

## 早期舌癌行颈淋巴结清扫术的探讨

承翼南,羊一飞,徐天舒,刘华联,王立强,孙兆瑶

(常州市第一人民医院口腔颌面外科,江苏 常州 213003)

**[摘要]** 目的:探讨早期舌癌尚无区域性淋巴结转移的患者实施选择性颈淋巴结清扫术的必要性。方法:对本院1985年6月~2007年6月所收治的146例T<sub>1-2</sub>,且N<sub>0</sub>的舌活动部位鳞状细胞癌患者临床病理资料进行回顾性分析,146例均采用手术治疗,其中57例行单纯舌部分切除术,占39.0%;89例行原发肿瘤切除加颈淋巴结清扫术,占60.9%,除7例为全颈淋巴结清扫术(I~V区颈淋巴结清扫)外,其余82例均为选择性颈淋巴结清扫术(I~Ⅲ区颈淋巴结清扫)。病例随访5年。结果:单纯舌部分切除术患者肿瘤3年和5年复发率(包括舌体局部复发和(或)同侧颈淋巴结转移)为11/57(19.3%)和24/57(42.1%);而行原发肿瘤切除加颈淋巴结清扫术患者肿瘤3年和5年复发率为7/89(7.9%)和15/89(16.9%),差异有显著性( $P < 0.05$ ),而且行颈淋巴结清扫的患者总体生存亦显著高于仅作单纯舌部分切除的患者( $P < 0.05$ )。结论:早期舌癌患者应行选择性颈淋巴结清扫术,不但可预防颈部肿瘤的复发,而且能够提高患者总体的生存率。

**[关键词]** 舌肿瘤;癌;鳞状细胞;选择性颈淋巴结清扫术

**[中图分类号]** R739.86

**[文献标志码]** B

**[文章编号]** 1007-4368(2015)02-261-02

**doi:** 10.7655/NYDXBNS20150230

舌鳞状细胞癌是口腔常见的恶性肿瘤之一,据统计发病率占全身恶性肿瘤的第6位<sup>[1]</sup>。目前对于早期舌癌患者是否选择颈淋巴结清扫术尚存在争议,本文对146例T<sub>1-2</sub>且N<sub>0</sub>的舌活动部分鳞状细胞癌患者临床资料进行回顾性分析研究,对比不同治疗方法的疗效,探讨颈淋巴结清扫术在早期舌癌中的作用。

### 1 资料与方法

#### 1.1 资料

本院颌面外科1985年6月~2007年6月首治的早期舌鳞状细胞癌患者资料,患者均符合如下条件:①原发灶位于舌活动部,舌根癌不作为研究对象;②所有病例均按2002年UICC的TNM分期法重新分期,即cT<sub>1-2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>;③治疗前有病理确诊,均诊断为鳞状细胞癌,手术后病理分级为中-高分化鳞状细胞癌;④所有病例均手术治疗,术前术后均未进行放疗、化疗或其他生物治疗,治疗均在本院进行,病历资料完整;⑤所有患者随访限定5年,5年以后患者情况不在本文研究中,5年内失访9例,均为出院后即失访病例,不作为研究对象。共有146例患者符合上述条件,作为研究对象。

146例早期舌癌患者,年龄自27~78岁,中位年龄52岁,男82例,女64例。肿瘤均为单发,108例位于舌缘(74.0%),19例位于舌腹(13.0%),13例位于舌背部(8.9%),6例位于舌尖(4.1%)。高分化鳞癌123

例(84.2%),中分化鳞癌23例(15.8%)。

#### 1.2 方法

146例早期舌癌患者,57例行舌部分切除术:于舌肿瘤病灶外大于1~2 cm将肿瘤切除,占39.0%;89例行原发肿瘤切除加颈淋巴结清扫术,占60.9%,除7例为全颈淋巴结清扫术(I~V区颈淋巴结清扫)外,其余82例均为选择性颈淋巴结清扫术(I~Ⅲ区颈淋巴结清扫)。

#### 1.3 统计学方法

随访时间自确诊日期至死亡日期,随访信息来源于电话随访及门诊复查资料,随访期限定为5年。使用统计软件SPSS10.0进行统计分析,统计方法采用 $\chi^2$ 检验, $P \leq 0.05$ 差异具有统计学意义。

### 2 结果

#### 2.1 手术方式与3年复发率和5年复发率的关系

146例早期舌癌经手术治疗后肿瘤复发包括舌体局部复发和(或)同侧颈淋巴结转移。单纯舌部分切除术患者肿瘤3年复发率为(23/57,40.35%);而行原发肿瘤切除加颈淋巴结清扫术患者肿瘤3年复发率为(19/89,21.35%),两种手术方法比较具有显著性差异( $\chi^2 = 5.23, P < 0.05$ )。单纯舌部分切除术患者肿瘤5年复发率为(24/31,43.64%);而行原发肿瘤切除加颈淋巴结清扫术患者肿瘤5年复发率为(23/65,26.14%),两种手术方法比较具有显著性差异( $\chi^2 = 3.94, P < 0.05$ )。

## 2.2 复发和生存率

146例中单纯舌部分切除术患者3年肿瘤复发23例,行原发肿瘤切除加颈淋巴结清扫术患者3年肿瘤复发19例,总复发率为28.77%(42/146);单纯舌部分切除术患者5年肿瘤复发24例,行原发肿瘤切除加颈淋巴结清扫术患者5年肿瘤复发23例,总复发率为32.87%(47/146)。146例早期舌癌患者随访期间死亡24例,死于肿瘤原因19例,其中14例为单纯舌部分切除术患者(73.7%),5例为原发肿瘤切除加颈淋巴结清扫术患者(26.3%),另外5例死于他因。

## 2.3 颈淋巴结隐匿性转移与生存率

本组146例早期舌癌患者中有89例行选择性颈淋巴结清扫术,术后常规病理检查发现有17例存在淋巴结转移(17/89),占19.1%;未行颈淋巴结清扫术的患者57例。在术后5年内死亡的19例患者中,后者有14例,占73.7%。

## 3 讨论

由于舌的淋巴供应很丰富,因此舌癌伴颈淋巴结转移十分常见。对于早期舌癌患者的颈部检查,包括触诊、B超、CT及MRI等影像学检查,没有发现转移淋巴结,但颈淋巴结清扫术后病理检查发现淋巴结内有微小转移癌,则称之为“亚临床转移灶”或“隐匿性淋巴转移”。金武龙等<sup>[2]</sup>对100例cN<sub>0</sub>舌癌患者的临床病理统计显示,隐匿性颈淋巴结转移率为22%,国外相关调查的结果与国内类似<sup>[3]</sup>。本组89例行颈淋巴清扫术患者,有17例术后证实有隐匿性淋巴结转移,占19.1%,常见转移部位为同侧颈Ⅱ区,其次为同侧颈Ⅰ区和Ⅳ区,17例中15例发生于同侧颈Ⅰ~Ⅲ区。由于颈淋巴结转移与否对患者生存率有重要影响,对隐匿性淋巴结转移必须采取治疗措施。但目前又没有任何方法能在术前准确地评价临床N<sub>0</sub>舌癌患者颈淋巴结转移状况,因而对N<sub>0</sub>舌癌患者颈部治疗存在着治疗过度和治疗不足的矛盾。如何处理N<sub>0</sub>舌癌患者颈部可能存在的潜在病灶,目前学者们存在两种主张:一种建议对cN<sub>0</sub>患者颈部进行积极的选择性淋巴结清扫治疗;另一种意见认为,为了减少选择性颈淋巴结清扫对于患者产生的并发症,可以对cN<sub>0</sub>患者密切观察,待出现转移症状时及时进行相应的处理<sup>[4]</sup>。但是如果对cN<sub>0</sub>患者采用观察的方式,一旦出现临床转移征象时再进行相应的颈淋巴结清扫术,有研究表明其治疗效果远低于同期行颈淋巴结清扫术的患者<sup>[5]</sup>。正由于早期舌癌存在相当比例的隐匿性颈淋巴结转移,且隐匿性颈淋巴结转移显著影响

患者的生存率,作者认为对于早期舌癌患者选择性淋巴结清扫术不但可以提高颈部控制率,而且能提高患者的总体生存率。对于存在隐匿性颈淋巴结转移的患者,术后应追加放射治疗,可以进一步有效地控制颈部情况。本组17例经病理证实存在同侧颈淋巴结转移,病例于术后3周内均行放射治疗。

本组研究分析发现,89例行原发肿瘤切除加颈淋巴结清扫术患者3年及5年复发率为21.35%和26.14%,而未行颈淋巴结清扫术患者的3年及5年复发率为40.35%和43.64%,二者差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。从本组复发部位来看,首先发生于颈淋巴结转移,3年及5年颈部复发率为83.33%和82.98%,因此颈部控制是早期舌癌预后的关键因素,舌癌的颈部淋巴结转移是治疗失败最主要的原因,颈淋巴结清扫术可以明显地降低颈部的复发率。从生存率上看,本组19例死于肿瘤患者中,有14例死于未做颈淋巴结清扫术,占73.7%。从本组随访期间内死亡患者时间来看,死于肿瘤原因的19例患者时间均集中在术后3~5年间,而4~5年间(13/19)占68.4%,因此术后3年内应加强随访,特别应注重颈部控制情况。

本文认为即使仔细的临床门诊、B超、CT或MRI证实颈淋巴结为阴性,早期舌鳞状细胞癌患者也应行选择性颈淋巴结清扫术。这样,不但可预防颈部肿瘤的复发率,而且能够提高患者总体的生存率,综合治疗包括放疗、化疗可降低早期舌癌的复发率。对于术后肿瘤复发的患者,根据患者的具体情况必要的二次手术加之综合治疗不但可以再次控制肿瘤情况,而且也能提高患者的生存率。

## [参考文献]

- [1] Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer[J]. *Oral Oncol*, 2009, 45(4):309-316
- [2] 金武龙,叶为民,竺涵光,等.100例cN<sub>0</sub>舌癌患者隐匿性淋巴结转移部位及相关因素分析[J]. *北京口腔医学*, 2010, 18(4):222-224
- [3] An SY, Jung EJ, Lee M, et al. Factors related to regional recurrence in early stage squamous cell carcinoma of the oral tongue[J]. *Clin Exp Otorhinolaryngol*, 2008, 1(3):166-170
- [4] Ow TJ, Myers JN. Current management of advanced resectable oral cavity squamous cell carcinoma[J]. *Clin Exp Otorhinolaryngol*, 2011, 4(1):1-10
- [5] Ikureishi LW, Ross GL, Shoaib T, et al. Does tumor depth affect nodal upstaging in squamous cell carcinoma of the head and neck[J]. *Laryngoscope*, 2008, 118(4):629-634

[收稿日期]2014-02-23