

以消化道大出血为表现的异时性肺、十二指肠多原发癌1例

顾鸿莉, 吴晴

■背景资料

近年来多原发癌报道逐渐增多, 胃肠道是第2种癌最为好发的部位, 多在3 a内发生, 本文主要是撷取其中较罕见的1例以消化道大出血为表现的异时性肺、十二指肠多原发癌进行讨论。

顾鸿莉, 吴晴, 上海交通大学附属第一人民医院肿瘤科 上海市 200086

通讯作者: 吴晴, 200086, 上海市虹口区武进路85号, 上海交通大学附属第一人民医院肿瘤科. wuqing@csc.org.cn
电话: 021-63240090-3171 传真: 021-63640073
收稿日期: 2007-07-24 修回日期: 2007-08-20

摘要

肺癌合并十二指肠癌非常少见, 一点癌临床上更罕见, 极易误诊、漏诊, 术前完善相关检查、术中仔细探查和定期随访是防止多原发癌漏诊、误诊的关键, 确诊主要靠病理。本文撷取较罕见的一例以上消化道大出血为表现的异时性肺、十二指肠多原发癌进行分析和探讨。

关键词: 消化道大出血; 异时性; 肺、十二指肠多原发癌

顾鸿莉, 吴晴. 以消化道大出血为表现的异时性肺、十二指肠多原发癌1例. 世界华人消化杂志 2007;15(24):2660-2661
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/15/2660.asp>

0 引言

我院近5 a来收治多原发癌患者共103例, 均有术后病理明确诊断, 无误诊、漏诊, 疗效较好, 现撷取其中较罕见的1例以消化道大出血为表现的异时性肺、十二指肠多原发癌进行讨论。

1 病例报告

男, 62岁, 2003年拟行胆总管下段结石手术, 术前检查胸片示“左肺占位”, 胸部CT示“左肺上叶尖后段占位”, 考虑周围型肺癌可能, 邻近肋胸膜受累。2003-04-30全麻行胸腔镜下左上肺叶切除术+纵隔淋巴结清扫术, 术中见左上肺后段实质性肿块2.5 cm×2 cm, 质硬, 表面不光滑, 有胸膜凹陷征。肺门淋巴结3-5枚散在肿大, 质稍硬。主动脉窗内淋巴结散在肿大, 质软。肺裂发育良好, 无胸水。术后病理示“左上肺大细胞未分化癌, 1 cm×1 cm, 支气管切缘未见癌侵及。肺门淋巴结5枚、纵隔淋巴结5枚、主动脉旁淋巴结5枚均未见癌转移”。术后行辅助化疗, 后门诊

随访, 无瘤生存。2005-11因“头痛2 mo余”收治, 头部CT示“左侧颞顶枕叶异常强化结节伴大片水肿”, 考虑转移。2005-12-01全麻下行开颅肿瘤切除术, 术中见脑压高, 左枕极脑内肿瘤4 cm×3 cm×3 cm, 边界尚有, 血供一般, 内有坏死少量液化, 周围脑组织水肿明显, 术后病理示“左顶枕转移性癌”, 结合临床可符合来源于肺, 营养生长基因(AE1)(+), AE3(+), 细胞角蛋白-7(CK-7)(+), 甲状腺转录因子-1(TTF-1)(+), 小细胞肺癌(SCLL)(-)。术后出现呕血、黑便。2005-12-16行内镜逆行胰胆管造影, 术中见胃内陈旧性出血, 至十二指肠球部见大量新鲜出血, 予冰盐水冲洗, 术后仍有反复呕血, 后行血管造影栓塞止血。2006-01-06胃镜示“十二指肠球部巨大溃疡性病变”, 病理示“十二指肠球部坏死肉芽组织中见小片分化性腺癌细胞浸润”, 上皮膜抗原(EMA)(+), CK(+), Vim(-), 病理切片送至肿瘤医院会诊证实该诊断。2006-02-20全麻下行十二指肠球部+胃大部切除术(Billroth II), 术中见右中上腹明显黏连, 病灶位于十二指肠球部近幽门处, 约1.0 cm×1.2 cm, 呈溃疡性改变。胰腺、肝未及明显结节, 盆腔未及转移灶, 无明显腹水, 术后病理示“十二指肠球部黏膜慢性糜烂性炎伴局灶腺体轻度不典型增生, 胃窦、胃体黏膜慢性轻度萎缩性炎伴灶状肠化, 胃大弯淋巴结3个反应性增生。”术后行辅助化疗, 定期随访未见肿瘤复发或转移, 近日患者影像学检查再次发现脑、肝转移, 行肝动脉栓塞化疗, 目前病情稳定。

2 讨论

多原发癌诊断依据Warren和Gates制定的标准^[1]: 即肿瘤必须是恶性的; 每一癌灶是独立起源: 必须排除转移可能性。第2癌与第1癌在6 mo内发生的称为同时癌; 6 mo以上发生的称为异时癌。该例符合肺、十二指肠异时性多原发癌, 两癌间隔时间为32 mo。

多原发癌由于其少见性、复杂性, 临床上极易漏诊、误诊, 究其原因有: (1)临床医生对多

■名词解释

多原发癌是人体不同或同一器官出现两个或两个以上独立的肿瘤病灶, 其病理类型相同或不同。诊断依据Warren和Gates制定的标准: 即肿瘤必须是恶性的; 每一癌灶是独立起源: 必须排除转移可能性。第2癌与第1癌在6 mo内发生的称为同时癌; 6 mo以上发生的称为异时癌。

原发癌认识不够,只满足于1处病灶的诊断,而忽视了其他病灶;(2)行第1癌切除术后出现症状,误以为是肿瘤转移或复发;(3)术前病理取材不当,技术因素致假阴性;(4)消化道肿瘤术前肠镜检查,肠道准备不足或肠道黏连;(5)多原发性胃癌多见于早期胃癌,病灶小,浸润表浅,尤其在已发现一处病灶的情况下更易被忽视,且内窥镜检查本身有一定的局限性;(6)术前检查不完善而遗漏重要病灶,且很有可能是第1癌,术中未仔细探查而遗漏同一系统或同一器官同时性癌.该例完善必要检查而避免了漏诊(左肺癌)、误诊(肺癌消化道转移,原发性脑肿瘤),也得益于临床医生对多原发癌的充分认识及病理诊断的帮助.术中仔细探查是防止同时癌漏诊的重要手段,约30%的多原发癌是在术中被发现,但

经过手术仍有42%的漏诊率^[2],定期随访可及时发现漏诊的同时性多原发癌和术后发生的异时性多原发癌.该例开颅术后以消化道大出血为首发表现,曾一度考虑术后应激性溃疡,及时行胃肠镜检查非常必要,尤其值得一提的是该例通过胃镜发现十二指肠球部巨大溃疡,活检病理证实“小片分化性腺癌细胞浸润”,术后病理未见肿瘤,故考虑一点癌,实属罕见.

3 参考文献

- 1 易胜中,张德超,王永岗,孙克林.肺癌和肺外器官恶性肿瘤组成的多原发癌281例临床分析.癌症 2006; 25: 731-735
- 2 Chen HS, Sheen-Chen SM. Synchronous and "early" metachronous colorectal adenocarcinoma: analysis of prognosis and current trends. Dis Colon Rectum 2000; 43: 1093-1099

编辑 何燕 电编 何基才

■同行评价

本文针对日渐增多的多原发癌的误诊漏诊原因进行分析,观点鲜明,重点突出,对临床实践有一定指导意义

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2007年版权归世界华人消化杂志

• 消息 •

中国学术期刊综合引证报告(2006)

本刊讯 根据《中国学术期刊综合评价数据库(CAJCED)》2005年6182种统计刊源析出的214万条中国期刊引文数据库及CNKI“中国期刊网”中心网站2005-01/12全文下载记录(1.5亿篇次)的大样本数据统计分析得到:世界华人消化杂志[标准刊号: ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R; 类目名称: 医药科学\临床医学\呼吸及消化系统疾病(YK5.2.3)]总被引频次为2471, 影响因子为0.661, 5年影响因子为0.644, 即年指标为0.079, 他引总引比为0.73, 被引期刊数为491, 被引半衰期为4.6, 2005载文量为768, 基金论文比为0.44, Web即年下载率为0.6. [中国学术期刊(光盘版)电子杂志社; 中国科学文献计量评价研究中心].