

胃镜发现胃底碰撞癌合并食管癌前病变1例

陈 畅, 艾耀伟, 任习芳

陈畅, 艾耀伟, 任习芳, 三峡大学人民医院消化内科 湖北省宜昌市 443000

陈畅, 副主任医师, 主要从事消化系早癌的诊断及内镜下治疗的研究。

作者贡献分布: 病历资料的收集、整理由陈畅与任习芳完成; 文献检索由陈畅与艾耀伟完成; 论文撰写由陈畅完成。

通讯作者: 艾耀伟, 主任医师, 443000, 湖北省宜昌市解放路2号, 三峡大学人民医院消化内科. 516769775@qq.com
电话: 0717-6222800

收稿日期: 2014-07-25 修回日期: 2014-08-19

接受日期: 2014-09-03 在线出版日期: 2014-10-18

A case of collision carcinoma of the gastric fundus with esophageal precancerous lesions

Chang Chen, Yao-Wei Ai, Xi-Fang Ren

Chang Chen, Yao-Wei Ai, Xi-Fang Ren, Department of Gastroenterology, Three Gorges University People's Hospital, Yichang 443000, Hubei Province, China

Correspondence to: Yao-Wei Ai, Chief Physician, Department of Gastroenterology, Three Gorges University People's Hospital, 2 Jiefang Road, Yichang 443000, Hubei Province, China. 516769775@qq.com

Received: 2014-07-25 Revised: 2014-08-19

Accepted: 2014-09-03 Published online: 2014-10-18

Abstract

Collision carcinoma refers to the coexistence of two or more histologically distinct malignant tumors primarily occurring in the same organ or site (cancer with cancer or carcinoma with sarcoma). The present case showed two histologically entirely different malignant tumors in the gastric fundus: lowly differentiated adenocarcinoma and squamous cell carcinoma. In addition, esophageal precancerous lesions were found in the same case. Since collision carcinoma has no specific clinical manifestations and laboratory or imaging findings, the misdiagnosis rate is higher. The present case underwent X-ray, gastroscopy, dyeing, ultrasonic gastroscopy and computed tomography. Comprehensive evaluation is helpful for preoperative diagnosis. Endoscopy can improve the detection rate of early tumor and at the same time, obtain biopsy specimens to improve the accuracy of preoperative diagnosis.

© 2014 Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.

Key Words: Collisioncarcinoma; Precancerous lesions; Endoscopic diagnosis

Chen C, Ai YW, Ren XF. A case of collision carcinoma of the gastric fundus with esophageal precancerous lesions. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2014; 22(29): 4539-4542
URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/22/4539.asp>
DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v22.i29.4539>

摘要

碰撞癌(collision carcinoma)是指原发于同一宿主的同一器官或同一部位的两种或以上不同类型恶性肿瘤的结合(癌与癌或癌与肉瘤)。本例患者病理报告所见两种组织类型完全不同的恶性肿瘤-胃底低分化腺癌及中分化鳞癌, 并符合上述碰撞癌的病理诊断标准, 故诊断。并且碰撞癌合并食管癌前病变, 实属罕见。碰撞癌检查无特异性, 误诊率较高。本例采用X线、胃镜、染色、超声胃镜、计算机断层扫描(computed tomography)等综合检查对术前诊断有一定帮助。早期食管癌常缺乏特异性的临床症状, 内镜检查可以提高早期肿瘤的检出率, 同时获取病理活检标本, 提高术前诊断的准确率。

© 2014年版权归百世登出版集团有限公司所有。

关键词: 碰撞癌; 癌前病变; 内镜诊断

核心提示: 碰撞癌合并食管癌前病变, 实属罕见。碰撞癌检查无特异性, 误诊率较高。提高内镜检查诊断技术对发现碰撞癌这类罕见肿瘤及早期消化系统肿瘤大有帮助。

陈畅, 艾耀伟, 任习芳. 胃镜发现胃底碰撞癌合并食管癌前病变1例. 世界华人消化杂志 2014; 22(29): 4539-4542 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/22/4539.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v22.i29.4539>

0 引言

碰撞癌(collision carcinoma)多见于消化系, 尤其

背景资料

碰撞癌(collision carcinoma)是指原发于同一宿主的同一器官或同一部位的两种或以上不同类型恶性肿瘤的结合(癌与癌或癌与肉瘤)。碰撞癌发生机制尚不清楚。以鳞癌与腺癌的结合多见。

同行评议者

姜春萌, 教授, 主任, 大连医科大学附属第二医院消化科

研发前沿
碰撞癌发生机制尚不清楚。Fujii等认为,碰撞癌是由两种独立的肿瘤细胞克隆发展而来;具有同质遗传基因的肿瘤细胞克隆有两种遗传基因表型,在同一肿瘤克隆细胞发展过程中,遗传基因异质性使肿瘤细胞发展为并列的两种组织,其实质则是肿瘤细胞亚克隆的组装。

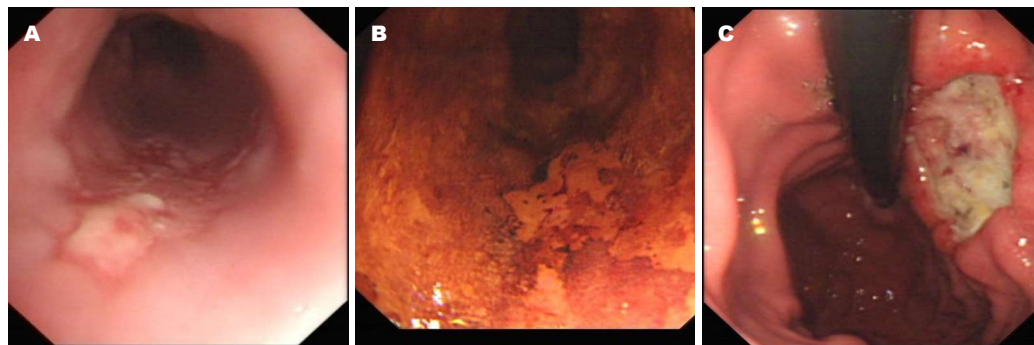


图1 胃底碰撞癌合并食管癌。A: 食管距门齿26 cm见一不规则糜烂、表面粗糙; B: 食管病灶处复方碘溶液染色后不着色; C: 胃底胃体见一约3 cm × 3 cm大小不规则黏膜凹陷, 表面覆薄苔及血痂, 底部不平, 周边黏膜呈围堤样隆起, 充血水肿。



图2 超声胃镜结果。胃底胃体病灶处呈不规则低回声, 表面少许白苔回声, 胃壁层次结构不清晰, 侵及固有肌层。

是食管-胃交界处、直肠-肛管交界处以及子宫颈、肺等处腺癌与鳞癌的碰撞。碰撞癌发生机制尚不清楚, 检查无特异性, 误诊率较高, 早期食管癌常缺乏特异性的临床症状。碰撞癌合并食管癌前病变, 实属罕见。现将三峡大学人民医院1例胃镜发现胃底碰撞癌合并食管癌前病变报道如下。

1 病例报告

患者, 男性, 67岁。因腹痛2 mo于2014-02-28入三峡大学人民医院消化内科。入院查体: 神志清楚, 皮肤巩膜无黄染, 浅表淋巴结无肿大, 心肺未闻及异常, 腹部平软, 剑突下压痛, 无反跳痛, 肝脾肋下未及, Murphy征阴性, 移动性浊音阴性, 双下肢无水肿。入院后查血尿粪常规基本正常, 粪潜血阴性, 肝肾功能正常。血沉32 mm/h, C反应蛋白25.5 mg/L。肿瘤标志物癌胚抗原(carcinoembryonic antigen, CEA)6.00 ng/mL, 糖类抗原199(carbohydrate antigen, CA199) 74.35 ng/mL。2014-03-08胃镜示: 食管距门齿26 cm见一不规则糜烂、表面粗糙(图1A), 复方碘溶液染色后不着色(图1B)。胃底胃体见一约3 cm ×

3 cm大小不规则黏膜凹陷, 表面覆薄苔, 底部不平, 周边黏膜呈围堤样隆起, 充血水肿(图1C)。病检示: 食管黏膜急慢性炎并溃疡形成, 鳞状上皮中至重度异型增生。胃黏膜均为坏死及炎症渗出物, 仅见个别异型上皮样细胞, 建议再次活检排出浸润型癌。2014-03-14超声胃镜示: 胃底胃体病灶处呈不规则低回声, 表面少许白苔回声, 胃壁层次结构不清晰, 侵及固有肌层(图2)。食管病灶处呈黏膜层及黏膜下层不规则低回声, 食管壁固有肌层结构层次清晰, 管壁外未见肿大淋巴结。病检示: 胃底碰撞癌低分化腺癌及中分化鳞癌(图3); 食管(距门齿26 cm)黏膜慢性炎伴鳞状上皮中至重度异型。肝脏计算机体层扫描(computed tomography, CT)示: 肝胆脾CT平扫未见明显异常, 胰腺形态饱满, 胰腺实质未见明显异常。胰腺CT增强示: 胰腺未见明显异常, 腹膜后多发淋巴结肿大(图4A, B)。上消化系钡餐示: 小弯侧胃溃疡, 胃食管反流, 反流性食管炎(图5A, B)。给予抑酸、保护胃黏膜、支持对症治疗, 转普外科拟手术治疗, 后患者放弃手术, 自动出院。

2 讨论

碰撞癌是指原发于同一宿主的同一器官或同一部位的两种或以上不同类型恶性肿瘤的结合(癌与癌或癌与肉瘤)^[1]。本例患者病理报告所见两种组织类型完全不同的恶性肿瘤-胃底低分化腺癌及中分化鳞癌, 并符合上述碰撞癌的病理诊断标准, 故诊断。并且碰撞癌合并食管癌前病变, 实属罕见。碰撞癌多见于消化系, 尤其是食管-胃交界处、直肠-肛管交界处以及子宫颈、肺等处腺癌与鳞癌的碰撞^[2]。碰撞癌发生机制尚不清楚。Fujii等^[3]认为, 碰撞癌是由两种独立的肿瘤细胞克隆发展而来; 具有同质遗传基因的肿瘤细胞

相关报道
碰撞癌多见于消化系, 尤其是食管-胃交界处、直肠-肛管交界处以及子宫颈、肺等处腺癌与鳞癌的碰撞。碰撞癌发生机制尚不清楚。Fujii等认为, 碰撞癌是由两种独立的肿瘤细胞克隆发展而来; 具有同质遗传基因的肿瘤细胞克隆有两种遗传基因表型, 在同一肿瘤克隆细胞发展过程中, 遗传基因异质性使肿瘤细胞发展为并列的两种组织, 其实质则是肿瘤细胞亚克隆的组装。

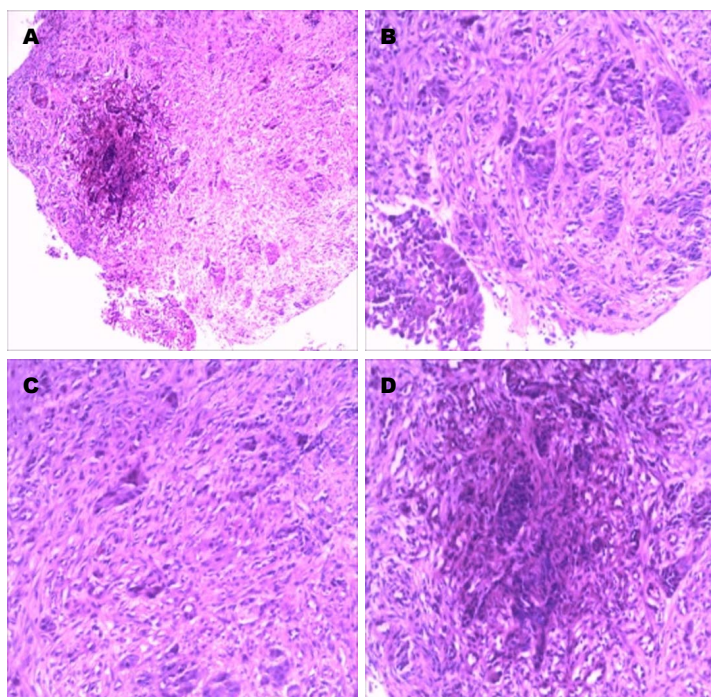


图 3 病理检查结果. A: 胃底同一块组织标本内出现碰撞癌, 低分化腺癌及中分化鳞癌, 分别位于图片右下方及左中部位(HE $\times 40$); B, C: 放大的低分化腺癌(HE $\times 200$); D: 放大的中分化鳞癌(HE $\times 200$).

创新盘点
本例患者病理报告所见两种组织类型完全不同的恶性肿瘤-胃底低分化腺癌及中分化鳞癌, 并符合上述碰撞癌的病理诊断标准, 故诊断. 并且碰撞癌合并食管癌前病变, 实属罕见.

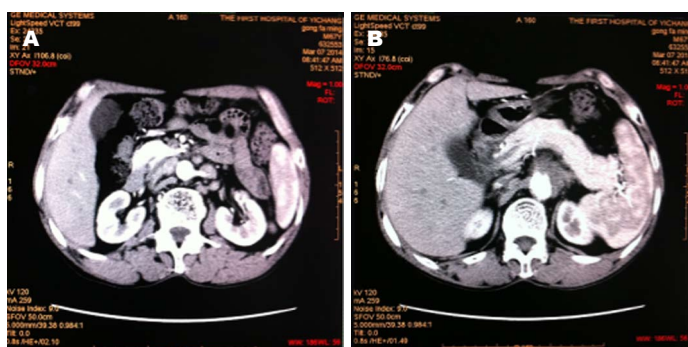


图 4 胰腺计算机体层扫描增强结果. A, B: 胰腺未见明显异常, 腹膜后多发淋巴结肿大.

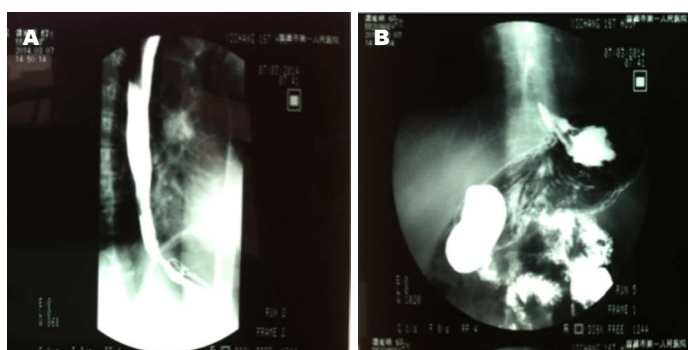


图 5 消化系钡餐结果. A, B: 小弯侧胃溃疡, 胃食管反流, 反流性食管炎.

克隆有两种遗传基因表型, 在同一肿瘤克隆细胞发展过程中, 遗传基因异质性使肿瘤细胞发展为并列的两种组织, 其实质则是肿瘤细胞亚克隆的组装. 碰撞癌中鳞癌与腺癌的结合多见, 且好发于贲门、宫颈、直肠肛管交界处等腺、鳞细胞组织交混处, 似支持第一种学说. 食管癌多为鳞癌, 胃癌多为腺癌, 贲门为食管、胃交界处, 是腺上皮和鳞状上皮移行区, 这是贲门胃底

可能发生碰撞癌的生理和病理学基础.

碰撞癌检查无特异性, 误诊率较高. 本例采用X线、胃镜、染色、超声胃镜、CT等综合检查对术前诊断有一定帮助. 早期食管癌常缺乏特异性的临床症状, 内镜检查可以提高早期肿瘤的检出率, 同时获取病理活检标本, 提高术前诊断的准确率. 早期食管癌的内镜下主要征象为黏膜颜色改变、黏膜增厚、透明度和血管结

应用要点
碰撞癌的预后取决于成分癌的分期及生物学特点. 及时正确的诊断和合理有效的治疗, 可取得较好的治疗效果. 提高内镜检查诊断技术对发现碰撞癌这类罕见肿瘤及早期消化系肿瘤大有帮助.

名词解释

内镜下黏膜剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD):是指在内镜下,使用高频电刀与专用器械,将胃肠道病灶(包括胃肠道早期肿瘤)与其下方正常的黏膜下层逐步剥离,以达到将病灶完整切除的目的;

窄带成像技术(narrow band imaging, NBI):是一种新兴的内镜技术,他是利用滤光器过滤掉内镜光源所发出的红蓝光波中的宽光谱,仅留下窄带光谱用于诊断消化系各种疾病。

同行评价

此文为病例个案报道,病例特殊,具有示范意义,报告资料全面,详实,诊断依据充分。

构改变,以及黏膜糜烂、斑块、粗糙和结节等形态改变^[4]。本例患者两次胃镜检查均发现食管距门齿26 cm见一不规则糜烂、表面粗糙,复方碘溶液染色后不着色,病检提示“鳞状上皮中至重度异型”,提示为癌前病变。如果行内镜下黏膜剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)或者食管切除术取得大体标本,可进一步确诊食管早癌。所以在胃镜检查过程中,对于食管可疑的糜烂灶,需要进行多次多点活检以明确病变性质。另外,通过碘液喷洒的色素内镜检查在食管癌前病变和早癌的发现中占有非常重要的地位^[4],碘剂染色能够帮助辨别早期鳞癌,并清楚地显示病灶黏膜病变范围。超声内镜可以显示食管壁各层次的结构,能准确地判断病变浸润深度,并可以发现病变周围肿大的淋巴结^[4]。窄带成像技术(narrow band imaging, NBI)能够观察食管黏膜微血管的变化,与放大内镜相结合,可以提高对肿瘤浸润深度的判断。碰撞癌合并食管癌术前诊断困难,易发生漏诊。金家岩^[5]及冯如青等^[6]分析了造成漏诊的主要原因:(1)术前行X线造影或内镜检查时,因首先发现的癌瘤较大,致消化系狭窄,影响造影剂下行难以通过,使病灶显影不充分,造成第二癌瘤漏诊;(2)医生对消化系多原发恶性肿瘤认识不足,只满足于某一处病灶的诊断,而忽略了其他病灶;(3)食管癌灶阻塞管腔,进镜受阻无法继续观察。本例如果内镜医师仅仅注意胃底巨大溃疡而忽

视对食管黏膜的仔细观察,往往会漏诊食管癌前病变,直接影响手术效果及预后。

碰撞癌的治疗原则同单一癌,手术为主,辅以术后综合治疗。本例经消化内科、普外科、胸外科、病理科等多学科会诊讨论后建议患者拟行胃大部切除术+食管癌前病变内镜下ESD术,术后根据病理类型辅以化疗或放疗。因患者拒绝手术,无法取得术后标本。碰撞癌的预后取决于成分癌的分期及生物学特点。及时正确的诊断和合理有效的治疗,可取得较好的治疗效果。提高内镜检查诊断技术对发现碰撞癌这类罕见肿瘤及早期消化系肿瘤大有帮助。

3 参考文献

- 1 Vegunta RK, Morotti RA, Shiels WE, Rauck A, Besner GE. Collision tumors in children: a review of the literature and presentation of a rare case of mesoblastic nephroma and neuroblastoma in an infant. *J Pediatr Surg* 2000; 35: 1359-1361 [PMID: 10999699]
- 2 郑永波, 杜会改, 徐振轶, 蔡建荣. 贲门碰撞癌1例. *白求恩医学院学报* 2006; 4: 257
- 3 Fujii H, Zhu XG, Matsumoto T, Inagaki M, Tokusashi Y, Miyokawa N, Fukusato T, Uekusa T, Takagaki T, Kadowaki N, Shirai T. Genetic classification of combined hepatocellular-cholangiocarcinoma. *Hum Pathol* 2000; 31: 1011-1017 [PMID: 11014564]
- 4 李鹏, 张澍田. 早期食管癌的内镜诊断. *中华消化内镜杂志* 2013; 30: 8-9
- 5 金家岩. 消化道多原发癌及碰撞癌漏诊原因探讨. *中华消化杂志* 2001; 21: 429
- 6 冯如青, 李君, 郭书平, 修志红. 上消化道多原发恶性肿瘤56例临床分析. *中国临床实用医学* 2008; 2: 103-104

编辑 韦元涛 电编 都珍珍

