

对脊柱转移癌外科治疗策略再认识

doi: 10.3969/j.issn.1004-406X.2011.07.02

中图分类号: R738.1 文献标识码: C 文章编号: 1004-406X(2011)-07-0531-04

肖建如(上海长征医院骨肿瘤外科 200003 上海市)

脊柱转移癌是脊柱肿瘤中最常见的类型,约占脊柱肿瘤的 70%。近年来,随着环境污染及人口老龄化的加重,脊柱转移癌发病率逐年增高。伴随着检测手段日益进步,尤其是 PET-CT 等先进影像学检测技术的应用,脊柱转移癌的确诊率不断提高。但是,如何合理地治疗脊柱转移癌依然是脊柱肿瘤外科争论的热点。既往脊柱转移癌的治疗均以放、化疗为主,外科治疗仅限于姑息减压手术。近些年来,关于脊柱转移癌治疗的整体理念已发生根本性转变,外科治疗由既往的消极、被动转向积极、主动。研究证实,外科手术辅以放、化疗比单纯放、化疗对于改善患者生存质量、甚至延长生存期有着更好的疗效。然而,选择正确合理的手术治疗方式恰恰是脊柱转移癌外科治疗中最为困难和最具争议的环节^[1-3]。脊柱转移癌的外科治疗不同于原发脊柱肿瘤的治疗,必须充分地意识到脊柱转移是全身转移的一部分。医生一旦为患者选择了外科手术方式,则应充分认识到所采取的手术方式必须有助于改善其有限生存期内的生活质量或延长患者生存期。因此,在选择手术方式时更多地是在“利”与“弊”之间寻找“平衡点”。就个体而言,手术“利”的方面在于:可恢复或保留神经功能、缓解或减轻疼痛、重建脊柱稳定和切除局部肿瘤;而“弊”的方面在于:手术并发症可能导致患者生存质量下降并可增加患者的经济负担。如何找到恰当的“平衡点”,是脊柱肿瘤外科医生在抉择时应慎重思考的关键问题^[4-5]。

目前国外相继报道了根据脊柱转移癌预后评估的评分系统以指导外科手术治疗,主要有 Harrington 分级、Tomita 评分和 Tokuhashi 改良评分等。然而,目前的评分系统均不尽完善,对患者的个体化预后评判均存在一定的偏差。研究表明 Tokuhashi 评分在脊柱转移癌的近期预后方面较为准确,而 Tomita 评分则在远期预后方面较为准确^[4-6]。

脊柱转移癌具体手术方式可分为单纯减压、附件切除、椎体切除、全脊椎切除(分块切除或整块 En bloc 切除)。就目前而言,各种手术方式对于脊柱转移癌生存期的影响还没有循证医学的证据支持,由于受到伦理学影响,关于脊柱转移癌手术方式选择较难开展双盲对照研究^[7]。但研究表明,对于单发、孤立脊柱转移癌采取彻底的手术切除方式对于患者生存质量的改善、降低面部复发率具有重要价值;然而,由于靶向治疗及抑制骨溶解药物的显著疗效,一些癌症患者的中位生存期明显延长,当今脊柱转移癌的外科治疗策略需要重新认识,手术适应证已不再局限于孤立性转移病灶,国外学者对多个椎体节段多处转移病灶实施手术联合放化疗、脊柱转移癌术后局部复发再手术的报道屡见不鲜,这值得我们深思和甄别^[2,7]。我们对一些中位生存期较长的多发脊柱转移癌患者,有选择地分期采取了穷追猛打的手术策略和综合治疗,达到了改善生活质量和延长生命的双重目的。当然,我们应该根据所处的地域条件、自身技能、患者原发及转移癌灶的状况合理地选择其外科治疗策略。

参考文献

1. Quraishi NA, Gokaslan ZL, Boriani S. The surgical management of metastatic epidural compression of the spinal cord[J]. J Bone Joint Surg Br, 2010, 92(8): 1054-1060.
2. Choi D, Crookard A, Burger C, et al. Review of metastatic spine tumour classification and indications for surgery: the consensus statement of the Global Spine Tumour Study Group[J]. Eur Spine J, 2010, 19(2): 215-222.
3. Polly DW Jr, Chou D, Sembrano JN, et al. An analysis of decision making and treatment in thoracolumbar metastases[J]. Spine, 2009, 34(22 Suppl): S118-127.
4. Tokuhashi Y, Ajiro Y, Umezawa N. Outcome of treatment for spinal metastases using scoring system for preoperative evaluation of prog-

- nosis[J].Spine, 2009, 34(1):69-73.
5. Fisher CG, Dipaola CP, Ryken TC, et al. A novel classification system for spinal instability in neoplastic disease: an evidence-based approach and expert consensus from the spine oncology study group[J].Spine, 2010, 35(22):E1221-E1229.
6. Tokuhashi Y, Matsuzaki H, Oda H, et al. A revised scoring system for preoperative evaluation of metastatic spine tumor prognosis[J]. Spine, 2005, 30(19):2186-2191.
7. Sundaresan N, Boriani S, Okuno S. State of the art management in spine oncology: a worldwide perspective on its evolution, current state, and future[J].Spine, 2009, 34(22 Suppl):S7-S20.

En bloc 手术能否提高脊柱转移性肿瘤患者生存期?

吕国华(中南大学湘雅二医院脊柱外科 410011 长沙市)

脊柱是转移性肿瘤最常累及的部位, 未经治疗的患者平均生存期为 7(3~16)个月, 若肿瘤侵犯到硬脊膜者生存期仅有 3~6 个月^[1]。对于脊柱转移性肿瘤, 临床上多采用手术、放疗、化疗或免疫等综合手段进行干预。手术目的在于缓解疼痛、解除脊髓神经压迫、重建脊柱稳定性和改善患者生活质量。目前用于脊柱转移性肿瘤的外科方法较为多样, 其中以 En bloc 技术的应用最为引人注目^[2]。与分块切除(piecemeal)不同, En bloc 手术是在肿瘤边缘外, 根据位置不同, 选用一期后路、前-后或后-前-后联合入路等方式, 应用特制 T-saw 将病灶进行整体移除。对于预计生存期大于半年、脊柱转移性肿瘤病灶为单发或较局限且能耐受手术者实施 En bloc 技术, 可以阻止肿瘤细胞播散到邻近组织、减少术后局部肿瘤复发, 并达到有效的外科治疗目的^[2-3]。然而, En bloc 手术难度大, 风险高, 术中出血多, 手术时间长, 能否提高脊柱转移性肿瘤患者生存期则存有争议。Cloyd 等^[2]系统分析了 77 例脊柱单发转移性肿瘤, 平均随访时间是 26.5 个月, En bloc 术后 1 年生存率为 61.8%, 5 年生存率为 37.5%, 10 年生存率为 0%。Sundaresan 等^[4]回顾性研究了 80 例脊柱单发转移性肿瘤伴不同程度的神经功能损害, En bloc 术后平均生存期为 30 个月, 5 年以上生存率为 18%。Li 等^[5]报告了 En bloc 手术和分块切除手术治疗 131 例脊柱转移性肿瘤, En bloc 手术患者术后复发率显著低于肿瘤分块切除组, 但两组生存期并无统计学差异。

造成上述研究差异的原因是多方面的, 如缺乏对照, 有限的临床样本量和较短的随访时间等。但笔者认为, En bloc 手术的应用能否提高脊柱转移性肿瘤患者生存期, 不仅受原发肿瘤的病理类型、肿瘤对全身脏器的影响以及术前躯体功能状况等因素影响^[6], 还与 En bloc 术前对肿瘤全面准确地评估密切相关。关于术前评价脊柱转移性肿瘤, 常参考 Tomita 或改良的 Tokuhashi 系统, 前者^[7]基于原发性肿瘤的恶性程度分级、内脏转移肿瘤和骨转移性肿瘤三因素进行手术选择, 对于 2~3 分者建议采取广泛或边缘性 En bloc 手术切除, 可以达到长期控制局部肿瘤。而改良的 Tokuhashi 评分^[8]则参照整体医疗状态、脊柱外转移性肿瘤数目、脊柱转移性肿瘤数目、重要脏器转移严重程度、原发恶性肿瘤的类型和脊髓功能等 6 个因素对脊柱转移性肿瘤患者进行术前评价。两种系统中尤其是 Tomita 评分体系, 具有定量和简便等优点, 目前已成为许多外科医师合理选择 En bloc 手术治疗脊柱转移性肿瘤的重要依据。Tomita 等^[7]根据 Tomita 评分治疗 61 例脊柱转移性肿瘤, 28 例采用 En bloc 手术方式, 患者平均生存期达到 38.2 个月, 其中 26 例手术局部肿瘤得到控制。Yamashita 等^[9]应用改良的 Tokuhashi 系统, 对评分在 9~11 分, 脊柱为单发转移性肿瘤(预计生存期大于半年)和评分在 12 分以上(预计生存期大于 12 个月)的 85 例患者进行 En bloc 手术, 结果证明改良的 Tokuhashi 评分与生存期有显著相关性。以上研究提示, 脊柱转移性肿瘤术前全面评价对提高生存期具有重要意义。

总之, 对脊柱转移性肿瘤术前进行系统评价, 有助于合理选择 En bloc 手术、改善患者生存质量和延长生存期。另外, 整块移除肿瘤病灶时应根据术者经验、病灶部位和肿瘤分期来合理选择手术入路, 以达到应用 En bloc 手术治疗脊柱转移性肿瘤的外科目的。