

进一步提高脊柱肿瘤的诊治水平

胡云洲, 曾建成

(四川大学华西医院骨科 610041 成都市)

中图分类号: R738.1 文献标识码: C 文章编号: 1004-406X(2008)-06-0405-02

1 努力提高对脊柱肿瘤的诊断技能

对脊柱肿瘤的诊断是每个骨科医生都必须掌握的最基本技能, 准确的诊断是手术治疗的前提, 想方设法明确诊断是我们的首要任务。手术治疗虽然是重要手段, 但不是所有的脊柱肿瘤都必须手术, 即使要手术, 诊断不同, 手术方式、方法也不一样, 不能先手术, 后诊断。我们应根据患者的症状、体征、必要的化验, 结合影像学检查, 提出临床诊断与鉴别诊断, 最后经病理检查证实, 成为最后诊断。影像科要参考患者的临床表现; 病理科不但要看患者的临床表现, 还要看影像学的各种照片, 做到临床、影像、病理三者结合。有些脊柱肿瘤的诊断确有一定困难, 应提倡多科会诊, 包括院外及远程会诊, 国内有条件的大医院应设骨肿瘤病理会诊专家, 对某些病例一个医院、一个科室或一位医生作出诊断, 可能会片面。笔者曾遇 1 例被某大医院诊断为转移瘤的患者, 5 年后随访时还奇迹般生存, 找来原病理切片复查并会诊, 发现原诊断有误。

病理检查是脊柱肿瘤诊断和治疗的依据, 无论穿刺活检还是切开活检, 都要充分利用大体观察、HE 染色、特殊染色、组织化学染色和免疫组织化学染色, 将病理组织学观察与免疫组化、分子病理技术相结合, 使用有力的鉴别诊断方法, 并结合临床表现与影像学检查来提高病理诊断的准确性。同时骨科医生要全面综合分析各种检查结果, 使病理报告能解释患者的病情。对某些肿瘤患者应加强随访, 动态观察, 提高诊断水平, 才能有效减少或避免误诊错治。

2 严格掌握手术适应证, 恰当综合治疗

任何手术都具有其相应的适应证, 脊柱肿瘤也不例外。不管手术大小, 均应严格掌握其适应证。以全脊椎切除术为例, 笔者认为全脊椎切除术适用于一个脊椎的椎体和椎弓均受累的原发性脊柱恶性肿瘤和中间性骨巨细胞瘤(Tomita 分型的 3~6 型, WBB 分期的 4~9 区伴 1~3 和/或 10~12 区受累)。对于脊柱转移瘤, 均是肿瘤晚期, 首先要全面检查, 进行系统的全身评估, 弄清楚是多发转移还是单发转移, 原发灶是否根治或可根治, 重要脏器是否有转移, 全身情况和各器官的功能能否承受大手术等。脊柱转移瘤多数是多发性转移, 对于少数椎体和椎弓均受累的单发转移瘤, 假若原发灶已根治切除或还可根治切除, 重要器官无转移, 肿瘤未侵袭硬膜囊或大动、静脉, 身体条件能承受大手术创伤, 预期存活时间超过 6 个月, 有脊髓压迫症状或脊柱不稳定引起非手术疗法难以控制的背部疼痛者, 才是全脊椎切除的手术适应证。

单发转移瘤多数病灶是在椎体或椎弓, 或椎体伴一侧椎弓根, 可分别作肿瘤椎体切除或肿瘤椎弓切除, 或椎体连同一侧椎弓根切除。全脊椎切除仍以囊内切除为主, 强调整块(en bloc)的概念, 实际上还是只能分椎弓切除与椎体切除两步完成。据笔者所知, 椎体骨巨细胞瘤侵犯一侧椎弓根时, 行椎体连同一侧椎弓根切除与全脊椎切除相比, 应该说后者切除更彻底, 但后者中仍有术后 1 年多就复发的病例, 究其原因是多方面的, 从手术操作分析, 当肿瘤侵犯椎弓根时, 进行椎弓根截骨也是一种囊内操作, 难以避免肿瘤细胞的污染; 另外当肿瘤侵入椎管或椎体外组织时, 最大限度也只能做到肿瘤边缘切除, 目前

第一作者简介: 男(1937-), 教授, 主任医师, 研究方向: 脊柱肿瘤

电话: (028)87347386 E-mail: hyz1188@163.com

还不能准确确定广泛切除的边界。所以我们在注意肿瘤细胞残留的同时,更要注意肿瘤细胞的污染。肿瘤细胞只要有残留就一定再生复发,如果肿瘤切除边缘恰当,就不会残留肿瘤组织,然而肿瘤细胞污染的危险性始终存在,为杀灭残留或污染的肿瘤细胞,术中可在局部用蒸馏水和高浓度顺铂顺序浸泡法化疗,经蒸馏水浸泡后肿瘤细胞膜通透性升高,可使进入细胞内的顺铂量增高,使肿瘤细胞灭亡。术后可根据肿瘤性质及其对放、化疗的敏感度,恰当配合放、化疗与生物治疗,以消灭残存和污染的瘤细胞。如果手术适应证选择不当或没注意配合恰当的放疗、化疗与免疫等综合治疗,尽管作了全脊椎切除,但并不一定能提高治疗效果、减少复发和延长生存期。

3 加强脊柱肿瘤的登记和随访工作

我国是人口大国,脊柱肿瘤种类和数量相当可观,但至今还缺乏大宗、系统而全面的脊柱肿瘤流行病学资料和随访结果,常常将国外的统计结果照搬到国人身上。我国的大医院,特别是设有脊柱外科的医院应进一步加强脊柱肿瘤的登记和随访,这是一项严肃的科学工作,需要每位专业人员具有认真、刻苦、实事求是的科学精神,不要赶时间、急于凑数据及出文章。要做好脊柱肿瘤的详细登记,才能有全面的、有说服力的流行病学资料,数据应来源于科学的客观统计的病例资料。另外,要做好随访工作,临床治疗效果来源于中长期(至少 2 年)随访的结果,要有随访时的临床症状、体征、影像学资料。只有长期随访才能知道手术治疗的效果,判断手术适应证;早期发现复发和转移,及时再手术;只有通过随访,才能积累宝贵经验,总结出高学术质量的文章,如适应证的选择,手术技巧的提高,手术风险的防范,并发症的防治,误诊病例的分析,各种脊柱肿瘤的预后(5 年与 10 年生存率)等。不能完全仿照他人的治疗效果,有可能他人又是参照国外的效果,未经过自己认真、求实的随访所得的结果是不可信的,也无任何学术价值。更不能只知道手术,不究其效果,对每个患者而言,手术不是目的,疗效才是最重要的。

4 不断探索早期诊治的新方法

早期诊治是提高疗效最有力的措施,要不断探索早期诊治的新技术与新方法,不断提高诊断的准确性,根据患者的具体病情和具体条件,在明确诊断的前提下,选择最适合患者的治疗方式和方法,这是我们永远不变的符合科学发展观的追求。

PET/CT 是近年来用于临床的一种新型影像学检查,PET 可以显示病灶的病理生理特征,有助于早期发现病灶和定性;CT 可以显示病灶结构变化,有助于精确定位。将 PET 图像和 CT 图像同机融合可以同时反映病灶的病理生理及形态结构变化,显著提高了诊断的准确性。同时还可以:鉴别肿瘤的良恶性,帮助恶性肿瘤的临床分期,搜索转移瘤的原发灶,帮助制订脊柱肿瘤的放疗计划,评估脊柱肿瘤的疗效。当然,PET/CT 也有假阳性和假阴性发生,其总的诊断准确率在 90%左右。

近年来有学者将射频消融作为杀灭肿瘤细胞的一种手段,尝试经皮穿刺将射频消融技术用于脊柱骨样骨瘤的治疗,疗效满意。也有学者采用经皮穿刺的方式先行射频消融,再注入骨水泥来治疗脊柱恶性肿瘤和转移性肿瘤。这种利用射频消融联合经皮椎体成形术(PVP)治疗脊柱肿瘤的目的均为缓解肿瘤性疼痛,并且都采用微创的方式进行操作,能否达到肿瘤局部控制,需继续观察。还有学者将射频消融作为脊柱转移瘤外科手术过程中的辅助手段,在清除肿瘤前先用射频杀灭肿瘤细胞。这样可以将手术和射频消融两者的优点相结合:手术先将硬膜囊和神经根显露,在射频消融过程中可以通过不断冲水降温来保护脊髓神经;射频消融后的肿瘤组织固缩、血管闭塞,手术出血量明显减少。使肿瘤清除更彻底,手术操作更安全。但对病例的选择、消融时间、温度控制、生存期的延长及远期疗效,均需继续探索。

(收稿日期:2008-05-26)

(本文编辑 彭向峰)