

[文章编号]1672-3244(2010)03-0219-06

老年人口腔颌面部肉瘤 33 例临床分析

高宪超¹, 季彤¹, 钟来平¹, 魏魁杰¹, 王丽珍², 乔士冲¹

(1.上海交通大学医学院附属第九人民医院·口腔医学院 口腔颌面外科,
2.口腔病理科,上海市口腔医学重点实验室,上海 200011)

[摘要] 目的:探讨老年人口腔颌面部肉瘤的临床特点及预后。方法:收集 2000—2009 年治疗的 33 例老年人(>60 岁)口腔颌面部肉瘤病例进行回顾性分析。利用 SPSS12.0 软件包进行统计学分析,预后影响因素采用 χ^2 检验。根据随访资料,采用乘积极限法统计生存率。结果:33 例患者中,男 23 例,女 10 例。平均年龄 71 岁(61~88 岁),平均随访时间 21 个月(3~83 个月)。随访患者 29 例,失访患者 4 例,随访率为 87.88%。随访患者中,原发病例 20 例,因肉瘤复发就诊(复发病例)9 例。随访病例均经手术治疗,其中单纯手术治疗 12 例,术后辅助放疗 9 例,术后辅助放化疗 8 例。经 χ^2 检验,单纯手术治疗组和术后辅助放化疗组对预后有显著影响($P<0.05$)。原发病例中,术后局部复发 11 例,复发率 55%。复发病例中,7 例术后出现复发,2 例出现远处转移。随访病例中,1 年生存率为 69%,3 年生存率为 40.8%,5 年生存率为 25.4%。单纯手术治疗组和术后联合放化疗组的生存函数采用 Log rank 检验进行比较,差异具有显著性。结论:手术是治疗老年人口腔颌面部肉瘤的主要手段。根治性手术联合术后放化疗对改善老年肉瘤患者的预后可能有益。

[关键词] 口腔颌面部;肉瘤;治疗;老年人

[中图分类号] R739.8 [文献标志码] A

Sarcoma of the elderly in oral and maxillofacial region: Clinical analysis of 33 consecutive patients GAO Xian-chao¹, JI Tong¹, ZHONG Lai-ping¹, WEI Kui-jie¹, WANG Li-zhen², QIAO Shi-chong¹. (1. Department of Oral and Maxillofacial Surgery, 2. Department of Oral Pathology, College of Stomatology, Ninth People's Hospital, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai Key Laboratory of Stomatology, Shanghai 200011, China)

[Abstract] **PURPOSE:** To report outcome on patients over 60 years of age with sarcoma in oral and maxillofacial region, with respect to clinical behaviors, treatment and prognosis. **METHODS:** Retrospective analysis of patients over 60 years of age with histologically proven oral and maxillofacial sarcomas treated in Dept. of Oral and Maxillofacial Surgery, Ninth people's Hospital, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, from 2000 to 2009 were performed. Differences between groups were assessed using Chi-squared test. Overall survival was calculated using Kaplan-Meier product limit method and the impact of prognostic factors was assessed using the Log rank test in univariate analysis. **RESULTS:** During this period, 33 patients with oral and maxillofacial sarcomas were registered. The average follow-up was 21 months (3 to 83 months). 29 patients were followed up, with 20 referred for treatment of primary disease. The remaining 9 patients were treated for recurrent or incompletely excised disease. Treatment protocols were surgery alone, postoperative radiotherapy and postoperative radiotherapy plus adjuvant chemotherapy in 12, 9 and 8 cases, respectively. An univariate analysis indicated that significant poor prognostic factors for overall survival without postoperative radiotherapy plus adjuvant chemotherapy treatment. The 1-, 3- and 5-year survival rates for the entire group were 69%, 40.8% and 25.4%. **CONCLUSION:** Radical resection associated with postoperative radiotherapy plus adjuvant chemotherapy of

[收稿日期] 2009-11-26; [修回日期] 2010-01-25

[基金项目] 上海市科学技术委员会资助项目(08DZ2271100);
上海市卫生局资助项目(2009076)

[作者简介] 高宪超(1983-),男,在读硕士研究生,

E-mail: gaioxianchao2004@yahoo.com.cn

[通信作者] 季彤, Fax: 021-63136856, E-mail: jitung70@hotmail.com

©2010 年版权归《中国口腔颌面外科杂志》编辑部所有

oral and maxillofacial sarcomas may be important prognostic factors affecting survival of the elder patients with oral and maxillofacial sarcoma. Supported by Research Fund of Science and Technology Commission of Shanghai Municipality (Grant No.08DZ2271100) and Grant from Shanghai Municipal Bureau of Health (Grant No.2009076).

[Key words] Oral and maxillofacial region; Sarcoma; Treatment; Elderly

China J Oral Maxillofac Surg, 2010, 8(3): 219-224.

口腔颌面部肿瘤绝大多数系上皮来源, 淋巴瘤次之, 肉瘤相对少见, 约占口腔颌面部恶性肿瘤的1%~10%^[1-2]。肉瘤的组织学类型较多, 部分类型恶性程度较高^[3-6], 如横纹肌肉瘤、间叶性软骨肉瘤、骨肉瘤等。手术切除是治疗肉瘤的主要方法^[1], 口腔颌面部根治性手术由于解剖结构、术后功能重建和美观的限制, 彻底根治的难度较大。目前, 手术治疗联合辅助放疗是控制肉瘤局部复发的重要方法^[7]。化疗对部分肉瘤的预后具有积极意义, 但是否采用术后化疗仍存在争议^[8-9]。目前对青少年和中年肉瘤的临床特点和预后已经进行了较多研究^[10-12], 但对老年肉瘤, 尤其是口腔颌面部肉瘤研究较少。本文收集2000—2009年我科60岁以上老年口腔颌面部肉瘤患者的临床资料进行回顾性分析, 现报道如下。

1 材料与方法

1.1 研究对象

2000年1月—2009年1月, 在我科住院的口腔颌面部老年恶性肿瘤患者共3500例, 其中肉瘤患者33例, 占总病例数的0.86%。复习33例患者的一般资料、手术记录、病理报告, 并进行电话随访和信函随访。

1.2 纳入标准

- (1) 在我院口腔颌面外科就诊的老年(年龄>60岁)患者;
- (2) 组织病理学诊断为肉瘤;
- (3) 原发部位为口腔颌面部。

经上述标准筛选患者, 并从病历中记录以下资料: 就诊时的年龄、性别、肿瘤的原发部位、组织学类型、TNM分期、首次治疗史、局部放疗史、手术方式、手术切缘情况、随访时间、随访终止时生存状态、复发部位、死亡日期和死亡原因等。组织学类型参照世界卫生组织软组织肿瘤和骨肿瘤分类方法^[13]。TNM分期参照UICC(2006)的软组织肉瘤的分期标准及骨肿瘤的分期标准^[14]。

1.3 统计学处理

采用SPSS12.0软件包进行统计学处理。患者基

本资料采用传统的统计学方法进行描述。预后因素的单变量分析使用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。采用Kaplan-Meier法绘制生存曲线, 2组生存函数比较采用Log rank检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料

本组33例患者中, 男23例, 女10例; 年龄61~88岁, 平均年龄71岁。原发病例24例, 外院术后复发病例9例。随访患者29例, 失访患者4例, 随访率为87.88%。随访时间为3~83个月, 平均随访时间21个月(表1)。

表1. 33例老年肉瘤患者的临床资料
Table 1. Main clinical characteristics of 33 patients over 60 years with oral and maxillofacial sarcoma

变量	例数	百分比
性别		
男	23	69.7
女	10	30.3
年龄		
>70岁	12	36.1
≤70岁	21	63.9
发病部位		
下颌骨	12	36.1
颌面部*	13	39.7
口腔及面颊部	8	24.2
肿瘤大小		
≤5cm	20	60.3
>5cm	13	39.7
TNM分期		
I	8	24.2
II	4	12.1
III	6	18.2
IV	0	0
没有分期	15	45.5
放射肉瘤		
是	2	6.1
不是	31	93.9

注: *包括颌面部多发3例, 上颌骨2例, 颞骨2例, 软腭2例, 颧面部2例, 颞下窝1例, 腮腺1例

2.2 原发部位

下颌骨12例, 颌面部多发3例, 颊部3例, 颞部2例, 上颌骨2例, 软腭2例, 舌缘2例, 口底2例, 颧面部2例, 颞下窝1例, 舌根1例, 腮腺1例。

2.3 组织学类型

硬组织肉瘤中,骨肉瘤9例,软骨肉瘤1例。软组织肉瘤中,平滑肌肉瘤5例,恶性外周神经鞘瘤3例,纤维肉瘤2例,滑膜肉瘤2例,肌纤维母细胞肉瘤2例,血管肉瘤2例,横纹肌肉瘤1例,癌肉瘤2例,肉瘤样癌2例,浆细胞肉瘤1例,成釉细胞瘤局部呈肉瘤样改变1例。

2.4 临床表现

就诊时,肿瘤直径>5cm者13例,≤5cm者20例。无痛性肿块18例,疼痛或有功能障碍者(开口受限、神经麻木)15例。1例10年前有鼻咽癌放疗史,下颌骨出现放射性骨肉瘤,该患者术后8个月死于肉瘤局部复发。TNM分期可以做出明确分期者18例,I期8例,II期4例,III期6例,IV期0例,其余15例无明确TNM分期,故未将TNM分期纳入预后影响因素的单变量分析中。

2.5 治疗

本组均以手术治疗为首选治疗方式。其中行局部扩大切除术25例,颌颈联合根治术5例,颅外扩大切除术3例。颈淋巴清扫术11例,未行颈淋巴清扫术22例。本组患者术中进行皮瓣修复16例。其中,胸大肌皮瓣9例,背阔肌皮瓣2例,前臂皮瓣2例,腓骨肌皮瓣2例,胸锁乳突肌皮瓣1例(表2)。

表2. 手术方法

Table 2. Methods of surgery

变量	例数	%
治疗方式(随访病例)		
手术治疗	12	41.2
手术治疗联合放疗	9	31.2
手术治疗联合放化疗	8	27.6
手术方式		
局部扩大切除术	25	75.8
颌颈联合根治术	5	15.2
颅外扩大切除术	3	9.0
皮瓣修复(n=16)		
胸大肌皮瓣	9	56.25
背阔肌瓣	2	12.5
前臂皮瓣	2	12.5
腓骨肌皮瓣	2	12.5
胸锁乳突肌瓣	1	6.25
颈淋巴清扫术		
做	11	33.3
未做	22	66.7
切缘(原发病例)		
阳性	3	12.5
阴性	21	87.5

本组24例原发病例,术中均进行切缘病理学检查,其中切缘阳性3例,阴性21例。随访病例中,单

纯手术治疗12例,术后辅助放疗9例,术后辅助放化疗8例。最常用的化疗药品是顺铂、阿霉素、环磷酰胺和甲氨蝶呤。本组病例中接受放疗者的平均剂量为65Gy(62~70Gy)。经 χ^2 检验,根治性手术联合放化疗组比单纯手术治疗组预后更好($P<0.05$)(表3)。

表3. 预后的单变量 χ^2 分析(n=29)

Table 3. Prognostic factors of elderly sarcoma in oral and maxillofacial region (n=29)

变量	复发			死亡		
	是	否	P	是	否	P
性别						
男	15	6		16	5	
女	4	4	0.39	4	4	0.209
年龄						
>70岁	8	3		8	3	
≤70岁	11	7	0.694	12	6	1
肿瘤部位						
下颌骨	9	3		9	3	
颅面部*	5	5		6	4	
口腔及颊部	5	2	0.545	4	3	0.688
临床表现						
无痛性肿块	10	5		10	5	
疼痛或功能障碍(开口受限、神经麻木)	9	5	1	10	4	1
肿瘤大小						
>5cm	9	3		9	3	
≤5cm	10	7	0.449	11	6	0.694
治疗方式						
单纯手术治疗	10	2		12	0	0.063
术后放疗	6	3		6	3	0.153
术后放化疗	3	5	0.116	2	6	0.001
首次手术边缘(原发病例,n=20)						
阳性	3	0		3	0	
阴性	8	9	0.145	9	8	0.193

注:*包括颌面部多发3例,上颌骨2例,颞骨2例,软腭2例,颧面部2例,颞下窝1例,腮腺1例

2.6 随访结果

20例原发病例中,术后复发11例,未复发9例,复发率为55%。9例复发病例术后局部复发7例,远处转移2例,1例浆细胞肉瘤术后发生腿部转移;1例纤维肉瘤发生肺转移。因为复发病例的首次手术切缘不明,所以未纳入复发因素分析。

随访病例中,死亡20例,生存9例。17例死于肉瘤局部复发,2例死于远处转移,1例自然死亡。采用Kaplan-Meier法估计老年颌面部肉瘤的总体生存函数及对各治疗组生存函数之间的差别做显著性检验,其1年生存率为69%,3年生存率为40.8%,5年生存率为25.4%(图1)。单纯手术治疗组和手术联合放化疗组经Log rank检验, $\chi^2=9.927,P<0.01$ (图2)。手术联合放化疗组生存时间大于单纯手术治疗组。

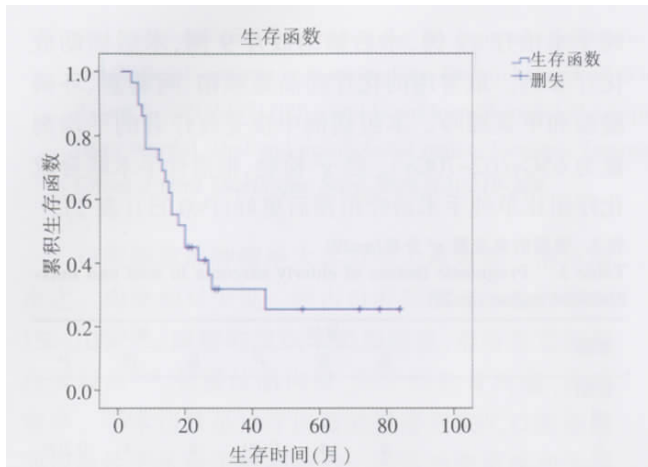


图 1. 老年口腔颌面肉瘤的生存曲线

Figure 1. Overall survival rates calculated by the Kaplan - Meier method in elderly oral and maxillofacial sarcomas

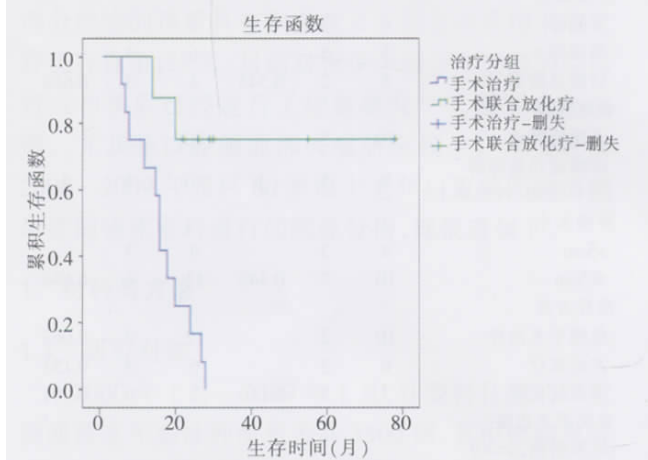


图 2. 单纯手术组和手术联合化疗组的生存曲线比较

Figure 2. Overall survival (OS) by Kaplan-Meier survival curves for elderly oral and maxillofacial sarcomas depending on therapeutic approach between surgery alone and postoperative radiotherapy plus adjuvant chemotherapy

3 讨论

3.1 组织学类型

口腔颌面部肉瘤最为常见的是骨肉瘤,文献报道占 20%^[3],这与本研究相似(27.3%)。颌面部骨肉瘤远处转移率低,肺转移率为 8.7%,局部复发率高^[4-5],颌骨肉瘤的总生存率为 40%^[6]。软骨肉瘤有较强的局部侵袭性,原发于颌骨的软骨肉瘤往往侵犯颅面重要结构,手术彻底切除受到限制,预后较全身其他部位的软骨肉瘤差^[7-8]。老年人软组织肉瘤中,脂肪肉瘤、纤维肉瘤、平滑肌肉瘤较多,而横纹肌肉瘤和滑膜肉瘤较少^[9]。脂肪肉瘤的发病高峰多为 40~50 岁,发生于口腔颌面部的脂肪肉瘤大多为黏液型。黏液型脂肪肉瘤很少发生远处转移,但局部易复发^[10]。本

组未见脂肪肉瘤病例。口腔颌面部纤维肉瘤比其他组织学类型肉瘤具有更好的预后^[11]。口腔颌面部平滑肌肉瘤局部复发率为 65.6%,远处转移率为 35%,远处转移多见于肺部,平均死亡率为 50%^[12,15]。高分级软组织肉瘤是影响远处转移的危险因素^[16]。本组仅发现 2 例患者出现远处转移,1 例是浆细胞肉瘤术后腿部转移,出现病理性骨折;另 1 例是纤维肉瘤肺转移。

3.2 治疗方式

手术是治疗口腔颌面部肉瘤的重要方法。手术主要采用局部扩大切除术,切除的彻底性是影响肉瘤预后的重要因素^[1]。头颈部肉瘤很少转移到淋巴结,Weber 等^[17]报道肉瘤的颈部转移率为 4%。本组病例中,对临床及影像学检查未发现颈部病变者,未行颈淋巴清扫术而予观察随访。临床及影像学检查发现已有颈部可疑病变者,行颈淋巴清扫术,术式可选择改良根治性、区域性(择区性)改良术式。其中肩胛舌骨上颈淋巴清扫术 2 例,下颌下三角清扫术 2 例,颌颈联合根治术 6 例,改良根治性颈淋巴清扫术 1 例。在所有行颈淋巴清扫术的患者中,我们发现淋巴结阳性患者 1 例,颈部淋巴结转移率为 9.1%。因此,我们认为,对未触及明显肿大淋巴结的患者,无需进行颈淋巴清扫术。对可疑颈部淋巴结转移的患者是否进行颈淋巴清扫术,取决于病理类型。如滑膜肉瘤、横纹肌肉瘤、血管肉瘤的颈淋巴转移率为 30%,应考虑行颈淋巴清扫术^[17]。

有些肉瘤虽形成假膜,但可能已经侵犯到周围正常组织。口腔颌面部复杂的解剖结构、术后功能重建和美观等因素,使手术难以彻底地切除病变组织。Lewis 等^[18]指出,病理检查切缘阳性率为 42%,而且 63%的患者在首次治疗中切缘阳性。他们认为,尽管有些肉瘤的组织学分级低,但是具有很强的局部侵袭性,放疗可以有效地预防这些肉瘤的局部复发。因此,术后放疗是有效预防术后复发的必要手段。Frustaci 等^[19]主张对术后切缘阳性和组织学分级较高的患者选择性使用放疗,强调术后放疗在提高患者生存率方面的重要作用。Le 等^[20]认为,手术治疗联合术后放疗比其他治疗策略更能预防局部复发,并且指出放疗剂量<65Gy,不能有效控制局部复发。

化疗作为骨肉瘤术后常规的辅助治疗,可以明显改善预后。目前治疗骨肉瘤的化疗药物仍以阿霉素(ADM)、顺铂(DDP)和大剂量甲氨蝶呤(MTX)为主,

其他还有副作用较小的异环磷酰胺(IFO)、长春新碱(VCR)等。但是,对于是否行术前化疗,即新辅助化疗,一直存在争议。Goorin等^[21]进行了新辅助化疗方案与即刻手术后辅助化疗方案的比较研究,在100例患者中,45例接受新辅助化疗,55例接受即刻手术,术后辅助化疗。2组的5年无瘤生存率(EFS)分别为61%和69%。Wilkins等^[22]对62例EB期儿童与青少年骨肉瘤患者加大新辅助化疗药物的剂量,增加疗程以提高生存率,静脉用阿霉素和动脉灌注顺铂,反复给药,Kaplan-Meier曲线显示,10年总生存率为93.2%,无瘤生存率为86.14%。在一项对201例患者的研究中,发现术后化疗能显著改善预后,并且多变量分析显示,手术的彻底程度和化疗是影响肉瘤预后的2个独立因素^[23]。本研究中,2/9例骨肉瘤患者接受化疗,因病例太少,无法估计化疗对骨肉瘤预后的影响。

然而对软组织肉瘤化疗仍存在争议,化疗以阿霉素为基础的多种药物联合治疗为主。低度恶性软组织肉瘤局部易复发,通常以手术或联合放疗为主要治疗手段;而对于远处转移的晚期软组织肉瘤患者,化疗是标准的治疗方法^[24]。化疗广泛用于局部晚期、肿瘤远处转移、无手术或放疗指征、拒绝手术或放疗的软组织肉瘤的治疗^[25]。四肢软组织肉瘤术后化疗的作用尚不清楚并且有争议,但是1项Meta分析和1项随机对照试验表明,化疗对四肢高分级(低分化)肉瘤具有显著的疗效^[15,18]。

3.3 预后

肿瘤的大小和组织学分级是预后的重要影响因素。Frustaci等^[19]的研究表明,肿瘤的大小和组织学分级影响肉瘤的局部复发,术后联合放疗能有效预防肉瘤的局部复发。Dijkstra等^[26]发现,手术的彻底性和组织学分级影响肉瘤的局部复发。相关研究^[27]表明,头颈部肉瘤的复发率在40%~60%之间,本组原发病例中,术后复发率为55%。Le等^[20]报道年龄、病理学分级、手术的彻底性显著影响生存率。本组5年生存率低于30%,而先前报道的5年生存率在40%~70%之间^[26],这可能与研究对象的年龄和病理类型不同有关。

综上所述,手术是治疗老年肉瘤患者的主要手段。根治性手术联合术后放化疗对改善老年肉瘤患者预后有益,但积极的个体化综合治疗方案尚需进一步研究。

[参考文献]

- [1] Patel SG, Shaha AR, Shah JP. Soft tissue sarcomas of the head and neck: an update[J]. *Am J Otolaryngol*, 2001,22(1):2-18.
- [2] Brennan MF, Casper ES, Harrison LB, et al. The role of multimodality therapy in soft-tissue sarcoma[J]. *Ann Surg*, 1991,214(3):328-336.
- [3] Lyos AT, Goepfert H, Luna MA. Soft tissue sarcoma of the head and neck in children and adolescents [J]. *Cancer*, 1996,77 (1):193-200.
- [4] 周正炎,张锡泽,邱蔚六,等. 口腔颌面部骨肉瘤与软骨肉瘤的手术治疗及其预后[J]. *实用口腔医学杂志*,1986,2(1):8-11.
- [5] 李江,何荣根. 颌面部骨肉瘤61例临床病理研究[J]. *口腔颌面外科杂志*,1999,38(2):79-80.
- [6] Pellitteri PK, Ferlito A, Bradley PJ, et al. Management of sarcomas of the head and neck in adults[J]. *Oral Oncol*, 2003,39(1):2-12
- [7] 徐立群. 颌骨软骨肉瘤(附8例病例分析) [J]. *口腔医学纵横*, 2001,17(4):296-298.
- [8] Thawley SE, Panje WR, Batsakis JG, et al. Comprehensive management of head and neck tumors[M]. 2nd Ed. Philadelphia: W.B Saunders Company,1999:1656-1657.
- [9] 陈高平,张学斌,张冠军,等.263例老年软组织肉瘤的病理分析[J]. *陕西医学杂志*, 1993,22(10):625-627.
- [10] 李军,孙坚,陈万涛. 口腔颌面部脂肪肉瘤临床分析[J]. *口腔颌面外科杂志*, 1999,9(4):79-80.
- [11] Sturgis EM, Potter BO. Sarcomas of the head and neck region [J]. *Curr Opin Oncol*, 2003, 15(3):239-252.
- [12] 令狐清溪,唐友盛. 口腔颌面部平滑肌肉瘤临床和治疗(附10例报道) [J]. *临床口腔医学杂志*,2001,17(2):105-106.
- [13] Christopher DM, Fletcher K, Unni K, et al. Pathology and genetics of tumours of soft tissue and bone [M].2th Ed.Lyon: International Agency for Research on Cancer,2002:1-6.
- [14] Green FL, Page DL, Fleming ID, et al. AJCC cancer staging manual[M].6th Ed. New York: Springer,2002:198-228.
- [15] Sarcoma Meta-Analysis Group. Adjuvant chemotherapy for localized resectable soft-tissue sarcoma of adults: meta-analysis of individual data[J]. *Lancet*,1997,350(9092):1647-1654.
- [16] Penel N, Van Haverbeke C, Lartigau E, et al. Head and neck soft tissue sarcomas of adult: prognostic value of surgery in multimodal therapeutic approach[J]. *Oral Oncol*, 2004, 40(9) :890-897.
- [17] Weber RS, Benjamin RS, Peters LJ, et al. Soft tissue sarcomas of the head and neck in adolescents and adults[J]. *Am J Surg*,1986, 152(4):386-392.
- [18] Lewis JJ, Benedetti F. Adjuvant therapy for soft tissue sarcomas[J]. *Surg Oncol Clin North Am*, 1997,6(4):847-862.
- [19] Frustaci S, Gherlinzoni F, De Paoli A, et al. Adjuvant chemotherapy for adult soft tissue sarcomas of the extremities and girdles: results of the Italian Randomized Cooperative Trial[J]. *J Clin Oncol*, 2001,19(5):1238-1247.
- [20] Le QT, Fu KK, Kroll S, et al. Prognostic factors in adult soft-tis-

- sue sarcomas of the head and neck [J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 1997, 37(5):975-984.
- [21] Goorin AM, Schwartzent ruber DJ, Devidas M, et al. Presurgical chemotherapy compared with immediate surgery and adjuvant chemotherapy for nonmetastatic osteosarcoma: Pediatric Oncology Group Study [J]. J Clin Oncol, 2003, 21 (8) : 1574-1580.
- [22] Wilkins RM, Cullen JW, Camozzi AB, et al. Improved survival in primary nonmetastatic pediatric osteosarcoma of the extremity [J]. Clin Orthop Relat Res, 2005, 438(2): 128-136.
- [23] Smeele LE, Kostense PJ, van der Waal I, et al. Effect of chemotherapy on survival of craniofacial osteosarcoma: a systematic review of 201 patients [J]. J Clin Oncol, 1997, 15(1):363-367.
- [24] Casali PG, Jost L, Sleijfer S, et al. Soft tissue sarcomas: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up [J]. Ann Oncol, 2008, 19 (Supp 1 2):89-93.
- [25] Pervaiz N, Colterjohn N, Farrokyar F, et al. A systematic meta-analysis of randomized controlled trials of adjuvant chemotherapy for localized resectable soft-tissue sarcoma [J]. Cancer, 2008, 113 (3) : 573-581.
- [26] Dijkstra MD, Balm AJ, Coevorden FV, et al. Survival of adult patients with head and neck soft tissue sarcomas [J]. Clin Otolaryngol, 1996, 21(1):66-71.
- [27] Penel N, Mallet Y, Robin YM, et al. Prognostic factors for adult sarcomas of head and neck [J]. Int J Oral Maxillofac Surg, 2008, 37 (5): 868-873.

第 18 届国际脉管性疾病研究学会 (ISSVA) 学术研讨会 (Workshop) 在布鲁塞尔举行

第 18 届国际脉管性疾病研究学会 (ISSVA) 学术研讨会 (Workshop) 于 2010 年 4 月 22-24 日在比利时首都布鲁塞尔举行。受冰岛火山灰的严重影响, 本次会议除在布鲁塞尔广场会议中心设主会场之外, 经过紧急磋商和组织安排, 在加拿大蒙特利尔和香港设立了 2 个视频会场, 并同时在网上直播 (Chat)。本次会议注册代表 407 人, 布鲁塞尔主会场与会代表 170 名, 蒙特利尔分会场近 100 名, 香港分会场 10 名。郑家伟教授、范新东教授、秦中平教授和苏立新博士参加会议, 并做学术交流。由于主、分会场之间存在 6 个小时的时差, 大会日程有所调整, 发言人数减少, 发言时间相应缩短。

本次会议特邀美国 UCSF 的 Ilona Freden 教授做特别演讲, 题目是“血管胎记: 过去、现在和将来”。会议采用大会发言和壁报交流形式, 围绕血管瘤、动静脉畸形、静脉畸形、淋巴管畸形和少见脉管性疾病的病因、发病机制、治疗和评价等各个方面进行了深入探讨, 同时就与会者报告的疑难病例的诊断和治疗进行了热烈讨论。

本次会议就心得安治疗血管瘤的疗效、用法和作用机制等进行了专题报告和讨论。多位报告者的研究表明, 心得安可用于治疗全身各部位血管瘤以及血管瘤造成的溃疡, 效果确切, 不良反应少, 值得推广应用。其机制是抑制血管生成, 诱导内皮细胞凋亡。来自美国和新西兰的研究者们报告了他们在血管瘤干细胞、动物模型、基因芯片扫描等方面取得的进展。体外试验表明, 雷帕霉素 (Rapamycin) 是血管瘤干细胞诱导的血管生成的特异抑制剂, Denise M. Adams 率先将其用于复杂型脉管畸形, 尤其是脉管畸形综合征患者, 取得了令人鼓舞的效果。另有研究者报告, 放射线阻射无水乙醇凝胶 (Sclerogel) 是治疗静脉畸形安全、有效、可控制的硬化剂。

来自阿肯色州癌症中心的研究者们报告了他们在淋巴管畸形基础研究方面取得的成果, 尤其是淋巴管畸形体外模型的建立, 可望为探寻淋巴管畸形的新的治疗方法提供有用的模型。

会议期间同时举行了 ISSVA 换届会议, 来自德国柏林的 Peter H. Berlien 教授当选为新一届 ISSVA 主席 (上届主席为法国的 Paul Rieu 教授), 任期 2 年。第 19 届 ISSVA 学术研讨会将于 2012 年 6 月 16-19 日在瑞典马尔默 (Malmo) 举行。