

原发性十二指肠肿瘤诊治8例

张宗明, 李刚, 高原, 邢海林, 朱建平, 宿砚明, 钟华, 郭金星, 杨俊雄

■背景资料

原发性十二指肠肿瘤少见, 临床症状缺乏特异性, 早期诊断困难。探讨原发性十二指肠乳头、降部、水平部良恶性肿瘤的诊断和手术方式选择十分必要。

张宗明, 李刚, 朱建平, 宿砚明, 钟华, 郭金星, 杨俊雄, 清华大学第一附属医院消化中心普外科 北京市 100016
高原, 邢海林, 同济大学附属同济医院普外一科 上海市 200065

通讯作者: 张宗明, 100016, 北京市朝阳区酒仙桥一街坊6号, 清华大学第一附属医院消化中心普外科。

zhangzongming@mail.tsinghua.edu.cn

电话: 010-64372362 传真: 010-64361322

收稿日期: 2006-03-03 接受日期: 2006-03-15

Experience in diagnosis and treatment for 8 cases of primary duodenal tumor

Zong-Ming Zhang, Gang Li, Yuan Gao, Hai-Lin Xing, Jian-Ping Zhu, Yan-Ming Su, Hua Zhong, Jin-Xing Guo, Jun-Xiong Yang

Zong-Ming Zhang, Gang Li, Jian-Ping Zhu, Yan-Ming Su, Hua Zhong, Jin-Xing Guo, Jun-Xiong Yang, Department of General Surgery, Digestive Medical Center, the First Affiliated Hospital of Tsinghua University, Beijing 100016, China

Yuan Gao, Hai-Lin Xing, the First Department of General Surgery, Tongji Hospital, Tongji University, Shanghai 200065, China

Correspondence to: Professor Zong-Ming Zhang, Department of General Surgery, Digestive Medical Center, the First Affiliated Hospital of Tsinghua University, Beijing 100016, China. zhangzongming@mail.tsinghua.edu.cn

Received: 2006-03-03 Accepted: 2006-03-15

Abstract

AIM: To evaluate the preoperative diagnostic and surgical procedures for primary tumor of the duodenum (PTD).

METHODS: A retrospective analysis was performed on 8 PTD patients admitted in our hospital from October 2001 to December 2004. B-ultrasound, computed tomography (CT), duodenal endoscopy and air barium double radiography were used in the diagnosis of PTD located in the descending portion (2 cases), papilla region (3 cases) and inferior part (3 cases) of the duodenum.

RESULTS: For papilla region of the duodenum, 1 case of tubular adenoma and 1 leiomyoma were treated with the local resection of tumor, and 1 case of well/moderately-differentiated

carcinoma underwent the pancreatoduodenectomy. For the descending portion of the duodenum, 1 case of moderately-differentiated and 1 poorly-differentiated carcinoma received pancreatoduodenectomy. For inferior part of the duodenum, 2 cases of leiomyoma were given the local segmental resection of the duodenum, and 1 case of moderately-differentiated carcinoma underwent pancreatoduodenectomy. All the patients got smooth recovery from the operation, and no complications occurred. All the patients survived healthily, with the follow-up period of 29.7 ± 19.7 mo (3 to 51 mo).

CONCLUSION: For the PTD located in the papilla region and descending portion, CT and duodenal endoscopy are main methods for the preoperative diagnosis, and local resection are ideal surgical procedures. For the benign PTD in the inferior part, air barium double radiography is the first choice for the diagnosis, and segmental duodenectomy are curable. For the malignant PTD in the papilla region, descending portion and inferior part, the therapeutic choice should be pancreatoduodenectomy.

Key Words: Primary duodenal neoplasms; Diagnosis; Pancreatoduodenectomy; Duodenal segmental resection; Local resection

Zhang ZM, Li G, Gao Y, Xing HL, Zhu JP, Su YM, Zhong H, Guo JX, Yang JX. Experience in diagnosis and treatment for 8 cases of primary duodenal tumor. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2006;14(13):1330-1332

摘要

目的: 探讨原发性十二指肠乳头、降部、水平部良恶性肿瘤的诊断和手术方式选择, 提高诊治水平和疗效。

方法: 对2001-09/2005-10收治的8例原发性十二指肠乳头、降部、水平部肿瘤的诊断和手术方式进行回顾性分析。术前行B超、CT、十二指肠低张造影、十二指肠镜检查, 发现乳头肿瘤3例, 降部肿瘤2例, 水平部肿瘤3例。

结果: 确诊原发性十二指肠乳头管状腺瘤及

间质瘤并行肿瘤局部切除术各1例, 中高分化腺癌行胰十二指肠切除术1例; 原发性十二指肠降部中及低分化腺癌行胰十二指肠切除术各1例; 原发性十二指肠水平部间质瘤行局部肠段切除术2例, 中高分化腺癌行胰十二指肠切除术1例. 所有病例术后恢复良好, 无手术并发症. 随访时间 $29.1 \pm 19.7(3-51)$ mo, 均健康生存.

结论: 对于原发性十二指肠乳头和降部良性肿瘤, 以CT结合十二指肠镜检查 and 局部肿瘤切除为主要诊断手段和术式选择; 对于原发性十二指肠水平部良性肿瘤, 首选十二指肠低张造影检查和局部肠段切除治疗; 对于原发性十二指肠乳头、降部或水平部恶性肿瘤, 均应首选胰十二指肠切除术.

关键词: 原发性十二指肠肿瘤; 诊断; 胰十二指肠切除术; 十二指肠节段切除; 局部切除

张宗明, 李刚, 高原, 邢海林, 朱建平, 宿砚明, 钟华, 郭金星, 杨俊雄. 原发性十二指肠肿瘤诊治8例. 世界华人消化杂志 2006;14(13):1330-1332

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/14/1330.asp>

0 引言

原发性十二指肠肿瘤少见, 分为良性和恶性2种, 可发生于十二指肠各段, 临床症状缺乏特异性, 早期诊断困难. 由于其毗邻胰腺和胆总管下段, 给治疗带来诸多困难^[1]. 我院2001-09/2005-10收治原发性十二指肠乳头、降部、水平部肿瘤8例, 现对其诊断和手术方式进行回顾性分析如下.

1 材料和方法

1.1 材料 我院2001-09/2005-10收治原发性十二指肠乳头、降部、水平部肿瘤患者8例, 男5例, 女3例; 年龄40-72(平均 58.5 ± 11.9)岁; 病程21-300(平均 92.6 ± 93.7) d. 临床表现右上腹疼痛不适3例(37.5%), 间歇黑便3例(37.5%), 皮肤及巩膜黄染2例(25%), 腹胀、呕吐2例(25%), 体质减轻2例(25%), 腹部肿块1例(12.5%).

1.2 方法 全组病例均行B超和CT检查, B超检查显示不同程度的肝内外胆管扩张3例; CT检查显示胆总管下端占位性病变伴肝内外胆管扩张3例, 十二指肠降部或水平部肿块影或软组织影5例. 6例行十二指肠低张造影, 显示十二指肠水平部肠腔充盈缺损、黏膜完整2例, 十二指肠水平部肠腔狭窄、黏膜稍乱1例, 十二指肠降部肠腔狭窄、黏膜稍乱2例. 6例行十二指肠镜检查, 发现十二指肠降部肿物2例, 十二指肠乳

头肿物3例, 其中1例乳头肿物质软、较游离、有蒂、阻塞胆总管下端、可用网篮拉出. 血清CEA $6.5-39.7(\text{平均}16.2 \pm 14.5)$ $\mu\text{g/L}$; CA19-9 $2.9-627.4(\text{平均}179.94 \pm 254.50)$ kU/L ; CA125 $5.1-22.2(\text{平均}9.53 \pm 6.02)$ kU/L .

2 结果

2.1 手术方式 全部患者行手术治疗, 术前十二指肠镜取材活检或术中冰冻切片病理检查. 确诊原发性十二指肠乳头管状腺瘤及间质瘤并行肿瘤局部切除术各1例, 中高分化腺癌行胰十二指肠切除术1例; 原发性十二指肠降部中及低分化腺癌行胰十二指肠切除术各1例; 原发性十二指肠水平部间质瘤行局部肠段切除术2例, 中高分化腺癌行胰十二指肠切除术1例.

2.2 生存情况 所有病例术后恢复良好, 无手术并发症出现. 2006-01对全组病例进行随访, 获得随访资料8例, 随访率100%, 随访时间3-51(平均 29.1 ± 19.7) mo, 均健康生存.

3 讨论

原发性十二指肠肿瘤, 由于发病率低、起病隐匿、缺乏特异性症状, 致早期诊断困难. 随着影像技术和十二指肠镜的广泛应用, 早期诊断率明显提高. 手术切除是原发性十二指肠肿瘤最基本、最有效的治疗方法, 主要根据十二指肠肿瘤所在的部位和病理学类型决定手术治疗方案. 十二指肠部位划分除通常分为球部、降部、水平部、升部外, 也常以十二指肠乳头为界, 分为乳头上区、乳头区、乳头下区. 根据原发性十二指肠肿瘤的好发部位和对机体造成的危害及预后因素, 我们选择十二指肠乳头、降部、水平部为重点观察对象, 旨在探讨其良恶性肿瘤的诊断和手术方式选择, 以期提高诊治水平和疗效. 针对本组病例的诊治经验和体会, 我们认为: (1) 十二指肠镜检查不仅可观察肿瘤的部位、形态和范围, 还可取材作病理活检, 尤其适于十二指肠乳头和降部肿瘤检查, 但对十二指肠水平部或升部的肿瘤观察不满意, 且易受镜本身“盲区”等因素的影响, 此时需要结合十二指肠低张造影来诊断. 十二指肠镜检查的最大优点是可取病变组织活检而确诊, 但常由于取材浅表或部位不准确而致确诊率仅为60%左右, 因此要求多点、多次活检以提高确诊率. (2) 十二指肠低张造影可使十二指肠黏膜平展而易于发现小病灶, 可显示肿物影像, 并可显示十二指肠镜不易看到的水平

部或升部病变或因肠腔狭窄十二指肠镜不能伸入的病变,因对怀疑十二指肠水平部或升部肿瘤者应首选本检查,但其缺点在于不能判断病变性质。(3)十二指肠肿瘤局部切除主要适用于十二指肠乳头区或降部的良性肿瘤,或因年老体弱不能耐受根治性手术的十二指肠乳头区或降部小癌灶患者^[2-5],要求将肿瘤基底部完全切除,切缘至少离肿瘤基底1.5 cm以上,尽量避免切透十二指肠后壁。局部切除乳头区肿瘤时应注意胆、胰管开口成形和黏膜化,局部切除乳头附近的肿瘤时应注意避免损伤乳头及壶腹。(4)十二指肠节段切除主要适用于十二指肠水平部或升部的良性肿瘤^[6-7],或因年老体弱不能耐受根治性手术的十二指肠水平部或升部小癌灶患者,一般可距肿瘤2-3cm切除病变肠段,行十二指肠空肠端端吻合。尽管此术式使病变周围组织切除不足,不能清扫附近淋巴结,不符合肿瘤根治原则,但乳头下区十二指肠癌若无胰腺浸润,行节段性十二指肠切除是可行的^[8-9];另外,十二指肠水平部或升部的恶性肿瘤行节段性十二指肠切除,可以取得比较满意的治疗效果^[10-11]。(5)由于十二指肠与胰头关系密切,其恶性肿瘤易侵犯胰头,因此胰十二指肠切除术已被多数人认为是目前最有希望的根治性手术和标准的治疗方法^[12]。该术式主要适用于十二指肠各段的恶性肿瘤,若肿瘤未侵及十二指肠球部,可行保留幽门的胰十二指肠切除术。

4 参考文献

- 1 Stell D, Mayer D, Mirza D, Buckels J. Delayed diagnosis and lower resection rate of adenocarcinoma of the distal duodenum. *Dig Surg* 2004; 21: 434-438; discussion 438-439
- 2 高原, 张宗明, 王宝昌, 吴强. 十二指肠乳头腺瘤的诊治体会. *中华普通外科杂志* 2003; 18: 253-254
- 3 Rice DC, Bakaeen F, Farley DR, Unni KK, van Heerden JA. Surgical management of duodenal leiomyomas. *World J Surg* 2001; 25: 562-566
- 4 Chong KC, Cheah WK, Lenzi JE, Goh PM. Benign duodenal tumors. *Hepatogastroenterology* 2000; 47: 1298-1300
- 5 孙卫红, 费立升, 潘玉玲, 曾思务, 陈占峰. 肿瘤局部切除在高龄十二指肠乳头癌患者治疗中的作用. *中华胃肠外科杂志* 2005; 8: 463-464
- 6 De Nicola P, Di Bartolomeo N, Francomano F, D'Aulerio A, Innocenti P. Segmental resection of the third and fourth portions of the duodenum after intestinal derotation for a GIST: a case report. *Suppl Tumori* 2005; 4: S108-S110
- 7 Tocchi A, Mazzoni G, Puma F, Miccini M, Cassini D, Bettelli E, Tagliacozzo S. Adenocarcinoma of the third and fourth portions of the duodenum: results of surgical treatment. *Arch Surg* 2003; 138: 80-85
- 8 杨占宇, 韩本立, 董家鸿, 别平. 原发性十二指肠癌的诊治与外科治疗. *中华肝胆外科杂志* 2001; 7: 478-480
- 9 Bakaeen FG, Murr MM, Sarr MG, Thompson GB, Farnell MB, Nagorney DM, Farley DR, van Heerden JA, Wiersma LM, Schleck CD, Donohue JH. What prognostic factors are important in duodenal adenocarcinoma? *Arch Surg* 2000; 135: 635-641
- 10 Joesting DR, Beart RW Jr, van Heerden JA, Weiland LH. Improving survival in adenocarcinoma of the duodenum. *Am J Surg* 1981; 141: 228-231
- 11 陶开山, 窦科峰, 高志清, 李开宗. 原发性十二指肠肿瘤96例的诊断和治疗. *中华普通外科杂志* 2001; 16: 342-344
- 12 Bucher P, Gervaz P, Morel P. Long-term results of radical resection for locally advanced duodenal adenocarcinoma. *Hepatogastroenterology* 2005; 52: 1727-1729

电编 李琪 编辑 潘伯荣