

脾脏原发类癌1例

张艺军, 李亚南, 陈晓清, 余中逊, 张晓峰, 毕向军, 肖丽萍

张艺军, 李亚南, 陈晓清, 余中逊, 张晓峰, 毕向军, 肖丽萍, 广州军区广州总医院老年二科 广东省广州市 510010
通讯作者: 张艺军, 510010, 广东省广州市流花路111号, 广州军区广州总医院老年二科.
电话: 020-36653497
收稿日期: 2005-09-28 接受日期: 2005-09-30

摘要

脾脏类癌肝转移患者1例, 经手术探查, 脾脏切除后病理检测确诊; 术后行全身PET-CT, 胃肠镜检查, 腹部核磁共振扫描复查. 脾脏类癌十分罕见, 生长缓慢, 病程长, 预后好; 但发生转移的类癌恶性程度高, 预后极差. 因此, 提高其早期诊断率, 对改善患者预后将十分有益.

关键词: 脾脏类癌

张艺军, 李亚南, 陈晓清, 余中逊, 张晓峰, 毕向军, 肖丽萍. 脾脏原发类癌1例. 世界华人消化杂志 2005;(21):2634-2635
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/13/2634.asp>

0 引言

类癌属于神经内分泌肿瘤, 是一种低度恶性、生长缓慢的肿瘤, 主要发生于胃肠道. 脾脏类癌非常罕见, 迄今国内外仅见2例报道^[1,2].

1 病例报告

患者, 男, 63岁. 因发现脾脏占位6 a, 伴进行性长大1 a, 发现肝脏占位1 mo, 于2005-04-06入院. 患者自1999/2004每年行腹部B超检查, 均发现脾脏一高回声光团, 约75 mm×53 mm, 包绕脾血管周围, 考虑为"脾脏血管瘤", 未予任何治疗. 2005-03复查腹部B超见脾脏一95 mm×60 mm高回声光团, 边界清, 呈分叶状, 内部回声欠均匀, 包绕脾血管周; 肝脏右后叶一低回声光团, 约61 mm×50 mm. 复查腹部CT见脾脏多个低密度肿块影, 总体大小约95 mm×60 mm, 肝脏占位约35 mm×45 mm. 患者自患病以来无发热、腹痛、腹胀或腹泻, 无恶心、呕吐、黄疸、纳差、消瘦, 无咳嗽、气喘、头昏、头痛等不适. 入院后查肝功能正常, 查血AFP、CEA、CA19-9、CA125均正常. 患者有糖尿病病史10 a, 一直口服降糖药, 血糖控制尚可. 入院诊断"(1) 脾脏占位性质待查: 恶性淋巴瘤? (2) 肝脏占位性质待查: 转移性肿瘤? (3) 糖尿病". 于2005-04-11在我院行脾脏切除术. 术中探查见: 腹腔无积液, 大网膜无异常结节. 肝脏稍肿大, 质韧, 色淡红, 未见异常硬化结节, 肝右叶内可触及一肿物. 脾脏轻度肿大, 质较硬, 色暗红, 近脾门有一直径约5 cm肿物, 质硬, 侵

及脾蒂. 胃肠未见明显异常. 胰腺未见转移结节. 手术切除脾脏. 术后病理检查结果显示: 瘤细胞中等大小, 胞浆清亮; 核圆、染色质靠边, 核仁不明显; 核分裂相易见; 小灶状坏死和凋亡. 免疫组织化学结果: CK、Syn、CD99均为阳性, LCA、CD3、CD20、CgA、S-100、EMA、Myogenin、SMA、AFP以及Vimentin皆为阴性. 病理诊断"非典型类癌, 分化中等". 术后修正诊断 "(1) 脾脏类癌伴肝转移; (2) 糖尿病". 术后行全身PET-CT检查结果显示: 脾脏缺如; 肝右后叶一低密度影, 并未见高代谢灶, 其余未见明显异常. 胃肠镜检查未见明显异常. 2005-05-11行肝转移灶局部光子刀治疗1疗程. 因患者不愿继续治疗, 于2005-06-10自动出院, 继续观察. 2005-09-07患者无明显不适, 复查肝功能正常, 血AFP及CEA均正常. 行腹部核磁共振扫描复查发现: 肝脏多发占位性病变, 最大病灶直径为6.1 mm×5.9 mm. 考虑患者病情进展, 再次住院治疗.

2 讨论

类癌是一种可发生于全身多种器官的神经内分泌肿瘤, 尤以胃肠道常见, 并占全部类癌的85%, 脾脏类癌罕见. 一般认为, 类癌生长缓慢, 很少发生转移, 预后较好. 但一旦出现转移, 其预后极差. 该患者由于一直缺乏典型的类癌综合征的表现, 且长时间的腹部B超随访, 均提示脾脏包块生长缓慢, 被误诊为"脾脏血管瘤", 继续观察随访. 直至近期发现肝转移病灶, 仍被误诊为"脾脏淋巴瘤, 伴肝脏浸润". 最后经手术探查, 并切除病灶, 病理检测才得以确诊. 此外, 因患者不愿接受半肝切除的治疗方案, 以致于在原发灶切除3 mo后, 肝转移灶迅速发展增多累及左右肝叶, 病情进展难以控制, 再次失去了好的治疗时机. 由此可见, 类癌生长缓慢, 早期应视为良性肿瘤, 但具潜在恶性. 一旦发生转移, 肿瘤则迅速进展, 表现出恶性肿瘤的生物学行为. 因此, 对于转移病灶我们认为仍应尽可能地予以切除, 有望控制病情. 据有关资料报道, 当类癌合并肝转移时, 应首选手术. 手术切除范围包括原发灶和转移灶, 无论转移灶能否去除, 均应争取切除. 对于已施行治愈性肝脏切除的患者, 其5 a生存率明显高于姑息性肝切除者. 因此, 对于集中在一叶的病灶应尽可能切除, 可获根治性效果. 对于病灶多发、且病灶较大不能切除者, 可以采用生长抑素、化疗、免疫佐剂等综合性治疗^[3,4]. 目前, 认为影响患者预后的因素主要有: (1) 肿瘤的直径大小. 若瘤径大于2 cm者, 转移率高, 预后也较差^[5]. (2) 肿瘤发生的部位. 如在胃肠道类癌中, 其5 a生存率从高到低依次为: 直肠、阑尾、小肠^[6]. (3) 肿瘤局部侵袭和

转移情况. 出现转移者, 预后均较差. (4)手术治疗的效果. 已经对原发和转移病灶行根治性清除者预后较好. (5)有类癌综合征表现者, 一般预后较差.

3 参考文献

- 1 Hsiao CW, Yu JC, Yu CY. Carcinoid tumor of the spleen: report of a case. *Surg Today* 2001;31:1107-1109
- 2 Ng JW, Liu KW, Mak KO. Carcinoid tumour of the spleen.

Aust N Z J Surg 1999;69:70-72

- 3 钱明富. 类癌肝转移手术治疗的效果. 国外医学外科学分册 2001;5:308
- 4 Sutcliffe R, Maguire D, Ramage J. Management of neuroendocrine liver metastases. *AM J Surg* 2004;187:39-46
- 5 Koura AN, Giacco GG, Curley SA. Carcinoid tumors of the rectum: effect of size, histopathology, and surgical treatment on metastasis free survival. *Cancer* 1997;79:1294-1298
- 6 Modlon IM, Lye KD, Kidd M. A 5-decade analysis of 13, 715 carcinoid tumors. *Cancer* 2003;97:934-959

电编 张勇 编辑 张海宁

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2005 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 消息 •

消化道肿瘤外科治疗 2006 年高级论坛征文通知

本刊讯 《中华胃肠外科杂志》与浙江省人民医院定于2006-04-21/25在杭州共同举办“消化道肿瘤外科治疗专题”高级论坛, 主要探讨消化道肿瘤手术治疗的有关问题, 包括不同术式的选择及手术的规范化问题、腹腔镜下进行各种手术的选择及相关问题. 为活跃学术论坛, 促进消化道肿瘤外科治疗的发展, 特向广大普外科工作者征稿.

1 会议具体内容

论坛的具体内容包括: (1)肝移植手术适应证及相关问题(黄洁夫主讲); (2)肝胆系统肿瘤手术的选择(郑树森主讲); (3)消化系统肿瘤的综合治疗(樊代明主讲); (4)胰腺肿瘤外科治疗进展(赵玉沛主讲); (5)胃癌的根治性手术(詹文华主讲); (6)腹腔镜下的胃癌根治术(余佩武主讲); (7)胃癌腹膜转移的外科治疗(朱正纲主讲); (8)低位直肠癌的保肛手术(汪建平主讲); (9)腹腔镜下的结直肠癌手术(郑民华主讲); (10)规范的TME手术及相关问题(顾晋主讲); (11)胃癌外科治疗的新进展(叶再元主讲).

2 征文要求

内容应与消化道肿瘤(以胃肠道为主)外科治疗有关. 采用word文档格式, 字数3500字符左右, 摘要500字左右(宋体、小四号).

3 文章投送形式

分两种: (1)电子邮件投稿: 将征文以附件形式提交, 注明“消化道肿瘤外科治疗2006年高级论坛”征文, 文件名为会议名称加第一作者姓名; 电子邮箱: zhwcwk@21cn.com. (2)邮寄: 打印稿用A4纸(附软盘), 软盘请注明研讨题目、作者.

4 联系地址及截稿

截稿日期: 2006-01-31(以当地邮戳为准). 联系地址: 广州市中山二路58号(510080)中山大学附属第一医院《中华胃肠外科杂志》编辑部一室; 电话: 020-87335945.