

# 食管癌术后复发的X线表现及其原因分析

张建伟 李辛 刘海泉 郭 肖 金成

**【摘要】** 目的:探讨食管癌术后复发的X线表现特点,并分析其原因。方法:经X线钡餐造影诊断为食管癌术后复发病例共45例,分析其X线表现特点;查阅病历,了解切除范围,探讨术后复发的原因。结果:吻合口复发34例,在钡餐造影片上表现为吻合口壁毛糙、僵硬,粘膜破坏,吻合口狭窄;胸胃复发11例,在X线片上表现出外压改变,或充盈缺损,粘膜破坏。结论:X线钡餐造影是诊断食管癌术后复发的重要手段之一。适当扩大手术切除范围可能是减少食管癌术后复发的较好办法。

**【关键词】** 食管癌 手术 复发 X线

**【中图分类号】** R735.1, R814 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2000)05-0350-02

**The radiologic characteristics and analysis of postoperative recurrence of esophageal cancer** Zhang Jianwei, Li Xin, Liu Haiquan, et al. Department of Radiology, He'nan Tumor Hospital, Zhengzhou 450008

**【Abstract】 Objective:** To investigate the radiologic characteristics and the cause of recurrence of esophageal cancer after operation (RECAO). **Methods:** Radiologic characteristics and clinical materials in 45 cases diagnosed as RECAO were retrospectively reviewed. **Results:** There were 34 cases of anastomotic recurrence, the radiologic signs on barium meal radiograph were roughness, stiffness, destruction of the mucosa and stricture of anastomosis. There were 13 cases of recurrence on thoracic stomach, barium meal presented compression of the thoracic stomach, filling defect, or destruction of mucosa. **Conclusion:** Barium meal is one of the important methods in diagnosing RECAO. More extensive resection is probably a better way to reduce RECAO.

**【Key words】** Esophageal cancer Operation Recurrence X-ray

食管癌是一种常见的恶性肿瘤,关于食管癌术后复发,尤其是胸胃复发的X线表现特点的报道尚不多见,本文通过对45例食管癌术后复发病例的X线表现特点进行分析,并对其原因进行探讨。

## 材料与方法

本组病人共45例,男29例,女16例,年龄45~69岁,全部病例均经X线钡餐造影发现,其中36例经胃镜证实,14例CT示纵隔肿块,发现复发时间距手术时间3个月~1年半不等。通过查阅病历及手术记录,了解手术切除范围,对复发的原因作出分析。

## 结 果

吻合口复发者34例,占本组病例的75.6%,其中切缘残存癌细胞者25例,占吻合口复发的73.5%。吻合口复发的X线表现为:①吻合口壁毛糙、僵硬,吻合口狭窄,钡剂通过不顺,共3例;②吻合口周围粘膜增粗,紊乱以至破坏、中断,病变范围向残段食管及胸胃内扩展,亦可出现充盈缺损,共5例;③其余26例表现以上两类征象(图1)。

胸胃复发者11例,其中癌床复发8例,其它部位

复发3例。在X线钡餐造影片上,随着时间的推移,肿块压迫胸胃壁,受压部分呈弧形,边界清晰(图2);肿块也可穿破粘膜层,突入胸胃内,出现充盈缺损,及龛影,粘膜破坏、中断,局部胃壁僵硬(图3,4)等胃癌的X线表现特点。此类复发的X线表现多随着时间的推移,相继出现。

## 讨 论

1. 关于吻合口的复发,切缘残存癌细胞者25例,占吻合口复发病例的73.5%,所占比例较高。通过查阅病历,发现切缘距癌肿越近,切缘残存癌细胞的比例越大<sup>[1,3]</sup>,复发率越高;若切除长度不足可导致局部复发,复发常在吻合口处;同时,由于食管癌细胞可通过固有膜或粘膜下层淋巴管浸润、播散,此种播散呈现出跳跃式<sup>[2]</sup>;因此,切缘癌细胞呈阴性,也有复发的可能。复发时,癌细胞侵及粘膜,就表现出粘膜增粗、紊乱,以至破坏中断;侵犯肌层时,就表现出吻合口壁毛糙、僵硬,吻合口狭窄。此类狭窄,病变范围长,可侵入残段食管,累及粘膜,出现充盈缺损,狭窄呈现出不对称性(图1),有别于病变范围短,吻合口壁光整,粘膜清晰、连续的单纯吻合口狭窄。因此,食管全长切除是预防食管癌术后复发的较好办法,也符合肿瘤彻底切除的原则<sup>[1,3]</sup>。

作者单位: 450008 河南省肿瘤医院放射科  
作者简介: 张建伟(1970~),男,河南杞县人,主治医师,从事放射诊断、介入肿瘤的研究

2. 胸胃复发, 在 11 例病人中, 3 例侵及食管全层, 6 例侵及周围组织, 2 例侵及肌层; 共清扫淋巴结 167 枚, 其中阳性者 109 枚, 阳性率为 65. 3%。病例 1: 男性, 年龄 47 岁, 病理显示肿瘤侵及周围组织, 淋巴结 9/ 14。术后 6 月余, 钡餐造影发现胸胃外压改变, 经 CT 检查发现纵隔肿块。病例 2: 女, 年龄 50 岁, 肿瘤侵及周围组织, 淋巴结 13/ 17。术后 4 月余, 钡餐造影发现胸胃有充盈缺损及粘膜破坏, 经内镜及病理证实为术后复发。由于传统 X 线的局限性, 复发早期, 肿块较小, 对胸胃壁未形成外压, 或压迹较小, X 线钡餐造影不易发现, 此时 CT 检查是对 X 线钡餐造影的较好补充。由于食管癌手术时, 迷走神经离断, 胸胃张力低下, 易产生外压改变; 随着肿块的生长, 肿块压迫胸胃壁, 在钡餐造影片上胸胃就出现弧形外压改变(图 2, 3)。此类外压, 有别于其它纵隔器官、病变对胸胃的外压。纵隔其它器官(如主动脉弓、主支气管等)对胸胃的外压, 仅有弧形压迹, 边界清晰, 光整; 不侵入胃粘膜及肌层, 不随时间推移而发生改变; 且有其解剖基础。纵隔病变(如纵隔肿瘤)对胸胃的压迫虽可随时间推移而压迹增大, 但也不侵犯粘膜。通过对病人的追踪观察, 食管癌术后复发对胸胃的压迹随着肿块生长, 向胸胃内突破,

就可造成充盈缺损、粘膜破坏、中断、胃壁僵硬不整(图 4); 食管癌细胞为何对胃粘膜有如此“亲和力”, 此机理尚不清楚, 此种粘膜改变是否为食管癌术后复发的特征性改变, 有待进一步研究。因此对于胸胃的异常外压, 要特别提高警惕, 反复追踪观察, 必要时作 CT 检查。通过分析, 作者认为: 由于食管无浆膜层, 肿瘤累及食管全层后, 常直接浸润周围组织<sup>[2]</sup>; 手术中部分周围组织未被彻底清除, 其残存癌细胞逐步生长, 形成肿块, 从而出现一系列的 X 线表现(图 2~ 4)。这也是癌床复发的最主要原因。在食管癌手术时, 尽可能切除肿瘤周围的脂肪结缔组织, 并注意无癌技术, 是减少癌床复发的关键所在<sup>[4]</sup>。同时, 由于食管癌淋巴结的转移可呈现出跳跃式<sup>[5, 6]</sup>因此, 除癌床易复发外, 其它部位也有复发的可能。在手术时对区域淋巴结的清除, 也是减少食管癌术后复发的有效办法。

### 结 论

钡餐造影是诊断食管癌术后复发的一种经济、实用的方法, 放射科医师对于有食管癌手术史者要引起重视。胸腔胃异常受压是诊断食管癌术后复发的重要依据。对可疑者应及时作 CT 检查, 以便及早发现, 及

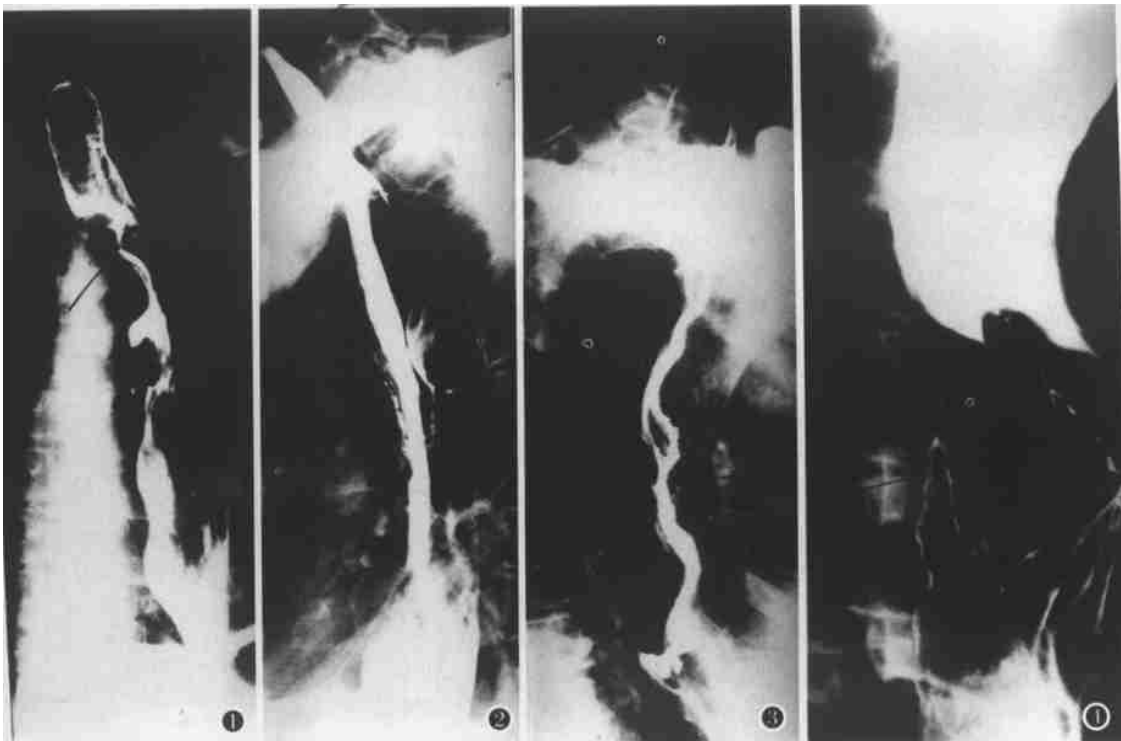


图1 食管癌术后6月余。吻合口狭窄, 吻合口壁僵硬、毛糙, 病变向残段食管扩展。 图2 食管癌术后4月余。胸胃出现外压改变, 边缘清晰、规则。经CT证实为纵隔肿块。 图3 与图2为同一病人, 2月后复查。外压更加明显, 胸胃内示肿块影, 粘膜增粗、紊乱, 局部胃壁僵硬。 图4 食管癌术后1年余。胸胃内示直径约 5.0cm 充盈缺损, 粘膜破坏, 胃壁僵硬。

时就诊。在手术治疗食管癌时,应对食管行全长切除,并尽可能扩大清扫范围及注意对区域淋巴结的清扫,以减少食管癌术后复发。

#### 参考文献

- 1 邵令方,高宗人,卫功铨,等.食管癌和贲门癌外科治疗进展—9107例资料分析[J].中华胸心血管外科杂志,1994,10(1):41.
- 2 陈灏珠主编,内科学[M].人民卫生出版社,1997.341.

- 3 张三申,曹景峰,魏林生,等.食管癌切除适宜长度的探讨[J].中华外科杂志,1994,32(15):281.
- 4 邵令方,李章才,王明福,等.食管癌和贲门癌6123例外科治疗的结果分析[J].中华外科杂志,1987,25:452.
- 5 曹福生,王立新,周文华,等.食管癌219例根治性切除的淋巴结转移规律[J].中国癌症杂志,1999,9(2):88.
- 6 Sanohe Y, Hiratsuka R, Doki K, et al. Lymph node metastases in cancer of the thoracic esophageal, Am J Surg, 1981, 141: 216.

(2000-04-17 收稿)

## 颅内脂肪瘤致视力障碍一例

朱大光

【中图分类号】R739.41 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2000)05-0352-01

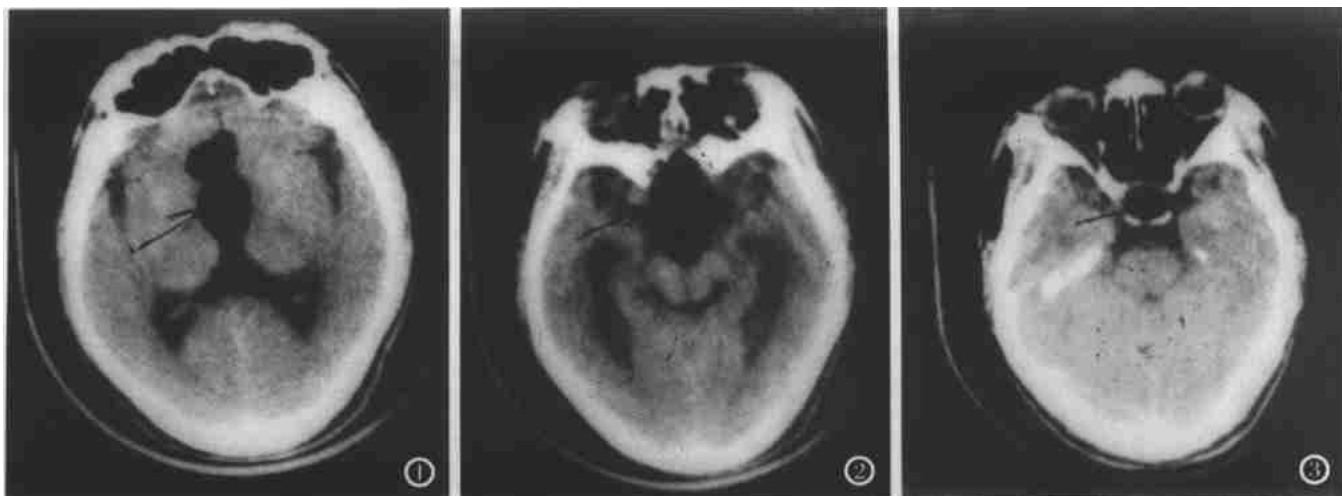


图1,2 三脑室前方胼胝体膝部跨中线见一类“8”字形低密度灶。CT值-60HU,向上累及鞍上池。

图3 鞍窝球形扩张,内见脂肪样低密度影。

颅内脂肪瘤是一种罕见的颅内肿瘤,而引起视力障碍的颅内脂肪瘤更是鲜见报道。现将我们遇到经CT、手术及病理证实的1例报告如下。

患者 男,28岁。因双眼视物模糊3年,近半年双眼视力下降,伴头痛、头晕等,于1999年3月28号入院。入院前无外伤或手术史。体检:神志清,心、肺、肝等未见异常。眼科检查:右眼视力0.4,左眼0.45,眼压指测正常,双眼外眼及眼前段正常。双眼底视盘轮廓模糊不清,生理凹陷消失,呈囊状,向前隆起约3D,视盘表面毛细血管扩张,中央静脉迂曲扩张,动、静脉之比1:3,视盘周围视网膜水肿明显,呈灰白色,无出血和渗出,黄斑中心窝反光存在。双眼周围视野向心性缩小 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$ ,双眼中心视野生理盲点扩大。

CT检查:三脑室前方,胼胝体膝部跨中线见一类“8”字形低密度病灶,大小约 $4.0\text{cm} \times 4.8\text{cm} \times 2.5\text{cm}$ ,密度均匀,边缘光滑锐利。CT值-60HU,向上累及蝶鞍,鞍窝球形扩张,鞍上池及鞍窝内均见低密度影,两侧脑室前角略受压(图1,2,3)。增

强扫描病灶无强化。印象诊断:胼胝体膝部脂肪瘤。

手术及病理:手术经额上入路,沿纵裂进入约2cm见一瘤组织,包膜菲薄,切开包膜,外观呈黄色,质软,分块切开,肿瘤全切约 $4.0\text{cm} \times 5\text{cm} \times 3\text{cm}$ 。病理诊断:脂肪瘤。

术后病人3月后视力有所好转,半年后双眼视力均1.0以上。

讨论 文献报道本病的发生率占颅内肿瘤的0.34%~0.46%<sup>[1]</sup>。发病机理目前尚不清楚。从组织发育上讲,该肿瘤不是新生物,为颅内间叶组织发育障碍致一种错构瘤,该瘤以中线多见,多数以30岁以下年轻人。它可以发生大脑底部、大脑外侧裂池、脑干、小脑、各颅神经根部、侧脑室脉络、中脑背侧及胼胝体。以胼胝体为好发部位。本文报道1例就发病于胼胝体膝部,且肿瘤较大,累及视交叉,故引起视力障碍。文献报道该瘤体积较小<sup>[2]</sup>,本例与文献报道不相符。由颅内脂肪瘤引起视力障碍国内文献尚未见报道。

#### 参考文献

- 1 梁玉敏综述.颅内脂肪瘤[J].国外医学神经病学神经外科学分册,1992(3):124.
- 2 沈天真,等.中枢神经系统CT和MRI[M].上海医科大学出版社,1992.231.

(2000-03-02 收稿)

作者单位: 476600 河南永城市人民医院 CT室  
作者简介: 朱大光(1972~),男,河南永城人,主治医师,从事头颅CT诊断及研究