

原发性脾肿瘤 25 例临床分析

张 峰,邵永孚,高纪东

Diagnosis and Treatment of 25 Cases of Primary Splenic Tumors

ZHANG Feng, SHAO Yong-fu, GAO Ji-dong

Department of Abdominal Surgical Oncology, Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Peking Union Medical College, Beijing 100021, China

Abstract :Objective To study the clinical characteristics and treatment of primary splenic tumors. **Methods** 25 patients with primary splenic neoplasm diagnosed at surgery from January 1991 to December 2003 were analyzed retrospectively. **Results** 11 cases of benign splenic tumors including 3 cases of splenic true cyst, 3 cases of hemangioma, 2 cases of inflammatory pseudotumor, 1 each of epidermoid cyst, hamartoma and aseptoma. There were 14 cases of malignant tumor, among which, there were 10 cases of non-Hodgkin's lymphoma and 3 cases of angiosarcoma and 1 case of angioepithelioma. **Conclusion** Splenectomy is the treatment of choice for primary splenic tumors and surgery is satisfactory in benign tumors. Non-Hodgkin's lymphoma requires adjuvant therapy. Prognosis of angiosarcoma is bad. Early diagnosis and early therapy are crucial to improving the prognosis of primary splenic malignancy.

Key words : Splenic neoplasm; Diagnosis; Surgery

摘 要:目的 探讨原发性脾肿瘤临床特点及其治疗。方法 回顾性分析 1991 年 1 月至 2003 年 12 月中国医学科学院肿瘤医院收治的 25 例原发性脾肿瘤患者的临床表现、影像学特点、诊断依据和治疗预后资料。结果 25 例原发性脾肿瘤均行脾切除术,其中 11 例良性病变包含脾表皮样囊肿、脾血管瘤各 3 例,脾炎性假瘤 2 例,脾错构瘤、脾假性囊肿、脾肉芽肿性病各 1 例;14 例恶性肿瘤包含脾原发性非何杰金氏淋巴瘤 10 例,血管肉瘤 4 例。随访,良性肿瘤患者均无复发;10 例非何杰金氏淋巴瘤,除 1 例术后 14 个月死于复发外,4 例分别随访 18 月、19 月、41 月和 45 月未发现复发和转移,5 例随访超过 4 年仍健在,其中 1 例存活已达 11 年 2 个月。4 例脾血管肉瘤中分别于术后 7 月、9 月、28 月因肿瘤转移而死亡,1 例随访 16 个月未见复发和转移。结论 原发性脾肿瘤以手术治疗为主,良性肿瘤效果好;原发性非何杰金氏淋巴瘤结合辅助治疗预后好,恶性肉瘤预后差,早期诊断、早期治疗是唯一希望。

关键词:脾肿瘤;诊断;外科手术

中图分类号:R733.2 文献标识码:A 文章编号:1000-8578(2005)04-0236-03

0 引言

原发性脾肿瘤少见,国内外文献均缺乏大宗病例的报道。我们对我院 1991 年 1 月至 2003 年 12 月期间收治的原发性脾肿瘤 25 例的临床病理特点进行了分析,并结合文献报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 25 例中男性 13 例,女性 12 例。年龄 20~65 岁,平均年龄 46.9 岁。脾脏良性病变 11 例(11/25,44%),平均年龄 46.5 岁,脾脏恶性肿瘤 14 例(14/25,56%),平均年龄 47.3 岁。

1.2 临床症状和诊断

11 例良性病变中有 4 例表现为左上腹隐痛不

适,其中各有 1 例分别伴有左上腹肿块和发热,其余 7 例无任何临床症状。14 例恶性病变中 12 例表现为左上腹部痛、不适或肿块,只有 2 例为体检发现。全部患者均是先行 B 超检查发现。其中 14 例又行 CT 检查,4 例行 MRI 检查,均提示脾脏占位性病变。脾脏良性病变的 B 超特点:11 例中 9 例表现为无回声或低回声,1 例稍高回声,1 例表现为中高回声。良性病变 CT 特征:5 例表现为低密度影,2 例表现为中密度影。2 例 MRI 特征:T₁WI 等信号,T₂WI 高信号。恶性病变中 B 超特点:8 例主要表现为低回声,6 例表现为中等回声或回声不均。CT 提示 2 例表现为低密度影,5 例表现为中密度影。MRI 提示 T₁WI 低信号,T₂WI 不均匀稍高信号。脾多发占位 7 例,单发占位 18 例。肿瘤直径最大者 20cm,最小者 1.5cm。

病理:11 例脾脏良性病变中,脾表皮样囊肿 3 例,脾血管瘤 3 例,脾炎性假瘤 2 例,脾错构瘤、脾假

收稿日期:2004-09-27;修回日期:2004-11-09

作者单位:100021 北京,中国医学科学院中国协和医科大学肿瘤医院腹部肿瘤外科



性囊肿、脾肉芽肿性病各 1 例。14 例脾脏恶性肿瘤中,脾原发性非何杰金氏淋巴瘤 10 例,血管肉瘤 3 例,血管内皮肉瘤 1 例。

1.3 治疗情况

本组 25 例均行脾切除术,无手术并发症或手术死亡。脾原发性非何杰金氏淋巴瘤患者术后行环磷酰胺 + 长春新碱 + 阿霉素 + 强的松(CTX + VCR + ADM + PDN)方案化疗 3~6 周期,其中 1 例另行区域性放疗。2 例血管肉瘤合并或术后出现肝转移行介入治疗。其余患者术后无特殊治疗。

2 结果

25 例原发性脾肿瘤患者均进行了随访。良性肿瘤患者均无复发。恶性肿瘤中,10 例非何杰金氏淋巴瘤,1 例术后 14 个月死于复发,4 例分别随访 18 月、19 月、41 月和 45 月未发现复发和转移,5 例随访超过 4 年仍健在,其中 1 例存活已达 11 年 2 个月。4 例脾血管肉瘤中分别于手术后 7 月、9 月、28 月因肿瘤转移而死亡,1 例肿瘤较小,分化较好的血管肉瘤随访 16 个月无复发和转移。

3 讨论

3.1 发病率

脾脏肿瘤的发生率低,脾脏良性肿瘤的发生率约为 0.14%,恶性肿瘤不超过全部恶性肿瘤的 0.64%^[1]。脾脏原发性肿瘤以良性肿瘤为多见,而在良性肿瘤中又以血管瘤为多见。在本组 25 例脾脏原发性肿瘤中,良性肿瘤 11 例(44%),其中脾血管瘤和表皮样囊肿最多见,共 6 例,其余包括脾炎性假瘤 2 例,脾错构瘤、脾假性囊肿、脾肉芽肿性病各 1 例。脾恶性肿瘤以非何杰金氏淋巴瘤多见,本组脾非何杰金氏淋巴瘤为 10 例(10/14,71.4%),其中 9 例为 B 细胞性,1 例是 T 细胞性,大细胞淋巴瘤占多数(6/10,60%)^[2],亚型以脾脏边缘区 B 细胞淋巴瘤多见^[3]。另外还包括血管肉瘤 3 例,血管内皮肉瘤 1 例。脾脏原发性肿瘤之所以少见,有学者认为与脾脏特有的免疫功能有关,脾内免疫活性细胞及免疫活性物质可抑制和杀灭肿瘤细胞,脾脏的节律性搏动也使瘤细胞难以驻足^[4]。

3.2 临床表现及诊断

脾脏肿瘤的主要临床表现为左上腹不适、疼痛、恶心及饱胀等症状,无特异性,其症状随肿瘤的性质及肿瘤的部位、大小而不同,与脾肿大的程度有直接关系^[5]。本组 11 例良性病变中只有 4 例表现为左上腹隐痛不适,其中各有 1 例分别伴有左上腹肿块和发热,其余 7 例无任何临床症状,为体检发现。而

恶性病变 14 例中 12 例伴有左上腹部痛、不适或肿块,只有 2 例为体检发现。

脾脏肿瘤的诊断主要取决于影像学检查。随着 B 超和 CT 等影像学的快速发展,使早期发现尚无临床症状的脾脏肿瘤成为可能^[6]。本组 25 例患者不论是否有临床症状,均是首先由 B 超检查发现脾脏肿瘤,而后行 CT 和 MRI 检查进一步明确诊断。B 超检查不仅可显示脾脏肿瘤的大小、区分囊实性病变更,而且简单易行,对患者无损伤,能够发现早期无症状的病例,对了解病变有一定的帮助,可作为诊断的首选方法。CT 检查是目前诊断脾脏肿瘤最有用的影像学技术,其诊断符合率较高,不仅可提供脾脏病变的大小及性质,而且能清楚显示脾脏与邻近脏器的关系,发现较小的转移灶,但目前仍不能在术前有效地鉴别脾脏的良恶性肿瘤。MRI 对脾囊肿有很高的诊断价值,但亦无法单独对脾脏原发性良恶性肿瘤进行有效鉴别。同位素闪烁扫描因特异性低已很少使用。针吸细胞学是一项极有诊断价值的检查,但因有肿瘤破裂出血及肿瘤播散的危险之嫌,一般慎用。最终的确诊仍然取决于病理诊断。

3.3 治疗

脾切除能明确诊断,并可治愈合并的脾功能亢进导致的贫血以及恶性疾患导致的脾破裂^[7-8]。脾囊肿,由于有发生囊内感染和破裂的危险,所以一经确诊即应及早手术治疗,尤其是巨大、壁薄有压迫症状的囊肿。Tretner^[9]根据脾脏的解剖学和免疫学的特点,认为凡脾囊肿直径 > 2cm,就应手术治疗,可行脾部分切除术,这样既可去除病灶,又可保留部分脾脏,以保证脾脏的免疫功能,预后良好。脾血管瘤,直径大于 10cm 近脾包膜或凸出脾包膜;或近期增大迅速,症状明显可考虑行脾切除或脾部分手术。

脾脏恶性肿瘤应早期诊断、早期治疗。手术应完整切除脾脏,同时注意脾门淋巴结的清扫,术后辅以放疗和化疗。脾脏原发性恶性淋巴瘤被认为起源于脾的滤泡旁组织,能被脾切除有效治疗,适当辅以化疗或区域性放疗,多数患者可长期存活,预后较继发性为佳^[10]。边缘带淋巴瘤往往局限在脾,发展缓慢,对脾切除反应最好。Kehoe^[11]认为超出脾门淋巴结受累的原发性脾淋巴瘤预后较差。本组 9/10 例 PSL 均健在,其中 1 例已生存 11 年。各种恶性肉瘤预后极差,往往已伴有血行及骨转移,应尽早手术,术后放疗或化疗效果不佳,平均生存时间在 1 年左右。

由于脾脏占位性病变的多样性,其预后相差很大。加强对脾脏占位性病理性质的早期鉴别诊断,对不同的病变选择合适的方法,是决定预后的关键

因素。凡不能明确脾脏占位性病变性质的,应尽早行手术探查。

参考文献:

[1] Klein B, Stein M, Kuten A, et al. Splenomegaly and solitary spleen metastasis in solid tumors [J]. *Cancer*, 1987, 60 (1) : 100-106.

[2] Brox, Shustik C. Non $\frac{3}{4}$ Hodgkin's Lymphoma of the spleen [J]. *Leuk Lymphoma*, 1993, 11 (1) : 165-171.

[3] Van Huyen JP, Molina T, Delmer A, et al. Splenic marginal zone lymphoma with or without plasmacytic differentiation [J]. *Am J Surg Pathol*, 2002, 24 (12) : 1581-1592.

[4] DesGupta T, Cooinbes B, Brasfield RD. Primary malignant neoplasms of the spleen [J]. *Surg Gynecol Obstet*, 1965, 20 (5) : 947-952.

[5] Morgentern L, Rosenberg J, Geller GA. Tumors of the spleen [J]. *World J Surg*, 1985, 9 (3) : 468-476.

[6] Vrachliotis TG, Benett WF, Vaswani KK. Primary angiocarc-

ma of the spleen CT, MR, and sonographi characteristics : report of two cases [J]. *Abdom Imaging*, 2000, 25 (3) : 283-285.

[7] Coon WW. Surgical aspects of splenic disease and lymphoma : benign and malignant tumors [J]. *Curr Probl Surg*, 1998, 35 (3) : 600-608.

[8] Gagoundis AAN, Burk M, Meckenstock G, et al. Pathlogic rupture of the spleen in haematologic malignancies : two additional cases [J]. *Ann Hematol*, 1996, 73 (2) : 297-302.

[9] Treutner KH, Truong S, Schumpelick V. Splenic cyst. Diagnosis, indications and choice of procedure [J]. *Chirurg*, 1988, 59 (7) : 478-481.

[10] Catovsky D, Matutes E. Splenic lymphoma with circulating villous lymphocytes/ splenic marginal zone lymphoma [J]. *Semin Hematol*, 1999, 36 (1) : 148-154.

[11] Kehoe J, Straus D. Primary lymphoma of the spleen : clinical features and outcome after splenectomy [J]. *Cancer*, 1988, 62 (7) : 1433-1438.

[编辑: 张 麟; 校对: 贺 文]

