

颈肩部滑膜肉瘤术后肺转移 1 例报告*

扈彩霞 杨晓珍 刘博君 郑加生** 张永宏**

(首都医科大学附属北京佑安医院肝病与肿瘤介入治疗中心, 北京 100069)

文献标识: D 文章编号: 1009-6604(2021)07-0667-03

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2021.07.019

滑膜肉瘤(synovial sarcoma, SS)是一种罕见但高度恶性的软组织肉瘤,多见于青壮年,好发于四肢,容易出现转移,主要临床症状为局部肿块、疼痛、活动受限等。2020 年 12 月我们治疗 1 例颈肩部滑膜肉瘤术后双肺转移,报道如下。

1 临床资料

男, 24 岁。2010 年因发现左侧颈肩部包块伴有压痛 3 个月在外院行颈肩部肿瘤切除术,术后病理:滑膜肉瘤,中等分化(患者不能提供既往手术病理切片,无法进一步确认)。出院后定期复查,2013 年左侧颈肩部包块复发,于当地医院再次行颈肩部滑膜肉瘤扩大切除术,此后未再定期复查。2020 年 9 月,患者无诱因出现咳嗽、少痰,轻度憋气,当地医院肺平扫 CT 示双肺占位,进一步行 PET-CT 检查,结果提示:左肺下叶软组织密度肿块影,内可见钙化,与邻近胸膜分界不清,大小约 63 mm × 83 mm × 46 mm,放射性摄取不均匀增高, SUV_{max} 5.1;右下肺及左上肺胸膜下可见小结节影,右下肺放射性摄取略增高,检查结论:左肺下叶肿块伴代谢不均匀增高,考虑恶性转移可能大;右下肺结节代谢性略增高,考虑转移可能。患者因学业原因未进一步治疗,继续密切观察病情变化。2020 年 12 月再次行 PET-CT 检查,结果提示:左下肺钙化肿块,大小约 74 mm × 92 mm × 60 mm,较前增大,左肺结节 SUV_{max} 3.66,右下肺结节大小约 17 mm × 12 mm,较前明显增大,右肺结节 SUV_{max} 1.69,考虑转移。患者进一步行左肺占位穿刺活检,病理结果为间叶组织来源的梭形细胞肿瘤,考虑滑膜肉瘤可能。在

中国医学科学院肿瘤医院进行病理会诊(图 1),免疫组化:AE1/AE3(+), Vimentin(+), Bcl-2(+), CD99(+), CD34(血管+), EMA(+), Ki67(20%+), 会诊意见:支持滑膜肉瘤肺转移。为治疗双肺转移瘤,2020 年 12 月 17 日患者就诊于我院。完善术前检查及肺部 CT(图 2),患者家属治疗意愿强烈,我们制定分次姑息性消融术,拟对双肺转移瘤实施分次消融治疗。2020 年 12 月 21 日行第 1 次左肺转移瘤微波消融术。1%利多卡因局部麻醉,盐酸哌替啶注射液 50 mg、盐酸异丙嗪注射液 25 mg 入壶镇痛。左侧卧位,以左侧脊柱旁与病灶交界处肋间隙为穿刺点,将一次性微波消融针 2 根分步穿刺至病灶处,CT 扫描确认消融针位置满意后消融,共布针 6 组 12 个位点(图 3),消融条件:40~60 W, 2~5 min,共消融 3 h。术中见肺内血肿,考虑有消融区出血,消融止血。术后 2 d 肺部平扫 CT 示左侧中~大量胸腔积液,行胸腔积液引流。术后 7 d 肺平扫 CT 示左侧大量气胸(图 4),立即行胸腔闭式引流。术后 1 个月复查增强 CT,左肺下叶可见类圆形混杂密度消融灶影,未见明显异常强化,其内可见多发气体密度影及气液平面,局部气体较前减少(图 5),右肺下叶磨玻璃病变较前明显变淡。

2 讨论

SS 属于间叶源性肿瘤,好发于青少年,偶见于儿童。SS 多发生在四肢,少数发生在头颈部和躯干,更为少见部位有心脏、颌下腺、精索等^[1,2]。因患者无特殊不适,不能及时发现。此例肺部 CT 显示左下肺转移瘤内有钙化现象,穿刺活检病理为

* 基金项目:北京市医管中心科研培育计划(PX2018057)

** 通讯作者, E-mail: zhengjiasheng6@163.com(郑加生); 13810108505@163.com(张永宏)

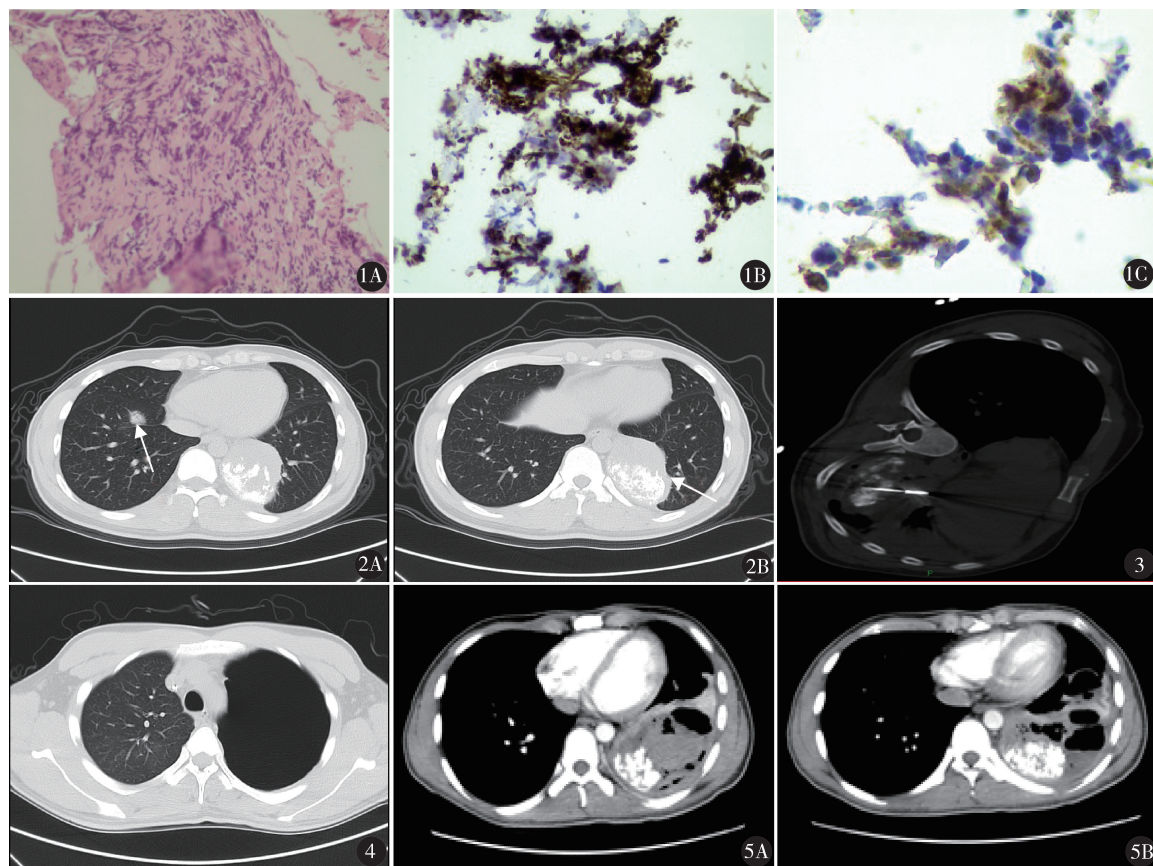


图 1 A. 显微镜下见少量肿瘤细胞呈弥漫性分布,呈梭形或小腺腔样结构(HE 染色 $\times 100$);B. 免疫组化:Vimentin(+)($\times 400$);C. 免疫组化:AE1/AE3(+)($\times 400$) 图 2 消融术前肺部平扫 CT A. 右肺结节;B. 左肺转移瘤 图 3 微波消融术中部分布针情况 图 4 消融术后 7 d 左侧胸腔大量气胸 图 5 消融术后 1 个月肺增强 CT A. 左肺转移瘤无强化;B. 左肺消融灶周围可见气体影及气液平面,局部气体较前减少

间叶组织来源的梭形细胞肿瘤,结合免疫组化,明确诊断为 SS 肺转移。SS 是高级别侵袭性肉瘤,与老年患者相比,儿童的生存率更好^[3]。张路等^[4]报道肿瘤 > 5 cm、起源于四肢以外部位是此类疾病的不良预后因素。

手术切除是 SS 患者标准的初始治疗手段。对于无转移、肿瘤直径 ≤ 5 cm、四肢或躯干浅表部位的 SS 患者,可以行局部广泛性切除或根治性切除^[5]。Ferrari 等^[6]报道 60 例青少年 SS,肿瘤直径 ≤ 5 cm,充分手术切除,未进行辅助化疗和放疗,未影响其生存和预后。本例在发病初期采用手术切除,因患者父母担心化疗、放疗等副作用,术后未再采取放疗、化疗方式,术后 3 年出现局部复发,再次行局部扩大切除术,术后 7 年出现双肺转移,不适宜再次手术切除。2017 年版《热消融治疗原发性和转移性肺部肿瘤专家共识》^[7]指出,热消融技术目前主要包括射

频消融、微波消融、冷冻消融等技术。微波消融因消融时间短、消融范围大,明显优于其他 2 种消融方式,且微波消融受到血流灌注的影响小,更适合治疗邻近大血管的肿瘤。对于肺转移瘤患者,在原发灶得到有效控制的情况下,可采取治愈性消融,对于超出治愈性消融范围者,可采取姑息性消融治疗。为此,我们初步为该患者制定分次消融方案。术中出现肺内出血,考虑与转移瘤邻近胸腔大血管,血管分支多有关。术后出现大量气胸考虑与肺内转移瘤较大,布针多,消融位点多有关。经过积极止血、引流等综合治疗,术后 1 个月复查肺增强 CT,左肺上叶完全复张,左肺下叶可见类圆形混杂密度消融灶影,未见明显异常强化,提示微波消融治疗肺转移肿瘤有一定效果,但本例出现肺内出血、中~大量胸腔积液、大量气胸等严重并发症,因此,微波消融治疗应严格选择病例。

参考文献

1

Wang S, Song R, Sun T, et al. Survival changes in patients with synovial sarcoma, 1983 – 2012. J Cancer,2017,8(10):1759 – 1768.

2

朱娜,宿杰·阿克苏,曾海英,等.原发性心脏滑膜肉瘤 7 例临床病理分析.临床与实验病理学杂志,2015,31(9):1044 – 1046.

3

Ferrari A, De Salvo GL, Brennan B, et al. Synovial sarcoma in children and adolescents; the European Pediatric Soft Tissue Sarcoma Study Group prospective trial (EoSSG NRSTS 2005). Ann Oncol, 2015,26(3):567 – 572.

4

张路,樊征夫,方志伟,等.肢体软组织肉瘤术后辅助治疗 105 例预后分析.中华肿瘤防治杂志,2018,25(8):566 – 571.

5

von MM, Randall RL, Benjamin RS, et al. Soft tissue sarcoma, NCCN clinical practice guidelines in oncology. J Natl Compr Canc Netw,2018,16(5):536 – 563.

6

Ferrari A, Chi YY, De Salvo GL, et al. Surgery alone is sufficient therapy for children and adolescents with low-risk synovial sarcoma: A joint analysis from the European paediatric soft tissue sarcoma Study Group and the Children’s Oncology Group. Eur J Cancer, 2017,6(78):1 – 6.

7

叶欣,范卫君,王徽,等.热消融治疗原发性和转移性肺部肿瘤专家共识.中国肺癌杂志,2017,20(7):433 – 445.

(收稿日期:2021 – 01 – 27)

(修回日期:2021 – 05 – 11)

(责任编辑:李贺琼)