

■ 技术·思维

血管肉瘤的治疗现状和未来方向(上)

□田志超

血管肉瘤是一种罕见的软组织肉瘤亚型,被认为起源于血管或淋巴管内皮细胞。血管肉瘤占有肉瘤的比例不到1%。每年,每100万人中只有2~3例新发病例。但是,血管肉瘤侵袭性强,患者总体预后差,中位总体生存期为30~50个月,5年生存率为10%~50%。血管肉瘤的罕见性和遗传异质性使其难以进入大型临床试验,所以建立对这种肉瘤的治疗指南以及开发新的治疗方法一直具有挑战性。

虽然大多数血管肉瘤病例是自发的,但医学界已经确定了几个危险因素。

这些危险因素包括:接触有毒物质(氯乙烯、二氧化钍、砷、合成代谢类固醇等)、先前的放射治疗、手术或放射治疗后出现的慢性淋巴水肿,以及若干遗传综合征等。

血管肉瘤可发生于身体任何部位,但约60%发生于皮肤或浅表软组织,其余发生于较深的间充质组织或脏器。其最常见的发病部位包括头部、颈部、胸部、内脏和四肢,并可进一步细分为原发性血管肉瘤和继发性血管肉瘤。

皮肤血管肉瘤最常见于老年患者的头部和颈部,这可能与高日照有关。放射相关血管肉瘤已在接受大范围霍奇金淋巴瘤放疗的患者中被发现,而且越来越多的乳腺癌患者治疗后会再次罹患血管肉瘤,这可能是由于放疗是乳腺癌保乳治疗的一部分。放疗与血管肉瘤发展之间的中位间隔为7年。

由于早期皮肤血管肉瘤常见的紫色丘疹性病变与血管瘤相似,且初期生长可能具有潜在的危险性,因此诊断延迟导致了治疗困难。

外科广泛切除是治疗未转移血管肉瘤的主要方法,但在某些部位具有很大挑战性,如头部、颈部。此外,血管肉瘤浸润性强,常在原发灶外未发现卫星病灶,难以获得阴性手术切缘,导致局部复发频繁。

与大多数软组织肉瘤不同的是,组织学分级作为血管肉瘤预后因素的可靠性较低。为了提高这些具有挑战性的疾病的治疗效果,应该考虑采用包括放疗和全身化疗以及手术在内的多种治疗方法。

未转移且可切除的血管肉瘤的治疗

虽然局部可切除的血管肉瘤的唯一治疗方式是手术切除,但根据一些回顾性研究,添加放疗可能会提高局部控制率和患者生存率。

在一份67例血管肉瘤患者的报告中,在手术后加入放疗后,局部控制率和PFS(无进展生存期)明显改善,但没有生存益处。

在另一个48例头颈部血管肉瘤患者的回顾性分析中,患者手术加放疗的2年生存率是45.8%,那些仅接受手术或放疗治疗的患者2年生存率是11.1%,手术和放疗均未接受的患者的2年生存率

是0%。

相比之下,在另一组72例单一机构治疗的血管肉瘤患者中,43例患者在诊断时接受了手术治疗。与只接受放疗或化疗的患者相比,接受手术治疗的患者生存率更高。

在另一组69例局限性血管肉瘤患者中,19%的患者曾接受过乳房放疗。大多数这类患者接受了乳房切除术,没有再次进行放疗。与非放射相关的血管肉瘤相比,RFS(无复发生存期)无差异,中位RFS为37个月。

总的来说,由于在选择单独手术患

者和辅助治疗患者时,存在固有的选择偏见,因此很难解释回顾性数据。无论如何,对于局限性血管肉瘤,治疗标准仍然是明确的。手术切除加上放射治疗可能至少会给局部控制带来一些好处,尤其是在手术范围较窄的情况下。虽然没有确切的数据支持辅助化疗后无复发生存率的改善,但是考虑到晚期或转移性血管肉瘤患者化疗后的显著反应,新辅助治疗可能被认为是不可切除的血管肉瘤患者的一种手术选择。这需要进一步的前瞻性试验来了解辅助治疗策略的任何长期潜在益处。

转移性血管肉瘤患者的治疗

由于血管肉瘤具有高侵袭性特征,20%~30%的患者会出现转移性疾病,约50%的局限性疾病患者会在较晚的时间发生转移。虽然对于转移性血管肉瘤的

全身化疗还没有确定的治疗标准,但有几种活性细胞毒性和靶向治疗方案非常有效。

总的来说,转移性血管肉瘤治愈的

可能性极小,而且往往是致命的。进一步的研究需要确定明确的遗传或临床生物标志物,以帮助进一步确定血管肉瘤患者的个体化最佳治疗方法。

验有限,但在一些小型研究中已取得了良好的结果。在6例接受PLD治疗的血管肉瘤患者的回顾性研究中,有3例患者获得部分反应(PR),2例患者疾病稳定(SD)。

在一项研究中,21名患者接受了PLD治疗,总有效率(ORR)为33%。最后,在对血管肉瘤患者14年的回顾性分析中,11例PLD治疗的患者显示中位PFS为4.2个月。

因此,PLD可能是一种合理的策略,特别是对于不能耐受阿霉素更强毒性的血管肉瘤患者。

(未完待续)

(作者供职于河南省肿瘤医院)

一、多柔比星

目前,以多柔比星为基础的治疗方案被认为是高级别软组织肉瘤的一线治疗方案。

最近,对11个前瞻性EORTC(欧洲癌症治疗研究组织)临床试验的一线多柔比星保留方案的血管肉瘤患者进行的合并分析显示,与其他肉类组织学结果相似。

在纳入分析的2665例患者中,108例患者发生了血管肉瘤,其反应率(RR)为25%(27/108),而其余肉瘤患者的反应率为21%。血管肉瘤患者中位生存期为4.9个月,而其他肉瘤患者中位PFS为4.3个月。血管肉瘤患者的总生

存期(OS)为9.9个月,其他肉瘤患者OS为12.0个月。血管肉瘤患者的1年生存率仅为41%,而其他肉瘤患者的1年生存率为50%。

重要的是,与单剂多柔比星相比,多柔比星和异环磷酸胺联合使用可改善PFS。同样,单因素分析表明,与单剂多柔比星相比,阿霉素和异环磷酸胺与改善OS相关。

聚乙二醇脂质体阿霉素(PLD)与传统阿霉素相比具有较低的毒性,在某些肉瘤的治疗中是一种很有吸引力的选择。

PLD在血管肉瘤的治疗中的应用经

双侧腔镜除肿瘤,一次手术解决两个问题

□王秋红 文/图

几周前,林先生感觉有点儿胸痛。由于没有其他症状,他就没有在意,但医院的检查结果让他有些心惊:左右胸腔内各发现一个肿瘤。为此,他找到了郑州市第三人民医院胸部外科副主任医师苗旺。

苗旺在完善检查后发现,林先生右侧胸腔后纵隔和左侧肺部各有一个直径约5厘米的肿瘤,其中右侧后纵隔肿瘤考虑为神经源性肿瘤,左侧肺部肿瘤考虑可能为炎症引起的肿瘤或者恶性肿瘤,但无论如何都需要进行手术治疗。

在通常情况下,林先生应当先接受消炎

治疗,等待左侧肿瘤周围炎症控制后再进行手术。但是,抗炎治疗需要一定的时间,在此期间,右侧良性肿瘤继续生长,势必会压迫到周围器官,引起健康风险。

综合考虑后,苗旺提出进行同步双侧胸腔镜手术,一次手术切除左右胸腔的两个肿瘤。

在进行术前分析时,苗旺指出,右侧肿瘤属于良性肿瘤,切除难度较小,但左侧肿瘤和胸壁结构粘连十分紧密,在切除时一方面难以剥离,另一方面稍有不慎就可能造成炎症的扩散,引起严重后果。因此,要先

进行右侧腔镜手术切除后纵隔肿瘤,再进行左侧胸腔镜手术。

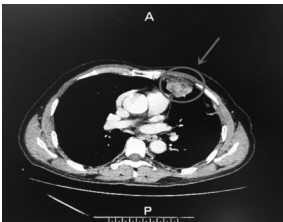
在手术中,苗旺应用胸腔镜顺利切除了右侧纵隔肿瘤和左侧肺肿瘤。

手术顺利完成后,林先生的胸腔上只留下了小孔的痕迹。

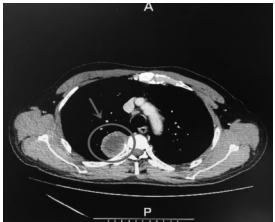
据苗旺介绍,胸腔镜微创手术能够尽可能减少对患者的创伤。随着技术的日益成熟,双侧同时进行胸腔镜手术,不仅能够让患者免去分次手术的麻烦、缩短住院治疗时

间,还能够减轻患者的经济负担,让患者早日恢复健康。

(作者供职于郑州市第三人民医院)



左侧肿物



右侧肿物

结核病防治论坛之四十九

河南省疾病预防控制中心结核病预防控制所 王侃

结核病一年四季均可发病,15~35岁的人群是该病的高发人群,其潜伏期为4~8周,其中80%发生在肺部,其他部位(如颈淋巴结、脑膜、腹膜、肠、皮肤、骨骼等)也可继发感染。

该病主要经呼吸道传播,传染源是接触排菌的肺结核患者。

那么,成功治疗肺结核的关键是什么呢?

关键把握两点:一是选择合理的化疗方案,二是坚持规律的全疗程治疗。

标准短程化疗几乎可以治愈所有新发现的肺结核患者

结核病是一种病因明确、治有办法的疾病。抗结核药物具有杀菌、灭菌或抑菌作用,通过化疗直接进行抗菌治疗效果显著。新发现且过去从未接受过抗结核化疗的肺结核患者,其体内的结核杆菌对药物呈敏感状态,应用化疗药物更能充分发挥作用。

根据世界各地不同国家的上万例肺结核患者(包括我国的大量患者)治

疗结果分析,一般新发现(初次治疗)痰菌阳性患者,完成规定疗程后,95%以上可以达到痰菌阴转且治愈,2年复发率不超过2%。因此,我们可以认为“标准短程化疗可治愈几乎所有新发现的肺结核患者”。

患者接受直接面视下短程化疗管理是最佳选择

直接面视下短程化疗(DOTS)是一种现代治疗和管理肺结核患者的有

效方法。

直接面视下短程化疗的具体做法是在全疗程化疗期间(一般为6~8个月),患者每一剂抗结核药物均在医务人员面视下服用。

直接面视下短程化疗可以保证患者在不住院条件下得到规律的全疗程治疗,不但能提高治愈率,也能防止结核杆菌产生耐药性,减少复发机会,从而阻断结核病的传播。

因此,对于肺结核患者,接受直接面视下短程化疗治疗是最佳选择。

成功治疗肺结核的关键是什么

结核病防治论坛



开展“终结结核”行动

共建共享



本栏目由河南省疾病预防控制中心主办