

文章编号:1005-6947(2005)08-0599-03

· 临床研究 ·

脾肿瘤 56 例诊治分析

周建平¹, 董明¹, 何怡欣², 李继光¹, 郭克建¹, 田雨霖¹

(1. 中国医科大学附属第一医院 普通外科, 辽宁 沈阳 110001; 2. 沈阳市公安医院 外科, 辽宁 沈阳 110003)

摘要:目的 探讨脾肿瘤的临床特点、诊断方法和治疗经验。方法 回顾性分析 34 年间 56 例经手术治疗并病理证实的脾肿瘤患者的临床资料。结果 良性 39 例, 其中确诊为脾囊肿 25 例, 血管瘤 9 例, 错构瘤 3 例, 血管淋巴管瘤 1 例, 炎性假瘤 1 例, 其中 4 例脾囊肿、1 例脾血管瘤和 1 例脾错构瘤行脾部分切除术, 其余均行脾切除术; 除 5 例失访外预后均良好。原发性恶性肿瘤 12 例, 其中淋巴瘤 2 例, 血管肉瘤 2 例, 网织细胞肉瘤 2 例, 恶性纤维组织细胞瘤 2 例, 平滑肌肉瘤 1 例, 恶性神经鞘瘤 1 例, 肌纤维母细胞瘤 1 例, 未分型 1 例; 其中 1 例行坏死感染引流术, 1 例行脾胰体尾联合切除, 其余均行脾切除或加脾门淋巴结清扫术; 获随访者 8 例中生存 5 年以上者 3 例, 3 年存活 1 例, 4 例手术后 1 年内死亡。脾脏转移癌 5 例, 行脾切除或联合脏器切除术。结论 影像学检查是诊断脾肿瘤的主要方法。脾良性肿瘤主张行脾部分切除术。脾恶性肿瘤应采用以手术为主的综合治疗。

关键词:脾肿瘤/外科学; 脾肿瘤/诊断; 脾切除术

中图分类号: R733.2; R657.6 **文献标识码:** A

Diagnosis and treatment of 56 cases of splenic tumors

ZHOU Jian-ping¹, DONG Ming¹, HE Yi-xin², LI Ji-guang¹, GUO Ke-jian¹,
TIAN Yu-lin¹

(1. Department of Surgery, The First Affiliated Hospital, China Medical University, Shenyang 110001, China; 2. Department of Surgery, Shenyang Police Hospital, Shenyang 110003, China)

Abstract: Objective To study the clinical characteristics and the diagnosis and treatment of splenic tumors. **Methods** The clinical data of 56 cases of splenic tumors which diagnosis were confirmed by surgery and pathology were analyzed retrospectively. **Results** Primary benign masses were found in 39 patients including splenic cyst in 25 patients, hemangioma in 9, hamartoma in 3, lymphangioma in 1, inflammatory pseudotumor in 1. Of the 39 patients with benign tumors, 4 cases of splenic cyst, 1 hemangioma and 1 hamartoma underwent partial splenectomy; other underwent splenectomy; the results of the benign tumors were successful except 5 cases were loss of follow up. Of 12 patients with primary malignant tumors including primary splenic lymphoma in 2, angiosarcoma in 2, reticulum cell sarcoma in 2, malignant fibrous histiocytoma in 2, leiomyosarcoma in 1, malignant neurinoma in 1, myofibroblastoma in 1, and unknown type in 1; of them, 1 underwent necrotic infective tissue debridement and drainage, 1 underwent splenectomy with partial pancreatectomy, other subjected to splenectomy with clearance of lymph nodes; among the followed up 8 cases, 3 survived for > 5 years, 1 for 3 years, 4 for less than 1 year. In addition, metastatic tumors to the spleen were found in 5 patients, splenectomy with or without combined resection of other organs was performed in all 5 patients. **Conclusions** Imaging examination is the main method of diagnosis for splenic tumors. Partial splenectomy is recommended for benign tumors. For malignant splenic tumors, surgery, as the main aspect of combined therapy, is required.

Key words: Splenic Neoplasms/surg; Splenic Neoplasms/diag; Splenectomy

CLC number: R733.2; R657.6 **Document code:** A

收稿日期:2005-01-22; 修订日期:2005-04-12。

作者简介:周建平(1972-),男,辽宁沈阳人,中国医科大学附属第一医院主治医师,主要从事胆道与胰腺外科基础和临床方面的研究。

通讯作者:周建平 电话:13840509519; ZJPhama@yahoo.com。

临床上原发性或转移性脾肿瘤少见。病因尚不清楚,通常认为与脾周循环的特点及其免疫防御功能有关。我院自1970年1月~2004年4月共收治56例经手术和病理证实的脾肿瘤患者。现就其临床特点、诊断和治疗经验报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男28例,女28例;男女比例1:1。年龄21~80(平均43.5)岁。

1.2 临床表现

19例首发症状为左上腹疼痛、不适,13例为左上腹肿块,8例为腹胀,2例为乏力、消瘦,2例乏力伴发热,3例肿瘤破裂伴发急性腹膜炎,3例因其他疾病检查发现,另有12例为体检时发现的无症状性脾肿瘤。

1.3 影像学检查

本组38例行超声检查,其中29例诊断脾占位病变,准确率为76.3%。余9例中2例诊断为左上腹占位病变,2例因肿瘤破裂仅发现脾周液性暗区,3例脾囊肿诊断脾肾之间囊性占位病变,1例诊断为胰尾部囊性占位,1例诊断为胰尾肿瘤侵及脾脏。24例行CT检查,均提示脾脏占位病变,定位诊断准确率达100%。9例血管瘤和3例错构瘤均通过增强CT确诊。超声和CT检查均不能鉴别良恶性。

1.4 治疗方法

12例原发性脾恶性肿瘤中,2例淋巴瘤,2例恶性纤维组织细胞瘤,2例网织细胞肉瘤,1例肌纤维母细胞瘤,均行脾切除术,其中2例淋巴瘤患者术后辅助化疗,其余患者均未行辅助化疗。2例血管瘤中1例行脾切除术,1例因肿瘤自发性破裂行脾切除、腹腔冲洗引流术。1例平滑肌肉瘤行姑息性脾肿瘤切除术,1例脾恶性肿瘤坏死感染行引流术,1例恶性神经鞘瘤行胰体尾脾联合切除术。9例血管瘤中8例行脾切除术,1例行脾部分切除术。3例错构瘤中2例行脾切除术,1例行脾部分切除术。1例脾炎性假瘤行脾切除术。1例血管淋巴管瘤行脾切除术。25例脾囊肿中21例行脾切除术,4例行脾部分切除术。5例转移癌中根据具体情况行脾切除或联合脏器切除术。

2 结果

2.1 病理类型

病理组织学类型见附表。

附表 56例脾肿瘤的病理类型

肿瘤性质	肿瘤病理类型	n (%)	
恶性肿瘤(12例)	淋巴瘤	2(3.6)	
	血管肉瘤	2(3.6)	
	恶性纤维组织细胞瘤	2(3.6)	
	网织细胞肉瘤	2(3.6)	
	平滑肌肉瘤	1(1.8)	
	肌纤维母细胞瘤	1(1.8)	
	恶性神经鞘瘤	1(1.8)	
	未分型	1(1.8)	
	良性肿瘤(39例)	脾囊肿	25(44.6)
		血管瘤	9(16.0)
错构瘤		3(5.4)	
血管淋巴管瘤		1(1.8)	
炎性假瘤		1(1.8)	
转移癌(5例)		5(8.9)	

2.2 结果和预后

脾良性肿瘤39例中除5例失访外,其余均预后良好。12例原发性恶性肿瘤中,4例失访。在随访到的8例病人中,2例脾淋巴瘤生存超过5年未见复发;2例血管肉瘤中行脾切除者术后6个月死于肿瘤肝脏转移,肿瘤破裂者3个月后死于腹腔广泛转移;2例网织细胞肉瘤和1例肌纤维母细胞瘤随访5年未见复发;1例平滑肌肉瘤行姑息性切除者3个月后死于肿瘤复发。5例脾转移癌中,1例为结肠癌术后脾转移并且侵犯脾门、胰尾部,肿瘤多发破裂,仅行肿瘤姑息切除引流术,术后1个月死亡;1例为卵巢癌术后2年脾脏转移,行脾切除术,随访3年未见复发;1例为盲肠癌术后3年脾脏转移行脾切除、膈肌部分切除缝合、横结肠部分切除吻合术,术后6个月再次复发后失访;1例为绒癌术后6个月脑转移、脾转移破裂,行脾切除术,术后半个月死亡;1例为左上腹疼痛4个月,体重下降明显,超声提示脾内弱回声肿块与胸壁及膈肌粘连,行脾切除,术后病理诊断为转移癌,未发现原发灶,术后失访。

3 讨论

原发性脾肿瘤临床少见,患病率低于1%,多数报道为个案或小组病例。李强等^[1]报道43年间共诊治38例原发性脾肿瘤,占同期收治肿瘤患者的0.281%。脾脏转移性肿瘤是指起源于上皮系统的恶性肿瘤,不包括起源于造血系统者。脾转移性肿瘤发生率较淋巴结、肺、肝等脏器为低,可能是由于癌细胞侵入脾脏的机会较少及脾脏对癌转移具有一定的免疫防御能力的缘故。

脾肿瘤的临床病理类型十分复杂,国际尚无统一的分类标准。临床可将脾肿瘤分为原发性和继发性两类。Morgenstern^[2]将原发性脾肿瘤分为4类:(1)类肿瘤病变,包括非寄生虫囊肿和错构瘤;(2)血管源性肿瘤,良性包括血管瘤、淋巴血管瘤、血管内皮细胞瘤和血管外皮细胞瘤,恶性包括血管肉瘤、淋巴肉瘤和血管内皮肉瘤;(3)淋巴源性肿瘤,包括霍奇金病、非霍奇金淋巴瘤、浆细胞瘤、滤泡假性淋巴瘤、局部反应性淋巴组织增生和炎性假瘤;(4)非淋巴源性肿瘤,包括脂肪瘤、血管脂肪瘤、恶性纤维组织细胞瘤、纤维肉瘤、平滑肌肉瘤、恶性畸胎瘤和Kaposi肉瘤。原发性脾良性肿瘤中最常见的是血管瘤,其次为淋巴管瘤和错构瘤。原发性脾恶性肿瘤中最常见的为恶性淋巴瘤,其次为血管肉瘤。

脾囊肿分为真性囊肿和假性囊肿。真性囊肿的囊壁含有不同的细胞成分,包括表皮样细胞、淋巴瘤细胞、血管瘤组织和皮样成分。其中最常见的是表皮样囊肿和上皮样囊肿。假性囊肿的囊壁无内皮细胞覆盖。Margenstern将非寄生虫性脾囊肿归于脾肿瘤的一种。本组脾囊肿25例,其中真性囊肿5例,其他均为假性囊肿。脾囊肿的治疗首选脾切除术,对于局限于脾的某一部分的脾囊肿也可行脾部分切除术。邱云峰等^[3]报道脾囊肿11例,其中6例行脾切除术,5例行半脾或脾部分切除术。本组25例脾囊肿中有4例行脾部分切除术,21例行脾切除术。

脾肿瘤的临床症状和体征均不典型,可表现为左上腹不适、疼痛、左上腹肿物,有时伴有发热。恶性肿瘤往往有消瘦和乏力。部分脾肿瘤因自发性破裂而出现急性腹膜炎的表现。脾脏转移性肿瘤

临床常无特殊症状,或仅表现为原发病症状,或仅在脾脏明显增大时出现左上腹肿块、腹痛或消瘦等征象。超声和CT是常用的影像学诊断方法。本组38例行超声检查,其中29例诊断脾占位病变,诊断准确率为76.3%。24例行CT检查,均提示脾脏占位病变,定位诊断准确率达100%。脾肿瘤的病理类型十分复杂。对于影像检查发现的脾肿瘤,其性质尚需依靠术后病理诊断才能证实。原发性脾肿瘤一经确诊,即应手术治疗。对于脾良性肿瘤,脾切除术是最常用的手术方式,多数良性肿瘤体积较小,很少与周围组织或器官粘连,手术操作并不复杂。鉴于脾脏在免疫系统抗肿瘤、抗感染的生理功能,目前主张如果良性肿瘤局限于脾脏的某一部分,应行脾部分切除术^[4]。邓侠兴等^[5]报道14例脾脏良性肿瘤均行脾切除术。吴福生等^[6]报道了15例脾脏良性肿瘤也均行脾切除术。本组中4例脾囊肿、1例脾血管瘤和1例脾错构瘤行脾部分切除术。原发性脾恶性肿瘤恶性度高,单纯脾切除术治疗效果不佳。对于有区域淋巴结肿大的患者需行淋巴结清扫。侵犯周围脏器者需联合脏器切除。手术后应该采用放疗、化疗等综合措施。脾脏转移癌如果原发灶已经切除且无其他部位的转移,可行脾切除术或联合脏器切除术。

笔者认为,对于良性肿瘤应争取行脾部分切除术以保留脾脏功能,对于原发性脾恶性肿瘤应采取以手术为主的综合治疗。脾转移癌应根据具体情况选择治疗方案。

参考文献:

- [1] 李强,张忠国,张汝鹏,等. 原发性脾肿瘤38例诊治体会[J]. 中华肝胆外科杂志, 2001, 7(6): 329 - 330.
- [2] Morgenstern L, Rosenberg J, Geller SA. Tumors of the spleen [J]. World J Surg, 1985, 9(3): 468 - 476.
- [3] 邱云峰,许世吾,宋兆东,等. 脾囊肿11例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2002, 11(4): 243 - 245.
- [4] 李继光,田雨霖,佟玉兰. 规则性脾脏部分切除术[J]. 中国实用外科杂志, 1996, 16(10): 610 - 611.
- [5] 邓侠兴,杨卫平,陈皓,等. 原发性脾脏良性肿瘤的诊治[J]. 中国普通外科杂志, 2004, 13(9): 718 - 719.
- [6] 吴福生,董秀志,滕理送,等. 脾脏占位性病变[J]. 中国普通外科杂志, 2002, 11(9): 535 - 538.