DOI:10.12025/j.issn.1008-6358.2019.20190992

·病例报告·

结肠、小肠双原发恶性肿瘤1例报告

马 晔，万伯顺*

上海市健康医学院附属嘉定区中心医院普通外科，上海 201899

[关键词] 结肠癌；小肠癌；多原发癌

[中图分类号] R 735.3 [文献标志码] B

Double primary malignant tumors of colon and small intestine: a case report

MA Ye, WAN Bo-shun*

Department of General Surgery, Jiading Central Hospital Affiliated to Shanghai Medical College of Health, Shanghai 201899, China

[Key Words] colon cancer; small intestine cancer; multiple primary cancers

原发性小肠恶性肿瘤的发病率不足消化道恶性肿瘤的1%[1]。由于小肠恶性肿瘤常无典型临床表现易被漏诊。而小肠同时合并消化道其他部位恶性肿瘤更为罕见。本院近期收治1例乙结肠癌合并小肠癌患者，现将其诊治经过报告如下。

1 病例资料

患者女性，57岁，农民，因上腹痛、腹胀6个月入院。患者自入院前6个月无明显诱因出现上腹痛伴腹胀，呈间歇性，与进食无明显关系，无恶心呕吐，无反酸烧心，无腰背部放射痛，无腹泻，排便量少，偶有黑便，无里急后重，有排气。无家族遗传病史、既往无手术外伤史及其他慢性疾病史。6个月来因症状反复发作至外院就诊，查胃镜未见异常，症状未见缓解。2018年2月28日来我院就诊，腹部增强CT提示：十二指肠降段及空肠近段肠壁增厚，占位性病变待排查；降结肠局部肠壁增厚，占位性病变待排查(图1)。门诊行胃肠镜检查，胃镜探查至十二指肠降部，未发现明显肿块；肠镜提示：距肛门20 cm可见一大小约1.2 cm的隆起型肿块，表明粗糙、糜烂、质硬。病理示(距肛20 cm)腺癌Ⅱ级。肿瘤指标癌胚抗原(CEA)、糖类抗原199(CA199)正常。门诊拟以结肠癌、十二指肠占位待排收住入院。

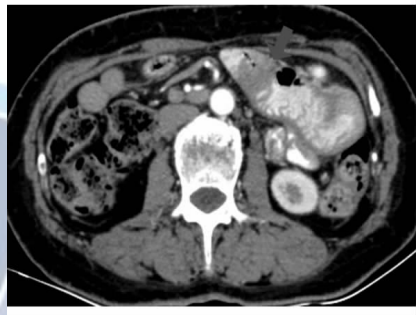

图1 腹部增强CT提示降结肠占位性病变

患者入院后完善术前准备，于2018年3月14日在全麻下行腹腔镜下结肠癌根治术。术中探查发现：小肠距曲氏韧带下方50 cm占位病变，绕肠1周，阻塞肠腔。距肿瘤上下10 cm切除包括肿瘤在内的部分小肠及周围肠系膜组织，行小肠侧侧吻合，术后恢复良好。术后病理提示：小肠中分化腺癌(溃疡型，肿块大小2 cm×2 cm×1 cm)，癌组织侵及浆膜层，上、下切缘(－)，累及脉管、神经，检出淋巴结未见癌转移0/4(图2A)；免疫组化：人类表皮生长因子受体2(HER-2，－)。结肠中分化腺癌(溃疡型，肿块大小1 cm×1 cm×0.3 cm)，癌组织侵及浅肌层，上、下切缘(－)，累及脉管、神经，检出淋巴结见癌转移2/14(图2B)；免疫组化：错配修复基因MLH1(＋)、PSM2(＋)、MSH2(＋)、MSH6(＋)，p53(－)，Ki67(80%＋)，Her-2(＋)，CD31(血

[收稿日期] 2019-06-19 [接受日期] 2019-07-22

[作者简介] 马 晔，硕士，主治医师. E-mail: malele2013@sina.com

*通信作者(Corresponding author). Tel: 021-67073247, E-mail: wanboshun@163.com

管,+)。患者术后经全肠外营养支持等对症治疗后逐渐恢复饮食,切口拆线后出院。术后予以FOLFOX6 3 周方案化疗 8 次,随访 1 年,1 年后复查电子结肠镜及上下腹增强 CT,肠镜未见异常,腹部增强 CT 未提示小肠肠壁增厚及其他异常,CEA、CA199 均正常。

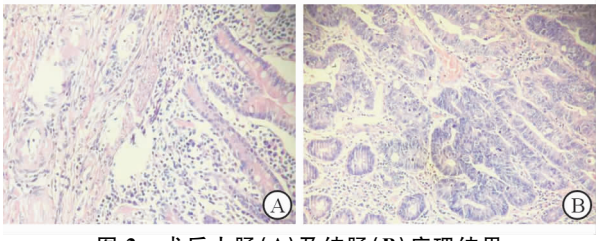

图 2 术后小肠(A)及结肠(B)病理结果

Original magnification: ×10

2 讨 论

在我国,结直肠癌的发病率居恶性肿瘤发病谱的第 3 位[2],仅次于肺癌和胃癌,且近来年呈持续增长趋势。结肠癌主要经淋巴转移,也可通过血行转移至肝、肺、骨或直接转移至邻近器官,脱落的癌细胞可能发生种植转移[3]。而小肠恶性肿瘤的发病率较低,不足胃肠道恶性肿瘤的 1%,多为原发性肿瘤,也可直接转移至胰腺、结肠、胃,但罕见[4]。本例患者术后病理虽提示小肠和结肠肿瘤类型均为中分化腺癌,但没有明确转移依据,考虑小肠和乙结肠肿瘤均为原发性肿瘤的可能性较大。根据 Warren 提出的多原发癌(MPC)的诊断标准[5],本病例可能为发病率极低的同时性 MPC。MPC 的发生可能与患者的肿瘤易感性和致癌因素的持续刺激有关,其治疗以手术+化(放)疗为主,且预后不同于复发或转移癌[5]。

随着大肠癌筛查的普及以及电子结肠镜技术的广泛应用,结肠癌的检出率获得很大提高。此外,结肠癌患者往往伴有便血、排便习惯改变、肠梗阻等较为典型的临床表现,不易漏诊。但本例患者不伴有排便习惯改变或便血等典型的大肠癌临床表现,结肠癌为行肠镜检查后偶然发现。由于小肠癌无特异性的症状和体征,且小肠镜检查因技术要求高等原因在基层医院无法开展,导致小肠肿瘤的漏诊率较高。

因此,对于确诊了 1 处肿瘤的消化系统恶性肿瘤患者,术前应仔细询问病史、完善检查,术中应仔细探查腹腔其他部位,排除转移及 MPC 的可能。

参考文献

[1] AGRAWAL S, MCCARRON E C, GIBBS J F, et al. surgical management and outcome in primary adenocarcinoma of the small bowel[J]. Ann Surg 0nco, 2007, 14(8): 2263-2269.

[2] FUJII T, OHISA M, SAKO T, et al. Incidence and risk factors of colorectal cancer based on 56 324 health checkups: A 7-year retrospective cohort study [J]. J Gastroenterol Hepatol, 2018, 33(4): 855-862.

[3] 中国结直肠癌诊疗规范(2017 版)专家组. 中国结直肠癌诊疗规范(2017 版)主要更新概要[J]. 中华胃肠外科杂志, 2018, 21(1): 90-91.

[4] 赵志勋, 关 旭, 陈瑛罡, 等. 原发性小肠恶性肿瘤诊疗进展[J]. 中华胃肠外科杂志, 2017, 20(1): 117-120.

[5] 孙俊杰, 李双庆. 多原发癌病因及发病机制的探索[J]. 中国全科医学, 2017, 20(9): 1136-1141.

[本文编辑] 姬静芳