

- 2 梁立华, 吴菊芳, 陈耀强, 等. 64 层螺旋 CT 冠状动脉成像伪影产生原因分析 [J]. 中华放射学杂志, 2008, 42(9): 923-926
- 3 Al Fagih A, Al Ghamdi SA, Dagriri K, *et al.* Controlling rate and rhythm increases feasibility of CT angiography in atrial fibrillation [J]. *Clinical Medicine & Research*, 2010, 8(2): 96-98
- 4 Kroft LJ, de Roos A, Geleijns J. Artifacts in ECG - synchronized MDCT coronary angiography [J]. *AJR*, 2007, 189(9): 581-591
- 5 Vogl TJ, Abolmaali ND, Diebold T. *et al.* Techniques for the detection of coronary atherosclerosis: multi - detector row CT coronary angiography [J]. *Radiology*, 2002, 223(1): 212-220
- 6 孙钢, 李国英, 李敏, 等. 320 层容积 CT 无心率(律)控制的冠状动脉血管成像在冠心病高危人群中的初步应用 [J]. 中华放射学杂志, 2009, 43(11): 1142-1147
- 7 Menzel HG, Schibilla H, Teunen D. Guidelines on radiation dose on the patient [M]. *European Guidelines on Quality Criteria for Computed Tomography*, 2006: 32-33
- 8 施丽芳. 永久起搏器安置术后的动态起搏心电图分析 [J]. 实用心电学杂志, 2010, 19(13): 177-178
- 9 李国英, 孙钢, 李敏, 等. 320 排动态容积 CT 对心律失常冠状动脉成像价值的研究 [J]. 实用放射学杂志, 2009, 25(10): 1420-1424
- 10 Heuschmid M, Kuettner A, Schroeder S, *et al.* ECG - gated 16 - MDCT of the coronary arteries: assessment of image quality and accuracy in detecting stenosis [J]. *AJR*, 2005, 184(5): 1413-1419
- 11 Garcia MJ, Lessick J, Hoffmann MHK. Accuracy of 16 - row multidetector computed tomography for the assessment of coronary artery stenosis [J]. *JAMA*, 2006, 296(4): 403-411
- 12 Ferencik M, Nomura CH, Maurovich - Horvat P, *et al.* Quantitative parameters of image quality in 64 - slice computed tomography angiography of the coronary arteries [J]. *Eur J Radiol*, 2006, 57(3): 373-379
- 13 Wintersperger BJ, Nikolaou K, von Ziegler F, *et al.* Image quality, motion artifacts, and reconstruction timing of 64 - slice coronary computed tomography angiography with 0.33 - second rotation speed [J]. *Invest Radiol*, 2006, 41(5): 436-442
- 14 Pannu HK, Jacobs JE, Lai S, Fishman EK. Coronary CT angiography with 64 - MDCT: assessment of vessel visibility [J]. *AJR*, 2006, 187(1): 119-126
- 15 Leshka S, Husmann L, Desbiolles LM, *et al.* Optimal image reconstruction intervals for non - invasive coronary angiography with 64 - slice CT [J]. *Eur Radiol*, 2006, 16(9): 1964-1972
- 16 Meyer LT, Boll DT. Novel technique for addressing streak artifact in gated dual - source MDCT angiography utilizing ECG - editing [J]. *Eur Radiol*, 2008, 18(11): 2446-2448
- 17 Steigner ML, Otero HJ, Cai T, *et al.* Narrowing the phase window width in prospectively ECG - gated single heart beat 320 - detector row coronary CT angiography [J]. *Int J Cardiovasc Imaging*, 2009, 25(1): 85-90

(收稿: 2011-05-18)

(修回: 2011-05-31)

以转移灶为首发临床表现的肾癌患者临床特征分析

田 军 李长岭 马建辉 肖振东 寿建忠 肖泽均 王 栋 毕新刚 管考鹏

摘 要 **目的** 分析以转移灶为首发临床表现肾癌患者的临床特征。**方法** 回顾性分析了 32 例以转移灶为首发临床表现肾癌患者的临床资料, 男性 24 例, 女性 8 例, 中位年龄 56 岁。**结果** 患者以骨转移灶(下肢痛 4 例、胸痛 3 例、背痛 3 例、枕部结节 3 例、胸壁肿物 2 例、肩疼 1 例、髂区痛 1 例、下肢麻木 1 例)、肺转移灶(咳嗽 7 例、咳血 2 例、体检发现肺占位 2 例)、脑转移灶(头痛 1 例、头晕 1 例)及淋巴结转移灶(颈部肿物 1 例)的症状和体征为首发临床表现。多发转移 27 例、单发转移 5 例。透明细胞癌 31 例、乳头状癌 1 例。肾肿瘤中位直径 7.5 cm。有肾原发灶病理资料的 28 例患者中, T₁ 期 7 例、T₂ 期 12 例、T_{3a} 期 9 例, G₁ 2 例、G₂ 11 例、G₃ 12 例、G₄ 3 例, 11 例伴脉管瘤栓。全身治疗为干扰素 - α + 白细胞介素 - II (24 例)、索拉非尼 (4 例) 及舒尼替尼 (4 例)。28 例行减瘤肾切除术, 11 例行转移灶姑息放疗或切除。本组 30 例获随访, 23 例死亡, 患者的中位生存期 10 个月 (4 个月 ~ 7 年)。2 例单发骨转移的患者, 经全身治疗联合减瘤肾切除及转移灶切除或放疗, 分别无瘤生存 7 年及 19 个月。**结论** 以转移灶为首发临床表现的肾癌患者, 骨转移造成的临床表现最为常见。患者多为多发转移、伴不良病理预后因素, 预后差、生存期短。对孤立骨转移的患者, 全身治疗辅以原发灶及转移灶的姑息治疗, 部分患者可能长期生存。

关键词 肾细胞癌 转移 临床表现

Clinical Analysis of Patients with Renal Cell Carcinoma Initially Manifesting Based on Metastatic Disease. Tian Jun, Li Changling, Ma Jianhui, *et al.* Department of Urology, Cancer Hospital of Chinese Academy of Medical Sciences/Peking Union Medical College, Beijing

作者单位: 100021 北京, 中国医学科学院/北京协和医学院肿瘤医院泌尿外科

通讯作者: 李长岭, 电子信箱: changlls@yahoo.com.cn

100021, China

Abstract Objective To analyze the clinical features of patients with renal cell carcinoma (RCC) initially manifesting based on metastatic disease. **Methods** We retrospectively reviewed clinical data of 32 RCC patients with initial manifestations caused by metastatic disease. Twenty-four men and 8 women were identified with a median age of 56 years. **Results** The initial manifestations were caused by bone metastasis (4 cases of leg pain, 3 of chest pain, 3 of back pain, 3 of occipital mass, 2 of chest mass, 1 of shoulder pain, 1 of iliac region pain and 1 of acroanesthesia of legs), lung metastasis (7 of cough, 2 of hemoptysis and 2 of detected lung mass in health examinations), brain metastasis (1 of headache and 1 of dizziness) and lymph node metastasis (1 of cervical mass). Twenty-seven cases had multiple and 5 had single metastasis. Thirty-one cases were clear cell carcinoma and 1 was papillary carcinoma. The median diameter of renal tumor was 7.5 cm. Of the 28 patients who had primary renal tumor pathological data, stages were 7 with T₁, 12 with T₂, 9 with T_{3a}. Grades were 2 with grade 1, 11 with grade 2, 12 with grade 3 and 3 with grade 4. Vessel tumor embolus were seen in 11 cases. Systemic treatment were interferon alfa combined with interleukin-Ⅱ (24 cases) or sorafenib (4 cases) or sunitinib (4 cases). Twenty-eight patients had cytoreductive nephrectomy. Eleven had palliative radiation therapy or ablation for the metastatic diseases. **Conclusions** Manifestations caused by bone metastasis is the most common sings or symptoms in patients with RCC initially manifesting based on metastatic disease. The majority patients had multiple metastasis and usually with poor pathological prognostic factors. The prognosis of these patients was poor and life span was short. Systemic treatment combined with palliative therapy for primary and metastatic disease seems to be effective in achieving relatively long-term survival in some patients with single bone metastasis.

Key words Renal cell carcinoma; Metastasis; Manifestations

以转移灶的临床表现为首发的肾癌患者少见,国内外的相关研究也多为个案报道,缺乏成组病例的总结,临床上对此类患者的临床特征认识不足^[1]。笔者医院 2001 年 1 月~2009 年 12 月期间共收治肾癌患者 1590 例,其中以转移灶的临床表现为首发的患者 32 例,仅占 2.0%。本文结合文献,对以转移灶的症状和体征为首发的肾癌患者的临床表现、病理特征及治疗特点进行分析,报道如下:

对象与方法

1. 一般情况:本组 32 例,男性 24 例,女性 8 例。中位年龄 56 岁(33~72 岁)。病程 14 天~24 个月,中位病程 2 个月。所有患者均经病理诊断证实。

2. 临床表现与病理特征:以骨转移灶的临床表现为首发的患者 18 例:骨痛 12 例(下肢疼痛 4 例、胸痛 3 例、背痛 3 例、肩部疼痛 1 例、髂区疼痛 1 例)、肿物 5 例(枕部结节 3 例、胸壁肿物 2 例)、下肢麻木 1 例;以肺转移灶的临床表现为首发的患者 11 例:咳嗽 7 例、咳血 2 例、体检 X 线胸片发现肺部占位 2 例;以脑转移灶的临床表现为首发的患者 2 例:头痛 1 例、头晕 1 例;以淋巴结转移灶的临床表现为首发的患者 1 例:颈部肿物。本组有 10 例患者行转移灶切除(6 例)或穿刺活检(4 例)后,经病理检查提示才发现肾原发肿瘤。经影像学检查,32 例患者中 27 例为多发转移,5 例为单发转移(均为骨转移)。病理类型为透明细胞癌 31 例、乳头状癌 1 例;肾原发肿瘤中位直径为 7.5cm(2.5~16.0cm)。依照 2002 年美国癌症联合会肾肿瘤分期标准及 Fuhrman 肾肿瘤分级标准,有我院肾原发灶病理资料的 28 例患者,病理分期为:T₁ 期 7 例、T₂ 期 12 例、T_{3a} 期 9 例,病理分级为:G₁ 2 例、G₂ 11 例、G₃ 12 例、G₄ 3 例。这 28 例患者中 11 例伴脉管瘤栓、3 例伴肉瘤样

分化。

3. 治疗与预后:32 例患者均接受了全身治疗,其中细胞因子治疗 24 例:干扰素-α 300 万~600 万 U,肌肉注射,3 次/周,白细胞介素-2 200 万 U,肌肉注射,3 次/周,6~8 周为 1 个周期,可评估疗效者 18 例,部分反应(partial response, PR) 1 例、病灶稳定(stable disease, SD) 2 例、病灶进展(progression disease, PD) 15 例,反应率(response rate, RR) 为 5.6%。靶向治疗 8 例:索拉非尼治疗 4 例,400mg,每日 2 次,疗效为 PR 2 例、SD 2 例;舒尼替尼治疗 4 例,50mg/d,疗效为 PR 2 例、SD 2 例;靶向治疗 RR 为 50%。原发灶的治疗:减瘤肾切除术 28 例、肾动脉导管栓塞 2 例。转移灶的姑息治疗:骨转移灶放疗 7 例,剂量 20~60Gy,脑转移灶放疗 2 例,剂量 30Gy,骨转移灶切除 2 例。

结 果

本组 30 例获得随访,失访 2 例。中位随访期 12 个月(4 个月~7 年)。23 例患者死亡,中位生存时间 10 个月(4 个月~7 年)。无瘤生存 2 例,均为单发骨转移的患者,都接受了减瘤肾切除,1 例行踝骨转移灶切除及细胞因子治疗,无瘤存活 7 年,另 1 例行肋骨转移灶放疗及舒尼替尼治疗,无瘤存活 19 个月。

讨 论

肾癌的首发临床表现可以是血尿、腰痛、腹部肿块等“肾癌三联征”,也可以无明显临床表现而由影像学检查发现肾肿瘤。由于肾癌易发生远处转移,而原发灶由于位置隐蔽可以无明显的症状或体征,因此一些肾癌患者可以以转移灶的临床表现就诊。但由于此类患者较为少见(本组仅占同期收治肾癌患者的 2.0%),临床上肾原发灶的诊断易被延误。本组

有 45% (10 例) 的患者既是通过转移灶切除或活检病理检查提示后才发现肾脏原发灶。

Wahner - Roedler 和 Sebo 等^[2]通过 Medline 检索了肾癌以转移灶为首发临床表现的报道,首先出现临床表现的转移灶部位多达 50 个,几乎涵盖身体各个器官,包括颅脑、脊髓、眼、鼻腔、口咽、牙龈、甲状腺、喉、乳腺、心脏、肺、软组织、皮肤、骨关节、阴道、阴茎、前列腺等,患者可以罕见的症状如鼻衄、咽痛、心肌梗死、阴道肿物等就诊。本组临床资料显示,以转移灶的临床表现为首发的肾癌患者中,骨转移造成的症状和体征最为常见,其次为肺转移形成的临床表现。肾癌最常见的转移部位为肺,其次为骨骼,但肺转移灶常无明显症状,文献报道在肺转移瘤患者中,有症状者仅占 26.8%,而骨转移瘤的患者超过 50% 会表现出相应的症状或体征,这可能是本组中以骨转移灶的临床表现为首发的患者最为多见的原因^[3-5]。本组以骨和肺转移灶的表现为首发的患者占全组的 90%,因而,临床上对以骨转移或肺转移的表现就诊的患者,都应考虑原发肿瘤是否来源于肾脏。

本组的病理资料显示,以转移灶的临床表现为首发的肾癌患者中,肾原发肿瘤多有不良预后因素:肿瘤直径较大(中位直径达 7.5cm)、T 分期较晚(32% 侵犯肾周脂肪)、分级较高(Fuhrman 分级 3 级及 4 级占 54%)或伴有脉管瘤栓(39%)。本组临床资料显示,以转移灶表现就诊的肾癌患者中,多数已伴有其他部位的多发转移,单发转移的患者仅占 15.6%。因此,临床上对以转移灶临床表现为首发的肾癌患者,均应做胸、腹部 CT 及骨扫描等全面检查,以明确全身转移灶的情况。

本组患者以全身治疗为主,辅以减瘤性肾切除及转移灶的姑息手术或放疗。靶向治疗能明显延长晚期肾癌患者的无病生存期及总生存期,本研究中靶向治疗的反应率(50%)明显高于细胞因子(5.6%)。本组 87.5% 的患者接受了减瘤性肾切除,文献报道 IFN- α 或血管生成抑制剂联合减瘤肾切除,较单独使用 IFN- α 或靶向治疗可显著延长患者无进展生存期及生存期^[6,7]。以转移灶临床表现为首发的肾癌患者已属晚期,文献报道与根治性肾切除术后异时出现转移的肾癌患者相比,其预后更差,患者的平均

生存期不超过 1 年,本组患者中位生存期仅为 10 个月,考虑可能与此类患者多伴有不良预后因素有关^[1,8]。但有 2 例单发骨转移的患者,予细胞因子或靶向治疗,并行减瘤肾切除及转移灶的切除或放疗,分别无瘤生存 7 年及 19 个月。文献也有报道对肾癌伴孤立转移的患者,经全身治疗并切除原发灶及转移灶,部分患者可能获得长期生存^[3,9]。

以转移灶的临床表现为首发的肾癌患者较为少见,肾原发灶的诊断常易延误。此类患者的临床表现以骨转移灶造成的症状和体征如骨痛和肿块等最为常见。因患者已为晚期,多伴不良病理预后因素,治疗效果差、生存期短。但对孤立骨转移的患者,全身治疗辅以积极的减瘤性肾切除及转移灶的姑息治疗,可能延长患者的生存期。

参考文献

- 1 Novick AC, Campbell SC. Renal Tumors[M]//8th edition. St. Louis, MO: Elsevier, 2002;2686 - 2722
- 2 Wahner - Roedler DL, Sebo TJ. Renal cell carcinoma: diagnosis based on metastatic manifestations[J]. Mayo Clin Proc, 1997, 72(10):935 - 941
- 3 Flanigan RC, Campbell SC, Clark JI, *et al.* Metastatic renal cell carcinoma[J]. Curr Treat Options Oncol, 2003, 4(5):385 - 390
- 4 卢泰祥,赵充,朱兰才,等. 肺转移瘤的临床分析[J]. 癌症, 2009, 19(7):719 - 720
- 5 中华医学会骨科学分会骨肿瘤学组. 骨转移瘤外科治疗专家共识[J]. 中华骨科杂志, 2009, 29(12):1177 - 1183
- 6 Coppin C, Porzolt F, Awa A, *et al.* Immunotherapy for advanced renal cell cancer[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2005, 25(1):1425 - 1436
- 7 Barbastefano J, Garcia JA, Elson P, *et al.* Association of percentage of tumour burden removed with debulking nephrectomy and progression - free survival in patients with metastatic renal cell carcinoma treated with vascular endothelial growth factor - targeted therapy[J]. BJU Int. 2010, 106(9):1266 - 1269
- 8 Negrier S, Escudier B, Gomez F, *et al.* Prognostic factors of survival and rapid progression in 782 patients with metastatic renal carcinomas treated by cytokines: a report from the Groupe Français d'Immunothérapie[J]. Ann Oncol, 2002, 13(9):1460 - 1468
- 9 Gözen AS, Canda AE, Naser M, *et al.* Painful leg: a very unusual presentation of renal cell carcinoma, case report and review of the literature[J]. Urol Int, 2009, 82(4):472 - 476

(收稿:2011 - 07 - 14)

(修回:2011 - 08 - 23)