

下咽鳞癌不同方案治疗的临床结果分析

邢海杰, 曾宗渊, 陈福进, 郭朱明, 杨安奎, 张 诤

邢海杰, 曾宗渊, 陈福进, 郭朱明, 杨安奎, 张诤, 华南肿瘤学国家重点实验室, 中山大学肿瘤防治中心头颈科 广东省广州市 510060

通讯作者: 曾宗渊, 510060, 广东省广州市东风东路651号, 中山大学肿瘤防治中心头颈科. tjkgzsums.edu.cn

电话: 020-87343302 传真: 020-87331906

收稿日期: 2005-10-14 接受日期: 2005-10-17

An analysis of outcomes for hypopharyngeal squamous cell carcinoma treated with different methods

Hai-Jie Xing, Zong-Yuan Zeng, Fu-Jin Chen, Zhu-Ming Guo, An-Kui Yang, Quan Zhang

Hai-Jie Xing, Zong-Yuan Zeng, Fu-Jin Chen, Zhu-Ming Guo, An-Kui Yang, Quan Zhang, State Key Laboratory of Oncology in Southern China; Department of Head and Neck Surgery, Cancer Center, Sun Yat-sen University, Guangzhou 510060, Guangdong Province, China

Correspondence to: Dr. Zong-Yuan Zeng, State Key Laboratory of Oncology in Southern China; Department of Head and Neck Surgery, Cancer Center, Sun Yat-sen University, 651 Dongfeng East Road, Guangzhou 510060, Guangdong Province, China. tjkgzsums.edu.cn
Received: 2005-10-14 Accepted: 2005-10-17

Abstract

AIM: To analyze the outcomes of hypopharyngeal squamous cell carcinoma treated with different methods and to explore a more effective therapy for it.

METHODS: This retrospective study concerns 187 hypopharyngeal squamous cell carcinomas and their characteristics. The survival rate, recurrence rate and influence of laryngeal preservation on the survival were compared among different therapies.

RESULTS: The overall 5-year survival rate was 44.9%. The 5-year survival rates of stage I, II, III and IV were 100%, 81.8%, 47.6%, and 30.2%, respectively, and the former two were significantly higher than the latter two ($\chi^2 = 22.878, P = 0.0001$). The overall 5-year survival rate for synthetic therapy, surgery and radiotherapy alone was 60.8%, 38.7%, and 22.0%, respectively, and the survival rates of patients

at stage III and IV were 75.5% and 45.3% for synthetic therapy, 33.3% and 17.6% in surgery alone, 16.7% and 7.7% in radiotherapy alone. The survival rates of stage III and stage IV in patient received synthetic therapy were markedly higher than those in patient received surgery or radiotherapy (all $P < 0.05$). The overall recurrence rate was 44.9%. The 5-year recurrence rates of stage II, III and IV were 31.8%, 47.6% and 49.0%, respectively, and there was a significant difference between stage III, IV and stage I, II (48.4% vs 25%, $\chi^2 = 5.816, P = 0.016$). Significant differences were shown in the recurrence rate of stage III, IV between synthetic therapy (26.7%) and surgery (60.9%) or radiotherapy (80%)(all $P < 0.01$). The recurrence rates of highly, moderately and lowly differentiated carcinoma were 34.2%, 50% and 56.1%, respectively, and there was significant differences between highly and moderately or lowly differentiated carcinoma ($\chi^2 = 4.977, P = 0.026$). The 5-year survival rate was not significantly different between patients with laryngeal preservation and without laryngeal preservation at stage III or IV (all $P > 0.05$).

CONCLUSION: Synthetic therapy is superior to surgery or radiotherapy alone in the treatment of hypopharyngeal squamous cell carcinoma. Laryngeal preservation can be achieved in some of patients at stage III or IV.

Key Words: Squamous cell carcinoma; Hypopharyngeal neoplasms; Therapy; Prognosis

Xing HJ, Zeng ZY, Chen FJ, Guo ZM, Yang AK, Zhang Q. An analysis of outcomes for hypopharyngeal squamous cell carcinoma treated with different methods. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2006;14(3):299-305

摘要

目的: 分析下咽鳞癌不同方案临床治疗结果, 探讨下咽鳞癌最优治疗模式。

方法: 回顾分析187例下咽鳞癌临床资料, 比较不同方案治疗的生存率, 复发率以及喉功能保留的影响。

■背景资料

下咽鳞癌治疗方案多样, 但缺乏前瞻性多例数的对照研究, 探讨统一规范的治疗方案一直是下咽鳞癌临床治疗研究的重点之一。

■研究前沿

病理分化差、黏膜下浸润广泛、晚期病例多具有下咽鳞癌的临床特点,如何提高生存率、喉功能保留率是目前下咽鳞癌研究的重点和热点。

结果: 5 a总体生存率44.9%。I-IV期5 a生存率分别为100%, 81.8%, 47.6%和30.2%。I、II期生存率高于III、IV期($\chi^2=22.878, P=0.0001$)。各治疗组的5 a总体生存率分别为综合治疗60.8%, 单纯手术治疗38.7%, 单纯放射治疗22.0%。综合治疗明显高于单纯手术治疗和单纯放射治疗($\chi^2=4.651, P=0.032$; $\chi^2=24.248, P=0.0001$)。III、IV期5 a生存率分别为综合治疗75.7%和45.3%, 单纯手术治疗为33.3%和17.6%, 单纯放射治疗为16.7%和7.7%。综合治疗生存率明显高于单纯手术治疗和单纯放射治疗($\chi^2=4.290, P=0.038$; $\chi^2=22.247, P=0.0001$; $\chi^2=4.149, P=0.042$; $\chi^2=11.163, P=0.001$)。总体复发率44.9%。II-IV期的5 a复发率分别为31.8%, 47.6%和49.0%。III、IV期病例复发率为48.4%, 明显高于I、II期的25%($\chi^2=5.816, P=0.016$)。各治疗组中, III、IV期病例的5 a复发率分别为单纯手术治疗60.9%, 单纯放射治疗80%, 综合治疗26.7%。单纯手术治疗和单纯放射治疗的复发率明显高于综合治疗($\chi^2=9.425, P=0.002$; $\chi^2=36.064, P=0.0001$)。高、中和低分化鳞癌的复发率分别为34.2%, 50%和56.1%。低分化癌的复发率明显高于高分化癌($\chi^2=4.977, P=0.026$)。III、IV期病例中, 喉功能保留和不保留患者的5 a生存率分别为72.4%, 46.2%和60.0%, 36.8%。两者相比差异无显著性($P>0.05$)。

结论: 下咽鳞癌综合治疗优于单一治疗。部分III、IV期病例可行喉功能保留手术。

关键词: 鳞癌; 下咽肿瘤; 治疗; 预后

邢海杰, 曾宗渊, 陈福进, 郭朱明, 杨安奎, 张诤. 下咽鳞癌不同方案治疗的临床结果分析. 世界华人消化杂志 2006;14(3):299-305

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/14/299.asp>

0 引言

下咽鳞癌是上呼吸消化道(aerodigestive tract)肿瘤之一, 起病隐匿, 多数患者就诊时已属晚期, 病理以低分化癌为主, 预后较差。至今没有统一规范的临床治疗模式, 为探讨下咽鳞癌规范治疗, 现回顾我院1985/2000年下咽鳞癌病例资料, 分析如下:

1 材料和方法

1.1 材料 187例中, 男171例, 女16例, 年龄22-80岁, 平均57.5岁。所有病例病理检查证实为鳞状细胞癌。其中, 鳞癌I级38例(20.3%), 鳞癌II级

56例(30.0%), 鳞癌III级82例(43.9%), 未分级11例(5.9%)。根据UICC2002标准, 所有病例重新分期(表1)。无远处转移病例。

1.2 方法 治疗分组: 综合治疗组97例, 包括诱导化疗+手术36例, 手术+放射治疗61例。单纯手术治疗组31例。单纯放射治疗组59例。

1.2.1 综合治疗组 诱导化疗: 特素+DDP+5-FU方案5例, DDP+5-FU+BLM方案30例, 铂尔啉+5-FU方案1例。给药途径: 铂尔啉100 mg静脉滴注, 1-3 d。特素120 mg静脉滴注, 1 d。DDP 30 mg静脉滴注, 1-5 d。5-FU 0.5 g静脉滴注, 1-5 d。BLM 8 mg静脉推注, 1 d, 3 d, 5 d。化疗期间检测血象及对症支持治疗, 间隔3 wk后重复, 化疗2-5程, 化疗结束后3-4 wk行手术治疗。手术方法: 下咽鳞癌联合根治术49例, 喉部分切除+喉咽部分切除术16例, 喉咽广泛切除术32例。术后放射治疗: 使用 C_{60} 治疗45例, 6-8 MeV直线加速器治疗16例。原发灶48-64 Gy, 平均58.2 Gy。颈部放疗47例, 40-64 Gy, 平均48.4 Gy。分割剂量2 Gy/d。

1.2.2 单纯放射治疗组: 使用 C_{60} 治疗44例, 6-8 MeV直线加速器15例。放疗剂量: 原发灶48-84 Gy, 平均68.2 Gy。颈部40-76 Gy, 平均60.4 Gy。分割剂量2 Gy/d。

1.2.3 单纯手术治疗组: 下咽鳞癌联合根治术23例, 喉部分切除+喉咽部分切除术2例, 喉咽广泛切除术6例。

1.2.4 喉咽修复方法: 直接缝合98例, 胃上提4例, 空肠代颈段食管口咽吻合13例, 胃咽吻合4例, 前臂皮瓣2例, 胸大肌皮瓣7例。

1.2.5 颈部淋巴结治疗: 颈部淋巴结清扫术93例, 共96颈侧。根治性颈清扫术48颈侧, 功能性颈清扫术21颈侧, 分区性颈清扫术25颈侧, 预防性颈清扫术2颈侧, 颈清扫术后淋巴结阳性81例。

统计学处理 使用SPSS10.0统计软件电脑分析, 率的比较使用卡方检验, $P<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

随访2-183 mo, 失访5例, 随访率97.8%。

2.1 生存情况 I、II期患者28例, 占总例数的15%, III、IV期占85%。5 a总体生存率44.9%。I-IV期5 a生存率分别为100%, 81.8%, 47.6%和30.2%。各种治疗组的5 a总体生存率分别为综合治疗组60.8%, 单纯手术治疗组38.7%, 单纯放射治疗组22.0%。综合治疗组显著高于单纯手术治疗组和单纯放射治疗组, 差异有显著性($\chi^2=$

表 1 187例下咽鳞癌临床特点 (%)

项目	治疗方案			总计 n (%)
	综合治疗组 n (%)	单纯手术组 n (%)	单纯放疗组 n (%)	
部位				
梨状窝	86 (88.7)	24 (77.4)	40 (67.8)	150 (80.2)
环后区	7 (7.2)	4 (12.9)	10 (16.9)	21 (12.6)
咽后壁	4 (4.1)	3 (9.7)	9 (15.3)	16 (8.6)
T分期				
T1	9 (9.3)	2 (6.5)	2 (3.4)	13 (7.0)
T2	15 (15.5)	9 (29.0)	25 (42.4)	49 (26.2)
T3	40 (41.2)	9 (29.0)	18 (30.5)	67 (35.8)
T4	33 (34.0)	11 (35.5)	14 (23.7)	58 (31.0)
N分期				
N0	19 (19.6)	18 (58.1)	29 (49.2)	66 (35.3)
N1	36 (37.1)	8 (25.8)	18 (30.5)	60 (32.1)
N2	41 (42.3)	5 (16.1)	12 (20.3)	58 (31.0)
N3	1 (1.0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.5)
TNM分期				
I	4 (4.1)	2 (6.5)	0 (0)	6 (3.2)
II	7 (7.2)	6 (19.4)	9 (15.3)	22 (11.8)
III	33 (34.0)	6 (19.4)	24 (40.7)	63 (33.7)
IV	53 (54.6)	17 (43.8)	26 (44.1)	96 (51.3)

■创新盘点

综合治疗方案的生存率较高, 不同治疗方案的第二原发癌的发生率相似. 第二原发癌的防治有利于改善下咽鳞癌的预后.

表 2 各种治疗组患者以及不同综合治疗方案的患者TNM分期和5 a生存率 (%)

分组	分期				总计
	I	II	III	IV	
综合治疗组	100 (4/4)	85.7 (6/7)	75.7 (25/33)	45.3 (24/53)	60.8 (59/97)
单纯手术组	100 (2/2)	83.3 (5/6)	33.3 (2/6)	17.6 (3/17)	38.7 (12/31)
单纯放疗组	—	77.8 (7/9)	16.7 (3/24)	7.7 (2/26)	20.3 (12/59)
总计	100 (6/6)	81.8 (18/22)	47.6 (30/63)	30.2 (29/96)	44.9 (84/187)
化疗手术组	100 (2/2)	75.0 (3/4)	66.7 (6/9)	47.6 (10/21)	58.3 (21/36)
手术放疗组	100 (2/2)	100 (3/3)	79.2 (19/24)	43.8 (14/32)	62.3 (38/61)
总计	100 (4/4)	85.7 (6/7)	75.7 (25/33)	45.3 (24/53)	60.8 (59/97)

4.651, $P = 0.032$; $\chi^2 = 24.248$, $P = 0.000$ 1). I、II期28例, III、IV期159例, 5 a总体生存率分别为85.7%(24/28)和37.1%(59/159), 两者相比, 差异有显著性($\chi^2 = 22.878$, $P = 0.000$ 1). 各治疗组中III、IV期病例5 a生存率分别为综合治疗组75.5%和45.3%, 单纯手术治疗组33.3%和17.6%, 单纯放疗治疗组16.7%和7.7%. 综合治疗组生存率显著高于单纯手术治疗组和单纯放疗治疗组($\chi^2 = 4.290$, $P = 0.038$; $\chi^2 = 22.247$, $P = 0.000$ 1和 $\chi^2 = 4.149$, $P = 0.042$; $\chi^2 = 11.163$, $P = 0.001$). 诱导化疗+手术和手术+放疗治疗的5 a生存率无差异($\chi^2 = 0.149$, $P = 0.699$)(表2).

2.2 复发和第二原发癌 本组84例复发. 原发灶复发17例, 颈部淋巴结复发38例, 远处转移15例, 原发灶+颈部淋巴结复发5例、颈部淋巴结复发+远处转移 7例, 原发灶复发+远处转移1例, 原发灶+颈部淋巴结+远处转移1例. 总体复发率44.9%(84/187). 54.8%(46/84)的病例于治疗后1 a内复发.

II-IV期的5 a复发率分别为31.8%, 47.6%和49.0%. I、II期病例复发率25%(7/28), III、IV期为48.4%(77/159), 两者相比, 差异有显著性($\chi^2 = 5.816$, $P = 0.016$). 综合治疗组, 单纯手术治疗组和单纯放疗治疗组的总体复发率分别为25.8%(25/97), 51.6%(16/31)和72.9%(43/59). 单纯手术治疗组和单纯放疗治疗组的复发率高于综合治疗组($\chi^2 = 7.205$, $P = 0.007$; $\chi^2 = 32.174$, $P = 0.000$ 1). III、IV期病例中, 综合治疗组的复发率为26.7%(23/86), 低于单纯手术治疗组(60.9%)和单纯放疗治疗组(80%), 差异有显著性($\chi^2 = 9.425$, $P = 0.002$; $\chi^2 = 36.064$, $P = 0.000$ 1)(表3).

在不同病理分化级别中, 高、中、低分化鳞癌的复发率分别为34.2%(13/38), 50%(23/46)和56.1%(46/82). 低分化鳞癌的复发率高于高分化鳞癌, 差异有显著性($\chi^2 = 4.977$, $P = 0.026$).

第二原发癌(second primary tumor, SPT)发生率5.9%(11/187). 其中, 综合治疗组6例, 单

■应用要点

综合治疗应是下咽鳞癌的首选治疗方案, 诱导化疗为主的序列综合治疗方案有利于保留喉功能, 值得深入研究, 将有良好的应用前景。

表3 各治疗组临床分期与5 a复发率 (%)

分期	I	II	III	IV	总计
综合治疗组	0 (0/4)	28.6 (2/7)	24.2 (8/33)	28.3 (15/53)	25.8 (25/97)
单纯手术组	0 (0/2)	33.3 (2/6)	66.7 (4/6)	58.8 (10/17)	51.6 (16/31)
单纯放疗组		33.3 (3/9)	75.0 (18/24)	84.6 (22/26)	72.9 (43/59)
总计	0 (0/6)	31.8 (7/22)	47.6 (30/63)	49.0 (47/96)	44.9 (84/187)

表4 喉功能保留与T、N分期 (n)

分期	保留喉功能组 (61)				不保留喉功能组 (67)			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
N0	6	13	8	5	0	0	5	0
N1	5	10	6	4	0	0	5	14
N2	0	1	3		0	0	22	20
N3								1
总计	11	24	17	9	0	0	32	35

表5 喉功能保留和不保留患者5 a生存率 (%)

治疗	I	II	III	IV	总计
保留喉功能组	100 (6/6)	84.6 (11/13)	72.4 (21/29)	46.2 (6/13)	72.1 (44/61)
不保留喉功能组	—	—	60.0 (6/10)	36.8 (21/57)	40.3 (27/67)
总计	100 (6/6)	84.6 (11/13)	69.2 (27/39)	38.6 (27/70)	55.5 (71/128)

单纯放疗组4例, 单纯手术治疗组1例, 三组相比, 差异无显著性($\chi^2 = 0.497$, $P = 0.780$). 发生时间: 0-120 mo. 平均41.6 mo. 其中, 胸段食管鳞癌7例, 平均发生时间45.5 mo. 手术+放射治疗1例, 根治性放疗1例, 放化疗2例, 姑息化疗1例, 2例放弃治疗. 治疗结果: 5例治疗后未控, 平均存活10 mo. 颈部清扫术后病理发现甲状腺乳头状腺转移癌2例, 再次手术后控制. 随访11 mo和42 mo, 仍生存.

多重癌2例, 发生时间39 mo和113 mo, 平均76 mo. 胸段食管鳞癌合并鼻咽鳞癌1例, 行化放疗后控制. 食管、鼻咽鳞癌合并甲状腺乳头状腺癌1例, 行根治性放疗. 随访6 mo和2 mo生存.

2.3 喉功能保留情况 原发灶手术治疗128例, 喉功能保留手术61例(表4). I、II期病例均行喉功能保留手术. III、IV期病例中, 喉功能保留和不保留的5 a生存率无显著性差异($\chi^2 = 0.113$, $P = 0.737$; $\chi^2 = 0.387$, $P = 0.534$)(表5).

3 讨论

3.1 下咽鳞癌的治疗选择 下咽鳞癌预后较差. I、II期病例选择手术或放射治疗效果较好. III、IV期病例多选择手术+放射治疗. 近年来,

化疗+手术, 放射+手术等治疗方案应用较多, 5 a生存率10%-67.5%^[1-5].

张宗敏 *et al*^[3]采用手术+放疗, 单纯放疗和单纯手术方案治疗下咽鳞癌, 5 a总体生存率分别为49.2%, 18.0%和22.5%. Bova *et al*^[4]采用手术+放疗和单纯放射治疗的结果为32%和7%. Ullah *et al*^[6]报道单纯手术治疗的5 a生存率为26%. 于峰 *et al*^[5]报道诱导化疗+手术治疗下咽鳞癌的5 a总体生存率为67.5%, III、IV期病例分别为72.7%和57.1%. 而III、IV期病例单纯放疗的5 a生存率为33%和5%^[7].

本组资料中, 综合治疗、单纯手术和单纯放疗的5 a总体生存率分别为60.8%, 38.7%和20.3%. III、IV期病例的各种治疗方法组中的5 a生存率分别为75.7%和45.3%, 33.3%和17.6%, 16.7%和7.7%, 与上述结果相近. 显示单纯手术和放疗对III、IV期, 尤其IV期病例几无治疗意义. 统计结果表明, 综合治疗的5 a生存率, 显著高于单一治疗. 提示选择综合治疗方案治疗下咽鳞癌, 尤其III、IV期病例, 可获得较好的治疗效果.

诱导化疗能缩小肿瘤体积, 有利于彻底切除肿瘤和保留喉功能^[8]. 但化疗方案的确立, 疗程的确定, 手术时机的选择等仍未统一^[9]. 本组早

期病例化疗3-4程后手术, 对比化疗前CT或MRI检查, 术中发现化疗不敏感病例中, 肿瘤有不同程度的进展, 其中4例手术切除困难. 在后续病例治疗中, 我们在2程化疗后进行疗效评估, 敏感病例(CR, PR)继续化疗达3-5程. 否则, 及时手术, 未见肿瘤进展病例. 因此, 我们认为2程化疗后评估疗效, 进而选择相应的治疗方法是可行的.

术前或术后放疗有不同看法^[10-12]. 我们选择术后放疗, III、IV期病例5 a生存率分别为79.2%和43.8%, 优于单一治疗. 原因是术后肿瘤负荷减少, 同时, 我们在术中常规留取手术切缘组织, 根据术后病理检查结果确定放疗部位和剂量, 利于控制局部复发. 另外, 术后放疗还可消灭术时意外散失的肿瘤细胞, 控制临床隐性(N0)淋巴结.

3.2 复发和第二原发癌 下咽鳞癌复发率较高. Chu *et al*^[2]报道的复发率为37%, Bova *et al*^[4]为41.1%, Godballe *et al*^[13]的结果达70.3%. 本组资料的复发率为44.9%, 1 a内复发者占54.8%, 显示复发是下咽鳞癌近期治疗失败的主要原因, 降低复发率是改善下咽癌预后的关键.

下咽鳞癌的复发因素较多. T、N分期、病理分化级别等均是下咽鳞癌复发的独立预测因素^[14,15]. Layland *et al*^[16]报道N0期病例的5 a无瘤生存率(57%)显著高于N+期(29.8%)($P=0.001$), T1和I、II期病例的复发率低于T2-4和III、IV期. Johansen *et al*^[17]的结果显示高分化癌的5 a控制率(48%)高于低分化癌(23%), 差异有显著性.

本组II-IV期的5 a复发率分别为31.8%, 47.6%和49.0%, 而高、中、低分化鳞癌的复发率分别为34.2%, 50%和56.1%. 显示随着临床分期上升, 病理分化级别降低, 复发风险逐步升高. III、IV期和低分化癌病例的复发率(48.4%和56.1%)显著高于I、II期(21.4%)和高分化癌病例(34.2%)($P<0.05$), 显示临床分期高, 病理分化差是下咽鳞癌复发的重要因素. 但在不同方案治疗的III、IV期病例中, 单一治疗的复发率显著高于综合治疗($P<0.05$), 提示恰当的治疗方案是降低复发率的重要环节. 本组资料表明通过手术切除肿瘤, 使用放射治疗和化疗控制残留和转移灶的综合治疗是降低复发, 提高生存的有效治疗方案.

头颈部SPT的发生率为2.1%-6%^[3,18,19], 本组资料为5.9%, 与上述结果一致. Dikshit *et al*^[20]发现60.4%的SPT发生于上呼吸消化道, 其次是肺、结肠、前列腺和膀胱. 本组资料中, 72.7%(8/11)的SPT发生于食管, 次为甲状腺27.3% (3/11)和鼻

咽18.2%(2/11), 其他部位未发现.

食管的SPT平均发生时间45.5 mo, 平均存活10 mo. 2例甲状腺乳头状腺癌为同时癌, 已平均存活超过2 a. 提示发生于甲状腺的SPT较发生于食管的预后好. 下咽癌治疗前常规检查甲状腺, 治疗后, 钡透或内窥镜定期检查上消化道, 有助于早期发现SPT. 有学者认为多重癌发生高峰持续达10 a以上^[21], 本组多重癌2例, 平均发生时间76 mo. 是否存在生存期长而多重癌高发的趋势, 仍需观察.

目前认为区域癌化(field cancerization)和转化细胞(transformed cell)迁移(migration)^[22]可能是形成SPT的重要机制, 器官差异和过量烟酒是其高危因素^[20]. SPT的治疗报道较少, 防治仍待深入研究.

3.3 下咽癌的喉功能保留 下咽鳞癌易侵犯周围组织, 黏膜下浸润广泛, 一度认为不适合保留喉功能. 随着临床研究深入和治疗技术改进, 学者们发现下咽癌患者的部分喉组织, 包括声带、杓状软骨等是正常的, 切除全喉组织不能提高生存率^[23,24]. 对选择性病例, 保留喉功能不影响生存率^[25-27]. 本组资料中, I、II期病例保留了全部或部分喉功能, 表明I、II期患者, 保留喉功能并不困难. III、IV期病例中, 喉功能保留和不保留患者的5 a生存率分别为44.3%和40.3%, $P>0.05$. 说明部分III、IV期病例保留喉功能是可行的, 但选择病例应慎重. 根据本组资料的体会: (1)下咽上区癌, 局限于会厌谷; (2)下咽后壁癌未侵及口咽; (3)梨状窝侧壁癌, 一侧声带活动未受限; (4)环后区癌未过中线可行喉功能保留手术. 环后区癌过中线或颈部淋巴结转移, 梨状窝癌对侧侵犯, 肿瘤黏膜下侵犯广泛以及高龄和低分化癌患者应选择全喉切除.

下咽鳞癌的综合治疗模式尚未统一^[28]. 近年来, 放疗后手术、诱导化疗后同时放化疗、诱导化疗后放疗或手术、放化疗后手术挽救等新治疗方案不断见诸报道^[1,29-33], 希望既彻底切除肿瘤, 提高生存率, 又能保留喉功能, 改善生活质量, 但远期疗效尚待评估. 本组资料的结果显示术前化疗和术后放射治疗的综合治疗是下咽鳞癌的较优治疗模式, 值得深入研究.

■名词解释

第二原发癌: 系指在先症癌后机体不同部位、器官同时或不同时发生第二种原发性恶性肿瘤, 包括交界肿瘤. 诊断标准(WarrenGates's标准): (1)两种肿瘤均有肯定的恶性行为; (2)组织学诊断明确, 其病理类型可相同也可不同; (3)必须除外一种肿瘤为另一种肿瘤的转移灶; (4)肿瘤间须有1.5cm以上的正常组织间隔. 第二原发癌的防治研究较少.

4 参考文献

- Oueslati Z, Zegloui I, Touati S, Gritli S, Nasr C, Benna F, Boussen H, Mokni N, Gamoudi A, El-May A, Ladgham A. Hypopharyngeal squamous cell carcinoma: retrospective study of 149 patients. *Cancer Radiother* 2004; 8: 358-363

■同行评价

本文科学性、可读性较好,创新性较差,是一篇5年临床总结,有一定的参考价值。

- 2 Chu PY, Wang LW, Chang SY. Surgical treatment of squamous cell carcinoma of the hypopharynx: analysis of treatment results, failure patterns, and prognostic factors. *J Laryngol Otol* 2004; 118: 443-449
- 3 张宗敏, 唐平章, 徐镇纲, 李庆宏, 胡郁华, 徐国镇, 高黎, 屠规益. 下咽鳞癌不同治疗方案的临床分析. *中华肿瘤杂志* 2003; 11: 1715-1719
- 4 Bova R, Goh R, Poulson M, Coman WB. Total pharyngolaryngectomy for squamous cell carcinoma of the hypopharynx: a review. *Laryngoscope* 2005; 115: 864-869
- 5 于锋, 董玉礼, 韩跃峰, 赵慧. 290例下咽癌疗效分析. *中国肿瘤临床* 2000; 27: 835-838
- 6 Ullah R, Bailie N, Kinsella J, Anikin V, Primrose WJ, Brooker DS. Pharyngo-laryngo-oesophagectomy and gastric pull-up for post-cricoid and cervical oesophageal squamous cell carcinoma. *J Laryngol Otol* 2002; 116: 826-830
- 7 Tombolini V, Santarelli M, Raffetto N, Donato V, Valeriani M, Ferretti A, Enrici RM. Radiotherapy in the treatment of stage III-IV hypopharyngeal carcinoma. *Anticancer Res* 2004; 24: 349-354
- 8 The Department of Veterans Affairs Laryngeal Cancer Study Group. Induction chemotherapy plus radiation compared with surgery plus radiation in patients with advanced laryngeal cancer. *N Engl J Med* 1991; 324: 1685-1690
- 9 Pignon JP, Bourhis J, Domenge C, Designe L. Chemotherapy added to locoregional treatment for head and neck squamous-cell carcinoma: three meta-analyses of updated individual data. MACH-NC Collaborative Group. Meta-Analysis of Chemotherapy on Head and Neck Cancer. *Lancet* 2000; 355: 949-955
- 10 Snow JB, Gelber RD, Kramer S, Davis LW, Marcial VA, Lowry LD. Comparison of preoperative and postoperative radiation therapy for patients with carcinoma of the head and neck. Interim report. *Acta Otolaryngol* 1981; 91: 611-626
- 11 Tupchong L, Scott CB, Blitzer PH, Marcial VA, Lowry LD, Jacobs JR, Stetz J, Davis LW, Snow JB, Chandler R. Randomized study of preoperative versus postoperative radiation therapy in advanced head and neck carcinoma: long-term follow-up of RTOG study 73-03. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1991; 20: 21-28
- 12 Vandenbrouck C, Sancho H, Le Fur R, Richard JM, Cachin Y. Results of a randomized clinical trial of preoperative irradiation versus postoperative in treatment of tumors of the hypopharynx. *Cancer* 1977; 39: 1445-1449
- 13 Godballe C, Jorgensen K, Hansen O, Bastholt L. Hypopharyngeal cancer: results of treatment based on radiation therapy and salvage surgery. *Laryngoscope* 2002; 112: 834-838
- 14 Shikama N, Sasaki S, Nishikawa A, Koiwai K, Yoshino F, Hirase Y, Kawakami R, Kadoya M, Oguchi M. Risk factors for local-regional recurrence following preoperative radiation therapy and surgery for head and neck cancer (stage II-IVB). *Radiology* 2003; 228: 789-794
- 15 Argiris A, Li Y, Forastiere A. Prognostic factors and long-term survivorship in patients with recurrent or metastatic carcinoma of the head and neck. *Cancer* 2004; 101: 2222-2229
- 16 Layland MK, Sessions DG, Lenox J. The influence of lymph node metastasis in the treatment of squamous cell carcinoma of the oral cavity, oropharynx, larynx, and hypopharynx: N0 versus N+. *Laryngoscope* 2005; 115: 629-39
- 17 Johansen LV, Grau C, Overgaard J. Hypopharyngeal squamous cell carcinoma-treatment results in 138 consecutively admitted patients. *Acta Oncol* 2000; 39: 529-36
- 18 Raghavan U, Quraishi S, Bradley PJ. Multiple primary tumors in patients diagnosed with hypopharyngeal cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 128: 419-425
- 19 Leon X, Quer M, Diez S, Orus C, Lopez-Pousa A, Burgues J. Second neoplasm in patients with head and neck cancer. *Head Neck* 1999; 21: 204-210
- 20 Dikshit RP, Boffetta P, Bouchardy C, Merletti F, Crosignani P, Cuchi T, Ardanaz E, Brennan P. Risk factors for the development of second primary tumors among men after laryngeal and hypopharyngeal carcinoma. *Cancer* 2005; 103: 2326-2333
- 21 Saikawa M, Ebihara S, Yoshizumi T, Ohyama W. Multiple primary cancers in patients with squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Jpn J Cancer Res* 1991; 82: 40-45
- 22 van Oijen MG, Leppers Vd Straat FG, Tilanus MG, Slootweg PJ. The origins of multiple squamous cell carcinomas in the aerodigestive tract. *Cancer* 2000; 88: 884-893
- 23 Urba SG, Moon J, Giri PG, Adelstein DJ, Hanna E, Yoo GH, Leblanc M, Ensley JF, Schuller DE. Organ preservation for advanced resectable cancer of the base of tongue and hypopharynx: a Southwest Oncology Group Trial. *J Clin Oncol* 2005; 23: 88-95
- 24 Dumich PS, Pearson BW, Weiland LH. Suitability of near-total laryngopharyngectomy in piriform carcinoma. *Arch Otolaryngol* 1984; 110: 664-669
- 25 李学忠, 张立强, 潘新良, 解光, 栾信庸, 王天铎. 保留喉功能的梨状窝癌的手术治疗. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志* 2005; 40: 212-216
- 26 李家喜, 高洪明, 郭志祥, 孙兴和, 赵锦荣, 崔晓峰. 保留喉功能下咽癌手术切除与修复. *中华耳鼻咽喉科杂志* 1999; 34: 311-313
- 27 王天铎, 李学忠, 于振坤, 卢永田, 许安廷, 董频, 栾信庸, 姜玉芳. 保留喉功能的下咽癌手术. *中华耳鼻咽喉科杂志* 1999; 34: 197-199
- 28 Lin DT, Cohen SM, Coppit GL, Burkey BB. Squamous cell carcinoma of the oropharynx and hypopharynx. *Otolaryngol Clin North Am* 2005; 38: 59-74, viii
- 29 Gourin CG, Terris DJ. Carcinoma of the hypopharynx. *Surg Oncol Clin N Am* 2004; 13: 81-98
- 30 Haddad R, Tishler RB, Norris CM, Mahadevan A, Busse P, Wirth L, Goguen LA, Sullivan CA, Costello R, Case MA, Posner MR. Docetaxel, cisplatin, 5-fluorouracil (TPF)-based induction chemotherapy for head and neck cancer and the case for sequential, combined-modality treatment. *Oncologist* 2003; 8: 35-44
- 31 Pfreundner L, Hoppe F, Willner J, Preisler V, Bratengeier K, Hagen R, Helms J, Flentje M. Induction chemotherapy with paclitaxel and cisplatin and CT-based 3D radiotherapy in patients with advanced laryngeal and hypopharyngeal carcinoma: a possibility for organ preservation. *Radiother Oncol* 2003; 68: 163-170

- 32 Featherstone CJ, Clarke S, Jackson MA, Shannon KF, McNeil EB, Tin MM, Clifford A, O'Brien CJ. Treatment of advanced cancer of the larynx and hypopharynx with chemoradiation. *ANZ J Surg* 2004; 74: 554-558
- 33 Saarilahti K, Kajanti M, Atula T, Makitie A, Aaltonen LM, Kouri M, Mantyla M. Biweekly escalated, accelerated hyperfractionated radiotherapy with concomitant single-dose mitomycin C results in a high rate of local control in advanced laryngeal and hypopharyngeal cancer. *Am J Clin Oncol* 2004; 27: 589-504

电编 李琪 编辑 菅鑫妍 审读 张海宁

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2006年版权归世界胃肠病学杂志社

• 消息 •

《现代消化及介入诊疗》杂志征稿、征订启事

本刊讯 《现代消化及介入诊疗》(Modern Digestion & Intervention)是国家科技部批准、广东省卫生厅主管、广东省医学会主办、南方医科大学南方医院消化病研究所承办向国内外公开发行的学术性医学期刊。

本刊宗旨是贯彻邓小平理论和“三个代表”思想,报道现代消化病与介入诊疗学的理论研究和临床经验,展示科技成果,加强学术交流,促进科技繁荣。遵循“三主三结合”原则: (1)以临床应用为主,基础理论与临床实践相结合; (2)以普及新技术新业务为主,普及与提高相结合; (3)以现代医学为主,中医与西医相结合,及时传递最新学术信息,刊载优秀论文、专题笔谈和专家读片,突出科学性、先进性和实用性,推动消化病与介入诊疗工作的开展与提高,为人类健康服务。本刊开设栏目有述评、专家论坛、论著(基础与临床)、短篇论著、综述、临床交流、诊疗技术、讲座、会议纪要、学术争鸣、病例分析与个案报道,欢迎投稿,欢迎订阅,请直接与编辑部联系。

本刊为大16开季刊,国内统一刊号: CN44-1580/R, 国际标准刊号: ISSN1672-2159, 广告经营许可证号: 4400004001080, 每期定价12元, 全年48元。地址: 广州市广州大道北1838号南方医科大学南方医院消化编辑部(邮编: 510515) 联系电话: 020-61641547; 传真: 020-87280770; E-mail: jmdi@vip.163.com。