

原发性腹膜后肿瘤术后复发的超声诊断价值(附6例分析)

陈曼, 龚新环

(上海第二医科大学附属瑞金医院超声诊断科, 上海 200025)

[摘要] 目的 通过回顾性分析6例原发性腹膜后肿瘤术后复发病例, 旨在探讨超声对原发性腹膜后肿瘤术后复发的诊断价值。方法 男4例, 女2例, 全部经手术和病理证实。结果 6例中术后病理报告肉瘤4例。复发1次者4例, 复发2次和复发4次者各1例。结论 超声对原发性腹膜后肿瘤除可定位诊断外, 还可为手术方案的制定和手术难度的判断提供可靠依据。更主要的是, 超声便于近期多次复查。因此对恶性肿瘤尤其是病理证实为肉瘤者, 一定要重视术后随访。

[关键词] 原发性腹膜后肿瘤; 术后复发; 超声

[中图分类号] R739.9; R61; R445.1 [文献标识码] A [文章编号] 1003-3289(2001)05-0442-02

Evaluation of Diagnosis in Ultrasonography of Recurrent Primary Retroperitoneal Tumor (with 6 Cases Clinical Analysis)

CHEN Man, GONG Xin-huan

(Ultrasonography Department, Ruijin Hospital of Shanghai Second Medical University, Shanghai 200025, China)

[Abstract] **Objective** 6 recurrent cases of Primary retroperitoneal tumors (PRPT) after operation were reviewed, to discuss the value of diagnosis of recurrent PRPT in ultrasonography. **Methods** All (4 men and 2 women) were verified by operation and biopsy. **Results** 4 of 6 cases were sarcomas, 4 cases were recurred once time, two times and four times each one. **Conclusion** Ultrasonography can not only diagnose location of PRPT, but also provide reliable information for therapy or surgery. It can also be used in finding out the local recurrent masses after operation. Follow-up must be important in sarcoma.

[Key words] Primary retroperitoneal tumor; Recurrent; Ultrasonography

原发性腹膜后肿瘤(primary retroperitoneal tumor; PRPT)少见, 由于多数病人待腹部出现包块或压迫症状时才就诊, 肿瘤往往很大, 常因肿瘤与腹膜后重要脏器和毗邻的大血管粘连, 因此切除率较低, 恶性者即使完全切除, 其复发率高达40%~80%^[1], 因此应强调术后随访, 尤其是超声检查可作为其主要的随访工具。

1 资料与方法

患者共6例, 男4例, 女2例, 均龄56.7(39~77)岁, 全部经手术和病理证实。仪器ALOKA 650型实时超声显像仪, 探头频率3.5 MHz。患者常规采取仰卧位, 必要时侧卧位、俯卧位, 对肿瘤所在解剖区及周邻脏器、腹膜后大血管进行重点扫查。

2 结果

6例中肉瘤4例(其中脂肪肉瘤、平滑肌肉瘤各2例), 恶性淋巴瘤及恶性神经鞘瘤各1例。肿瘤复发间隔时间长短不一, 短者2周, 长者18个月(图1、2)。

3 讨论

3.1 原发性腹膜后肿瘤的可能复发原因

(1) 与肿瘤的良恶性及病理类型有关: 良性肿瘤无或很少复发, 而恶性则易于复发, 且以肉瘤复发最为多见^[2,3]。Storm提出分化低的腹膜后肉瘤在肿瘤全切除术后局部复发率很高^[4]。本组6例中4例为肉瘤(4/6, 占66.7%), 全部在局部复发。

(2) 是否与在术前、术后进行放疗或化疗有关? 尚无定论。外科手术切除虽是腹膜后肿瘤的基本治疗方法, 但单纯手术切除的疗效不甚满意, 因仅有20%的5年生存率, 国外文献强调附加化疗和放疗, 以改善存活率并降低局部复发机会, 特别是在全切除后不能确定有无肿瘤残留, 或肿瘤复发2次切除后, 皆应进行放疗。Serio组2例患者术前行化疗, 1例恶性畸胎瘤, 1例胚胎癌, 5~6疗程综合化疗后, 肿瘤直径由化疗前的9cm和15cm缩小至2.5cm和8cm, 5~8个月后成功地行肿瘤全切除术^[5]。但Gerald P等认为放疗对四肢软组织肉瘤治疗有一定疗效, 对腹膜后肉瘤则缺乏明显疗效^[6]。本组2例术后曾进行放疗30余次, 分别是脂肪肉瘤和恶性神经鞘瘤, 放疗后肿瘤增长并无缓解。

(3) 是否与手术的彻底性有关? 原发性腹膜后肿瘤能否全切除, 不在于肿瘤的大小, 而是依据肿瘤恶性程度、侵犯周围组织器官的深浅、器官与肿瘤生长的关系和粘连的程度, 邻近器官受侵犯是常见的, 但并非因邻近器官受累就不能行根

[作者简介] 陈曼(1968-), 女, 上海人, 学士, 主治医师。

[收稿日期] 2000-09-28

治性手术。切除肿瘤可将邻近受累的器官一同切除。本组6 例首次手术均为完整切除,2 例联合邻近组织合并切除。尽管如此仍未能幸免复发之出现,看来肿瘤已达晚期,要做到真正的彻底清除实非易事,如能早期诊断及手术必能取得较好的预后。

3.2 超声对原发性腹膜后肿瘤术后复发的诊断价值 超声对 PRPT 除可定位诊断外,更主要的是它可细致描述肿块与周邻组织的关系,如血管受累的部位、范围和程度,相邻器官受侵的状态,以及远处有无转移等。这些均为手术方案的制定和手术难度的判断提供可靠依据。同时,由于超声兼具众多优点,便于近期多次复查。原发性腹膜后肿瘤术后复发多在原位,转移也多在局部,一般多主张再次手术,甚至多次手术。因此对恶性肿瘤尤其是病理证实为肉瘤者,一定要重视术后随访,一般要求每3~6 个月定期复查超声一次^[6],但鉴于例6 在第四次术后2 周肿瘤又复发长至10cm,故对多次复发的脂肪肉瘤,随访期限应在1~2 周一次。一旦复发,需及时就诊,以免延误治疗。本组6 例中有5 例术后每3 个月定期复查超声,共发现肿瘤7 次,均为原位复发,病人无任何自觉症状,完整手术切除4 例,部分切除1 例,活检1 例,未手术2 例。

综上所述,原发性腹膜后肿瘤一旦被确诊,尽快完整切除至关重要,但恶性腹膜后肿瘤,尤其是肉瘤,术后局部复发率高,对复发者仍主张再次或多次手术,超声可作为常规体检工具,随着自我保健意识的增强及各种有效检查手段的普及,可望对腹膜后肿瘤的早期发现和获得及早手术的机会,以延长患者生命。



图1 盆腔混合性肿块

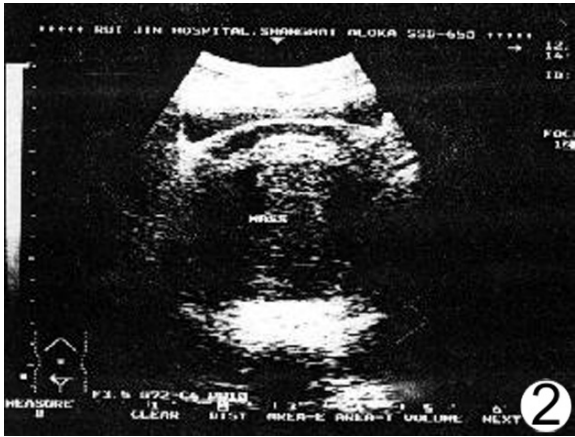


图2 盆腔实质性肿块 术后18 个月复发

[参考文献

[1] Cody Hs , Turnbull AD , Fortner JG , et al . The continuing challenge of retroperitoneal sarco mas [J] . Cancer , 1981 ,47 : 2147-2152 .
[2] Karakouls CP , Velez AF , Emrich LJ . Manage ment of retroperitoneal sarco mas and patient survial [J] . A m J Surg , 1985 ,150 : 376-380 .
[3] Salla JA , Reed K . Pri mary retroperitoneal sarco mas [J] . A m J Surg , 1986 ,152 :496-498 .
[4] Storm FK , Elber FR , Mirra J , et al . Retroperitoneal sarco ma . A reappraised of treat ment [J] . J Surg Oncol ,1981 ,17 :1-7 .
[5] Serio G , Tenchini P , Nfosi F , et al . Surgical strategy in pri mary retroperitoneal tu mors [J] . Br J Surg , 1989 ,76 :385-390 .
[6] Gerald P M , Lawrence W JR , Raymond E , et al . 肿瘤学手册 [M] (黎介寿, 卢侃, 顾寿年, 等主译) . 上海科学技术出版社, 1998 .443-459 .

B 超诊断胎儿先天性尿道闭锁1 例

马西蕊

(中国西电集团医院, 陕西 西安 710077)

[中图分类号 R445 .1 ; R693 .1 [文献标识码 B [文章编号 1003-3289(2001)05-0443-01

孕妇,24 岁,孕32 周,初产。B 超诊断:胎儿头位,头颅光环完整,脑中线居中,双顶径7.6cm。脊柱四肢排列完整,胎心搏动规律。胎盘位于子宫前壁, I 级。羊水过少,最大深度3.0cm。纵切胎儿,于腰椎两侧可见双肾增大,右肾2.4cm×3.0cm×6.6cm,左肾2.6cm×3.3cm×7.4cm。双肾边界清楚,实质区变薄,肾盂肾盏区光带分离,内可见液区,深度均为2.0cm。双侧输尿管全段明显

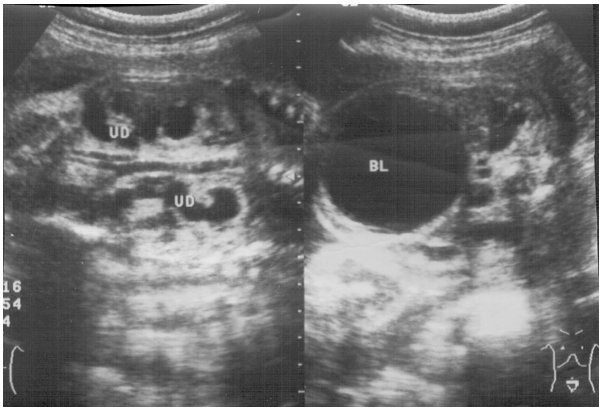


图 UD:肾脏肿大及输尿管扩张;BL:膀胱 扩张。膀胱壁薄,极度扩张,大小5.6cm×5.5cm×5.2cm。其它脏器未见异常 (见图)。服速尿60mg 后观察,膀胱未见缩小,双肾盂及输尿管仍明显扩张。B 超

诊断:①单胎存活晚孕;②胎儿尿道梗阻 (闭锁?);③羊水过少。

孕妇自愿终止妊娠,产一2400g 男婴。腹部膨隆,腹部静脉怒张。尸检:双肾肿大,皮质变薄,肾锥体几乎消失。双侧输尿管明显扩张,粗细不等,输尿管扩张最宽径2.9cm,与膀胱相通,扩张的输尿管与膀胱壁广泛粘连。膀胱充盈增大,膀胱底于剑下1cm 处,与腹膜粘连。乙状结肠末端与膀胱颈部融合成盲端。镜下观察:肾小球几乎萎缩消失,肾组织由薄层纤维组织代替,上皮细胞萎缩。病理诊断:泌尿系畸形:尿道闭锁,双肾盂积水,双侧输尿管及膀胱极度扩张。

[作者简介] 马西蕊(1971-),女,陕西西安人,大专,住院医师。
[收稿日期 2000-10-29