

415 例食管癌患者临床特征及病理资料分析

许良璧, 谭庆华, 后冬梅, 王宇锦, 车筑平

(贵阳医学院附属医院 消化内镜中心, 贵州 贵阳 550004)

[摘要] 目的: 了解贵州省食管癌的临床、病理特征, 研究 TMN 分期情况。方法: 选取 2004 – 2010 年经本院胃镜及病理确诊的食管癌患者 415 例, 记录临床及病理特征; 其中 90 例患者在本医院进行食管癌外科手术, 将其与食管癌 TMN 分期标准进行比较。结果: (1) 男女比例 8.2:1, 60 ~ 69 岁年龄组的发病人数最多 (占 40.5%), 各年中食管癌患者的平均发病年龄差异无统计学意义 ($P > 0.05$); (2) 食管癌年检出率差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 其中 2010 年最高, 而 2004 – 2009 年食管癌检出率差异无统计学意义 ($P > 0.05$); (3) 鳞癌 405 例 (97.6%), 腺癌 10 例 (2.4%); 食管癌部位分布下段 > 中段 > 上段 > 颈部, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); (4) 415 例患者中有 90 例在本医院进行食管癌外科手术治疗, 将其与新分期全球食管癌协作组 (WECC) 病例进行对照, 在 T、N、G、L 分期有显著不同 ($P < 0.05$)。结论: 我省食管癌患者以老年男性为主, 发病部位以食管下段为主, 病理分型以鳞癌为主。就诊普遍较晚。

[关键词] 食管; 癌; 病理学

[中图分类号] R735.1 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2013)01-0089-03

食管癌是常见的恶性肿瘤, 研究显示贵州省食管癌的死亡率低于全国平均水平, 发病率在各种恶性肿瘤中为第 6 位^[1]。食管癌的 2 种主要类型在不同国家和地区分布差异较大。近期, 食管腺癌在西方国家的发病率快速增长。而有关贵州省食管癌的发病特征既往未见大宗报道。本研究是为了了解贵州省 2004 – 2010 年食管癌的临床特点及病理特征, 从而为公共卫生管理部门制定决策提供科学依据。

1 资料与方法

1.1 资料收集

检索贵阳医学院附属医院内镜中心 2004 年 1 月 1 日 ~ 2010 年 12 月 31 日进行胃镜检查、病理确诊食管癌的全部病例共计 415 例, 逐一记录相关内容, 包括患者的性别、年龄、病变部位、内镜下特征以及病理结果, 食管癌的发病部位采用文献 [2] 食管癌的 TMN 分期标准, 即食管癌按部位分为颈部、食管上段、食管中段以及食管下段, 内镜下分别位于距上切牙 15 ~ 20 cm、20 ~ 25 cm、25 ~ 30 cm、30 ~ 40 cm^[3]。415 例食管癌患者中有 90 例在本医院进行食管癌外科手术。查阅患者病历, 记录患者的性别、年龄、病变部位、食管癌分期以及病理结果。

1.2 质量控制

由 2 名医生对录用信息进行核对, 发现问题及时修正。纳入标准为内镜活检及术后病理学检查确诊为食管癌的病例。排除标准为有食管癌病史, 内镜可疑但无内镜活检病理学检查结果的病例; 无详细资料的患者 (主要为只有病理检查, 未进行内镜检查及诊治的患者)。

1.3 统计分析

将全部有效资料编码后用 SPSS 11.5 进一步建立数据库并进行统计分析。主要运用成组分析, 检验水准 α 为 0.05。

2 结果

2.1 一般情况

共有 415 例患者被纳入进行研究, 其中男 370 例, 女 45 例, 男女比例为 8.2:1。发病年龄 34 ~ 90 岁, 平均年龄 (63.2 ± 9.7) 岁, 其中 60 ~ 69 岁年龄组的发病人数最多 (168 人, 40.5%), 其次是 50 ~ 59 岁年龄组 (114 人, 27.5%), 第 3 位的是 70 ~ 79 岁年龄组 (84 人, 20.2%)。2004 – 2010 年各年中, 食管癌患者的平均发病年龄差异无统计学意义 ($F = 1.668, \alpha > 0.05$), 见表 1。

2.2 食管癌检出率的时间分布

2004 – 2010 年 7 年间, 经胃镜及病理确诊食

表 1 415 例食管癌患者临床资料($\bar{x} \pm s, n$)

Tab. 1 Clinical data of 415 esophageal cancer patients

指标	2004 年	2005 年	2006 年	2007 年	2008 年	2009 年	2010 年	总计
患者人数	47	38	46	64	66	61	93	415
年龄	60.8 ± 11.4	63.4 ± 8.2	62.8 ± 9.5	64.4 ± 9.2	64.1 ± 10.1	63.9 ± 8.0	62.6 ± 10.4	63.2 ± 9.7
性别								
男	41	36	41	55	59	52	86	370
女	6	2	5	9	7	9	7	45
部位								
颈段	1	2	1	11	0	6	12	
上胸段	2	2	9	11	9	8	13	54
中胸段	19	18	14	18	25	22	30	146
下胸段	25	16	22	34	31	31	44	203
病理结果								
鳞癌	47	35	46	62	64	61	90	405
腺癌	0	3	0	2	2	0	3	10
其他	0	0	0	0	0	0	0	0
同期胃镜检查人数	10 217	10 103	10 561	11 865	11 441	10 825	12 435	77 447

管癌的人数以及同期进行胃镜检查人数见表 1, 每年食管癌检出率(食管癌患者人数/同期进行胃镜检查者人数)差异有统计学意义($\chi^2 = 18.94, P < 0.05$), 其中 2010 年最高, 2004 - 2009 年 6 年间食管癌检出率差异无统计学意义($\chi^2 = 6.97, P > 0.05$)。

2.3 食管癌的病变性质及部位

7 年间共诊断食管癌 415 例, 其中食管鳞癌 405 例(97.6%), 腺癌 10 例(2.4%), 没有发现其他类型的食管癌。从病变部位来看, 食管下段癌所占比例最大(48.9%), 接着依次是食管中段癌(35.2%)及食管上段癌(13.0%), 食管颈部癌所占比例最少(3%); 食管癌在各部位分布上差异有统计学意义, ($\chi^2 = 323.95, P < 0.05$)。

2.4 食管癌外科手术患者临床特点及病理分期

7 年确诊的 415 例食管癌患者中, 有 90 例在本院接受食管癌外科手术。按文献[2 - 5]TMN 分期标准, 将新分期全球食管癌协作组(WECC)病例, 与 7 年间在本院接受外科手术的 90 例食管癌患者进行对照, 结果见表 2。

3 讨论

3.1 食管癌患者临床特征

通过对 2004 - 2010 年贵阳医学院附属医院诊治的食管癌患者进行回顾性的调查发现, 食管癌的性别差异较大, 男女比率为 8.2:1; 发病年龄集中在 50 岁以后(94%), 峰值年龄为 60 ~ 69 岁(40.5%)。这与重庆及河南的情况有所不同^[6-7]。这些差异可能与选择的研究对象不同有

表 2 WECC 病例组与本院外科手术组病例比较结果($\bar{x} \pm s, n, \%$)

Tab. 2 Comparison of WECC cases with the 90 esophagus carcinoma cases received simple esophagectomy in the hospital

	WECC 病例组	医院病例组	P
临床特点			
年龄	62 ± 11	59.99 ± 10.12	< 0.05
性别			
男	3 562(77.0)	79(87.8)	< 0.05
女	1 064(33.0)	11(12.2)	
肿瘤浸润深度(T 分期)			
pT1	1 040(23.0)	1 (1.0)	
pT2	755(16.0)	31(34.4)	< 0.05
pT3	2 329(51.0)	47(52.2)	> 0.05
pT4	150 (3.3)	11(12.2)	< 0.05
淋巴结转移(N 分期)			
pN0	2 584(56.0)	48(53.3)	> 0.05
pN1	2 032(44.0)	21(23.3)	< 0.05
pN2	0	16(17.8)	
pN3	0	5 (5.6)	
远处淋巴结转移(M 分期)			
pM0	4 208(92.0)	89(98.9)	
PM1	356 (7.8)	1 (1.0)	
肿瘤分化程度(G 分期)			
高分化	1 228(32.0)	20(22.2)	< 0.05
中分化	1 257(33.0)	61(67.8)	< 0.05
低分化	1 324(35.0)	6 (6.7)	< 0.05
未分化	7	0	
原发肿瘤位置(L 分期)			
胸上段	177 (4.1)	13(14.4)	< 0.05
胸中段	1 172(27.0)	33(36.7)	< 0.05
胸下段	2 995(69.0)	44(48.9)	< 0.05
细胞类型			
腺癌	2 754(60.0)	3 (3.3)	
鳞癌	1 813(40.0)	87(96.7)	

注: 医院患者中有 3 名患者肿瘤细胞分化程度未做记录

关,重庆和河南的研究对象均是接受外科手术的患者,也可能是单中心研究的局限性造成的。因此建立国内食管癌前瞻性多中心协作研究是有必要的。

食管癌年份的分布特征显示,2004 - 2009 年食管癌的检出率差异没有统计学意义,而 2010 年食管癌的检出率明显增加,这可能与贵州省在 2008 年以后,农村及城市医疗保险逐步推出,就诊患者增多有关,也不能忽视食管癌发病率增加这种可能性。

在本研究中,食管癌的病理类型以鳞癌为主(97.6%),腺癌仅占 2.4%,没有发现其他类型的食管癌,这与国内的研究基本一致。近期研究显示美、英等国家的白人食管腺癌的发病率超过了鳞癌,本研究没有发现食管腺癌的发生有上升趋势。

本研究中食管下段的癌最常见(48.9%)。这与既往国内报道的食管中段癌最常见不同,这是由于采用的标准不一致有关。第 7 版食管癌 TMN 分期,食管癌灶邻近器官远比其在食管被人为划归的位置更重要,因此将食管癌重新分段^[2]。然而方文涛等^[4]的报道中,同样采用第 7 版食管癌 TMN 分期标准对食管癌发病部位进行研究,食管中段仍是食管癌的高发部位(56%)。这是地区差异所致,还是其他原因引起,有待研究。本研究发现一部分食管癌波及长度较大,呈纵向生长,甚至达 7 ~ 8 cm;有些食管癌横跨上中或中下段生长,两端基本对称生长,很难对肿瘤中心部位进行辨别,因此对肿瘤发病部位判断造成一定困难。近期研究显示食管鳞癌发病部位的不同,可能对 T2 - 3N0M0 这部分患者的分期造成影响,与患者的预后及生存率有关。因此,对于食管癌的部位判断还需要进一步商讨。

3.2 食管癌手术组患者临床特征

纳入本研究的 415 例患者中有 90 例接受食管癌外科手术治疗(以下称为医院组)。将这 90 例患者的临床、病理特征及手术后 TMN 分期与全球食管癌协作组(WECC)病例组患者进行比较,医院组患者的平均年龄显著低于 WECC 组;两组都以男性为主,但医院组男性显著多于 WECC 组,发病部位都以食管下段为主,但 WECC 组(69%)中,病变位于食管下段的显著多于医院组(48.9%)。

从病理学特征上来看,医院组的患者绝大多数为鳞癌(96.7%),多数为中分化(67.8%),而

WECC 组以腺癌(60%)为主,有明显不同。这种差异主要是因为 WECC 组的病例多数来自于欧美国家,只有 2 个机构来自亚洲(分别来自于中国 and 香港地区),体现了食管癌病理学特征在不同地区间的差异。

T 分期对手术根治性切除至关重要。医院手术组患者只有 1 例是 T1 期,说明对食管癌的早期诊断工作开展不足。因此,应该加强对内镜医生培训,提高早期食管癌的诊断水平,同时应加强 50 岁后男性的食管癌普查工作。N 分期是决定预后的关键因素。新分期标准要求淋巴结清扫至少 12 枚,才能保证 N 分期敏感性达到 90% 以上。医院组患者淋巴结清扫数目为(13.82 ± 8.48)枚。WECC 组与医院组 N0 期差异没有统计学意义,在一定程度上提现了两组间淋巴结清扫方式相似。医院组中 N2、N3 患者占 23.6%,说明患者就诊较晚。

由以上分析可知,医院食管癌患者特征是以老年男性、食管下段进展期鳞癌为主,从临床和病理特征上来看,与 WECC 组差异较大,有必要根据这些特征,制定国内食管癌的分期及诊疗标准。有关预后及随访工作,还在进一步进行之中。

4 参考文献

- [1] 李连弟. 1990 - 1992 年中国恶性肿瘤死亡流行分布情况分析[J]. 中华肿瘤杂志,1996(6):403.
- [2] Rice TW, Blackstone EH, Rusch VW. 7th edition of the AJCC cancer staging manual: esophagus and esophagogastric junction[J]. Ann Surg Oncol, 2010(7):1721 - 1724.
- [3] Rice TW, Rusch VW, Apperson-Hansen C, et al. Worldwide esophageal cancer collaboration[J]. Dis Esophagus, 2009(1):1 - 8.
- [4] 方文涛. 第七版国际抗癌联盟食管鳞癌分期解读[J]. 上海交通大学学报(医学版),2011(3):265 - 270.
- [5] 陈龙奇. 制定 2009 第七版食管癌 TMN 分期标准[J]. 中国胸心血管外科临床杂志,2008(1):52 - 55.
- [6] 乌日图牧仁,曾波,熊刚,等. 726 例食管癌患者分布特征分析[J]. 中华疾病控制杂志,2011(2):95 - 97.
- [7] 刘巍,郝希山,晋颖,等. 4329 例手术后食管癌临床病理资料分析[J]. 中国肿瘤临床,2008(5):241 - 244.

(2012-10-09 收稿,2012-11-29 修回)

编辑:张丽君