Remp T, Oversohl N, *et al*. Ablation for atrioventricular nodal reentrant tachycardia with a prolonged PR interval during sinus rhythm: the risk of delayed higher-degree atrioventricular block[J]. J Cardiovasc Electrophysiol, 2006, 17(9): 973-979.

[8] Lipscomb K J, Zaidi A M, Fitzpatrick A P, *et al*. Slow pathway modification for atrioventricular node re-entrant tachycardia: fast junctional tachycardia predicts adverse prognosis[J]. Heart, 2001, 85(1): 44-47.

[9] Liberman L, Hordof A J, Pass R H. Rapid atrial pacing: a useful technique during slow pathway ablation[J]. Pacing Clin Electrophysiol, 2007, 30(2): 221-224.

[10] Fujiki A, Sakamoto T, Sakabe M, *et al*. Junctional rhythm associated with ventriculoatrial block during slow pathway ablation in atypical atrioventricular nodal re-entrant tachycardia[J]. Europace, 2008, 10(8): 982-987.

[11] 舒茂琴, 宋治远, 冉擘力, 等. 特发性室性心动过速的导管射频消融治疗效果[J]. 第三军医大学学报, 2008, 30(5): 441-443.

[12] Inoue S, Becker A E. Posterior extensions of the human compact atrioventricular node: a neglected anatomic feature of potential clinical significance[J]. Circulation, 1998, 97(2): 188-193.

[13] Heidbuchel H, Jackman W M. Catheter ablation of atypical atrioventricular nodal reentrant tachycardia[M]//Zipes D P, Haissaguerre M, eds. Catheter Ablation of Arrhythmias. 2nd eds. New York: Futura Publishing Company, 2002: 321-343.

[14] Morihisa K, Yamabe H, Uemura T, *et al*. Analysis of atrioventricular nodal reentrant tachycardia with variable ventriculoatrial block: characteristics of the upper common pathway[J]. Pacing Clin Electrophysiol, 2009, 32(4): 484-493.

[15] Spector P, Reynolds M R, Calkins H, *et al*. Meta-analysis of ablation of atrial flutter and supraventricular tachycardia[J]. Am J Cardiol, 2009, 104(5): 671-677.

(收稿:2010-01-03;修回:2010-02-20)

(编辑 龙 亮)

(上接1552页)

2 讨论

食管癌肉瘤是临床上少见的食管恶性肿瘤。目前,有关其发生的观点主要有3种:①肉瘤成分为原发,邻近黏膜受刺激继发癌变;②肉瘤由鳞癌化生而来;③癌和肉瘤来源于同一多潜能原始干细胞或者两个独立的干细胞[1]。Matsumoto等[2]通过显微解剖,发现食管癌肉瘤组织中癌和肉瘤等位基因缺失现象基本相同,此结果支持癌肉瘤为单克隆起源的观点。

食管癌肉瘤的发病年龄为43~79岁,中位年龄54岁。本例年龄高达83岁,为目前报道的最大年龄患者。Kawano等[3]报道高龄食管癌肉瘤患者为82岁,未行手术,予化疗,病灶消失7个月,但11个月后出现转移灶病故。Solerio等[4]报道在食管胃交界处发生食管癌肉瘤。本例复发在腹腔,且病变巨大实为罕见。可能与食管病变在下段,或病变基底宽广向下延伸至食管胃交界处进而向腹腔生长有关。

食管癌肉瘤的术前诊断不易。食管镜下活检应注意采用多部位(瘤体和基底部以及蒂部多处咬取组织)和多手段(表面靠活检钳,深处靠针吸),以提高确诊率。本例胃镜初诊仅为恶性肿瘤,可能与取材较浅有关。

手术切除是食管癌肉瘤首选及主要的治疗手段,手术切除率高,预后较佳。可能与食管癌肉瘤侵袭力较低、临床症状出现早、较少发生外侵及淋巴结转移有关[5]。本例患者虽然系食管癌肉瘤局部复发,术后随访20个月仍健康生存。说明食管癌肉瘤患者只要没有确切手术禁忌,应积极手术治疗。

参考文献:

[1] Iwaya T, Maesawa C, Uesugi N, *et al*. True carcinosarcoma of the esophagus[J]. Dis Esophagus, 2006, 19(1): 48-52.

[2] Matsumoto T, Fujii H, Arakawa A, *et al*. Loss of heterozygosity analysis shows monoclonal evolution with frequent genetic progression and divergence in esophageal carcinosarcoma[J]. Hum Pathol, 2004, 35(3): 322-327.

[3] Kawano S, Kusunoki R, Aimi M, *et al*. A case of carcinosarcoma of the esophagus treated by the chemoradiotherapy[J]. Nippon Shokakibyo Gakkai Zasshi, 2007, 104(4): 535-541.

[4] Solerio D, Ruffini E, Camandona M, *et al*. Carcinosarcoma of the esophagogastric junction[J]. Tumori, 2008, 94(3): 416-418.

[5] 余振, 程邦昌, 昌盛, 等. 食管癌肉瘤22例临床病理分析[J]. 中华胃肠外科杂志, 2008, 11(3): 235-237.

(收稿:2010-03-15;修回:2010-05-08)

(编辑 汪勤俭)