

食管小细胞未分化癌的影像诊断与临床 (附3例报告及文献复习)

张彬 朱剑 万洁 陈宪

【中图分类号】R735.1, R730.44 【文献标识码】B 【文章编号】1000-0313(2000)04-0299-02

原发性食管小细胞未分化癌少见,文献报道中占食管肿瘤的1.1%^[1]。本文收集我院经病理证实的3例食管小细胞未分化癌,对其影像学表现及临床特点作一探讨,并复习文献加以分析:

病例资料

例1,男,58岁,进食梗阻半月,因仅能进半流质食物就诊。食管钡餐:胸中段食管长约6.0cm粘膜中断,破坏,伴偏心性充盈缺损,病变段食管管腔扩大。X线诊断为胸中段腔内型食管癌(图1)。食管镜检见距门齿28cm处右后壁一长棒形菜花状新生物,表面大量坏死物,质脆、易出血,边界不清,术后病理:小细胞未分化癌(图2)。

例2,女,60岁,进食梗阻4月。食管钡餐:胸中段食管长约8.0cm粘膜中断,破坏,偏心性充盈缺损内伴长条形龛影,右侧壁僵硬,龛影与左侧前壁间存在一粗细不均的透亮带。X线诊断为胸中段溃疡型食管癌(图3)。食管镜:距门齿25cm处管腔狭窄,其右后壁一菜花状新生物,表面糜烂伴溃疡形成,质脆,易出血。活检为食管小细胞未分化癌。CT像示纵隔淋巴结肿大(图4)。

例3,男,63岁,胸痛半年,声嘶月余,外院MRI示中纵隔多发实质性肿块,以纵隔淋巴瘤转入我院。B超示肝左叶转移瘤。食管吞钡:气管分叉平面向下食管长约6.0cm粘膜中断破坏,壁僵硬,伴不规则充盈缺损。X线诊断为胸中段髓质型食管癌(图5)。锁骨上淋巴结活检:转移性小细胞未分化癌。CT及胸片示两肺转移瘤及纵隔淋巴结转移。

讨论

食管原发小细胞未分化癌少见,临床表现与常见的鳞癌和腺癌相似,多发生于中老年人。文献报道^[2]30例食管小细胞未分化癌中25例在50岁以上,男女之比约3:1,发生部位多在中下段。本组3例均在55

岁以上,发生部位多在中下段。关于食管小细胞未分化癌的组织发生问题至今尚未统一,有人认为来源于体内各器官的神经内分泌细胞,即所谓APUD细胞。也有人认为来自多向分化能力的全能干细胞。在受到致癌因素的刺激后,由于内环境的不同,大部分形成鳞癌,小部分形成腺癌,极少部分保持小细胞形态,形成具有神经内分泌颗粒的燕麦细胞癌和缺乏此颗粒的储备细胞癌^[3]。电镜下于部分瘤细胞胞浆中见到膜包绕的电子密度高的神经分泌颗粒,呈圆形或椭圆型,边界清楚,直径60~200nm。不同瘤细胞数量不一。免疫组化方面,EMA, Keratin, NSE, S-100蛋白均不同程度增高。EMA和Keratin阳性主要定位于胞膜和胞头,不论中等大细胞或小细胞,均有片状或散在阳性,但以中等大细胞阳性为多。NSE阳性不仅见于瘤细胞胞浆,而且多见于小细胞内^[4]。以上情况提示食管小细胞未分化癌具有双向(上皮和神经内分泌性)分化的潜能。根据光镜所见,将其分为三型:①单纯小细胞型;②中等大细胞型;③混合细胞型。食管小细胞未分化癌的生物特点与肺的小细胞未分化癌相似,同样表现为生长快,恶性度高,因而就诊时多已发生淋巴结转移,且术后迅速恶化。周纯武等手术病理发现25例中68%有淋巴结转移。本组3例中2例就诊时已有淋巴结转移,其中1例伴两肺及肝脏转移,支持上述观点。

食管小细胞未分化癌的诊断依靠病理,其临床分期及鉴别诊断与常见的鳞癌、腺癌相同。其治疗方法与病变长度,对纵隔的累及情况,有无淋巴结及其它脏器转移直接相关。近年来随着对小细胞癌的深入探讨及食管外科的发展,多倾向于以外科手术为主的系统治疗措施。对于在确诊时已有淋巴结转移,但全身情况尚好者,亦应以手术为主。术后全身化疗加局部放疗。葛孝忠等认为术前常规作CT及腹部B超或CT检查^[5],以了解食管癌轴向范围蔓延及肿瘤对纵隔的侵犯和淋巴结转移情况,尤其是肿瘤与胸主动脉的关系,以及腹腔有无淋巴结转移,有助于确定手术适应症。

食管小细胞未分化癌的X线表现分型与常见的食管鳞癌、腺癌相同。食管钡餐检查多数表现为粘膜

作者单位:430079 湖北省肿瘤医院放射科
作者简介:张彬(1968~),男,湖北宜昌人,主治医师,主要从事胸部肿瘤的影像诊断及介入治疗。

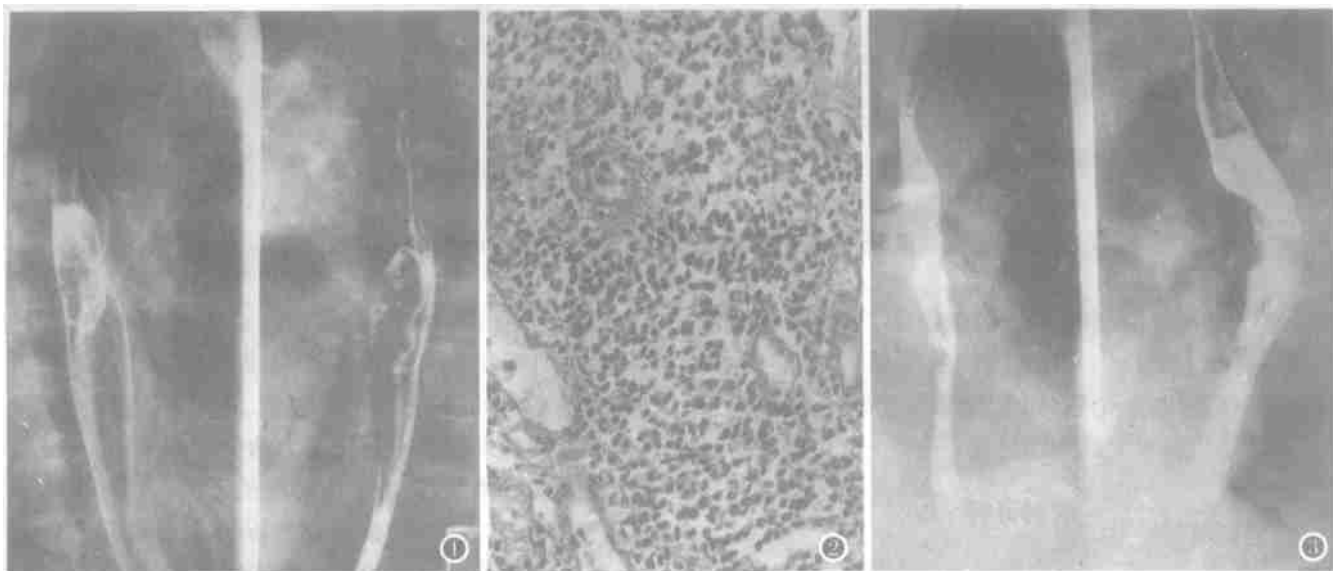
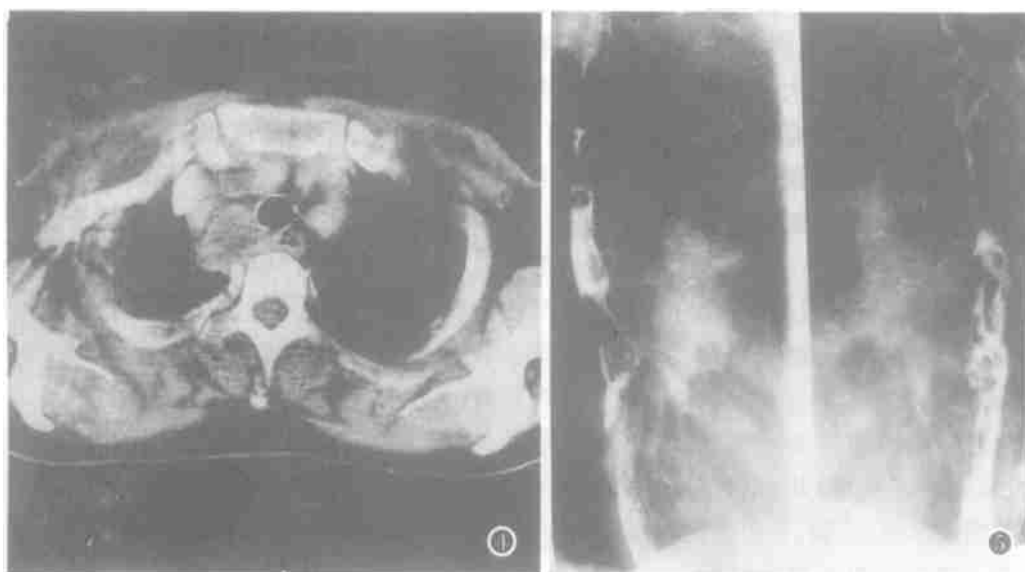


图 1 胸中段腔内型食管癌。胸中段食管长约 6.0cm 粘膜中断,破坏,伴偏心性充盈缺损,病变段食管管腔扩大。图 2 食管小细胞未分化癌。镜下癌细胞体积很小,细胞质很少,核异形性大,多为圆形、卵圆形等。细胞核染色极深,核仁不清,核分裂相不易辨别,癌组织缺乏间质。图 3 胸中段溃疡型食管癌。胸中段食管长约 8.0cm 粘膜中断,破坏,偏心性充盈缺损内伴



长条形充盈影,右侧壁僵硬,充盈影与左侧前壁间存在一粗细不均的透亮带。图 4 右上纵隔气管旁淋巴结肿大,脂肪间隙清楚。图 5 胸中段髓质型食管癌。气管分叉平面以下食管长约 6.0cm 粘膜中断破坏,壁僵硬,伴不规则充盈缺损。

破坏,充盈缺损,管腔狭窄,管壁僵硬。少数呈溃疡型表现,最后需病理确诊。纤维内窥镜镜检查是重要手段,许金良等 21 例中 16 例术前靠内窥镜活检确诊,5 例作食管拉网检查发现癌细胞^[6]。CT 扫描,特别是螺旋 CT 和 MR 三维成像技术的发展,对了解食管癌的轴向范围及肿瘤对纵隔的侵犯和淋巴结转移情况,以及其它部位有无转移提供了更多更可靠的影像学资料,有助于临床分期和掌握手术适应症。由于小细胞未分化癌易复发、易转移的生物学特点,应在手术后和放、化疗过程中及其以后,定期复查,时间不易太长。钡餐检查对观察食管癌放、化疗过程中的演变及术后复发作用明显,CT、MR 在判定术后复发及远隔转移亦很重要。因此,对食管小细胞未分化癌应合理恰当的应用

影像检查手段。

参考文献

- Nichols GL, Kelsen DP. Small cell carcinoma of the esophagus: The Memorial Hospital experience, 1970 to 1980 [J]. Cancer, 1989, 64: 1531-1533.
- 周纯武, 王涛, 王正颜. 食管小细胞未分化癌的临床 X 线表现 (附 30 例分析) [J]. 临床放射学杂志, 1996, 15: 101-103.
- 杜百廉. 食管癌 [M]. 北京: 中国科学技术出版社, 1994. 209-201.
- 刘艳辉, 李竟贤, 刘复生. 食管小细胞未分化癌的临床病理分析及免疫组化研究 (附 22 例报告) [J]. 中华肿瘤杂志, 1991, 13: 123-125.
- 葛孝忠, 叶玉坤, 邵冲, 等. 11 例食管小细胞未分化癌的外科治疗 [J]. 中华外科杂志, 1991, 29: 753-754.
- 许金良, 高宗人, 卫功铨, 等. 原发性食管燕麦细胞癌 (附 21 例报告) [J]. 癌症, 1991, 10: 325-327.

(2000-02-17 收稿)