

十二指肠球癌术后胆管转移误诊为胆管炎1例

夏会, 袁学敏, 姜开通

夏会, 滨州医学院 山东省烟台市 264000

袁学敏, 姜开通, 临沂市人民医院消化二科 山东省临沂市 276000

夏会, 主要从事消化系统疾病的临床研究.

作者贡献分布: 论文撰写由夏会完成; 病例信息收集由袁学敏完成; 论文校对审阅由姜开通完成.

通讯作者: 姜开通, 教授, 主任医师, 硕士研究生导师, 276000, 山东省临沂市兰山区解放路27号, 临沂市人民医院消化二科. kaitongjiang@163.com

收稿日期: 2016-04-14

修回日期: 2016-05-05

接受日期: 2016-05-16

在线出版日期: 2016-06-08

Bile duct metastasis of duodenal bulb carcinoma misdiagnosed as postoperative cholangitis: A case report

Hui Xia, Xue-Min Yuan, Kai-Tong Jiang

Hui Xia, Binzhou Medical University, Yantai 264000, Shandong Province, China

Xue-Min Yuan, Kai-Tong Jiang, the Second Department of Gastroenterology, Linyi People's Hospital, Linyi 276000, Shandong Province, China

Correspondence to: Kai-Tong Jiang, Professor, Chief Physician, the Second Department of Gastroenterology, Linyi People's Hospital, 27 Jiefang Road, Lanshan District, Linyi 276000, Shandong Province, China. kaitongjiang@163.com

Received: 2016-04-14

Revised: 2016-05-05

Accepted: 2016-05-16

Published online: 2016-06-08

Abstract

Duodenal bulb carcinoma is very rare, and its metastasis to the bile duct is even extremely rare. As a result, both tend to be misdiagnosed or have a missed diagnosis. Here we report a case of bile duct metastasis of duodenal bulb carcinoma after surgery, which was initially misdiagnosed as cholangitis. A definite diagnosis was made by postoperative pathology after biliary intestinal anastomosis. Our case suggests that clinicians should enhance their awareness of duodenal adenocarcinoma and its metastasis to the bile duct to reduce or avoid missed diagnosis and misdiagnosis and improve patients' survival rate.

© The Author(s) 2016. Published by Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.

Key Words: Carcinoma of the duodenal bulb; Carcinoma of the bile duct; Adenocarcinoma; Diagnosis

Xia H, Yuan XM, Jiang KT. Bile duct metastasis of duodenal bulb carcinoma misdiagnosed as postoperative cholangitis: A case report. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2016; 24(16): 2597-2600 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/full/v24/i16/2597.htm> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v24.i16.2597>

摘要

十二指肠球癌临床上极其罕见, 发生胆管转移者更是鲜为人知, 极易导致漏诊、误诊, 本例患者十二指肠球癌术后发生胆管转移误诊为胆管炎, 经胆肠吻合手术后病理确诊. 在临床工作中, 我们应加强对十二指肠腺癌的认识, 同时也应注意其发生胆管转移的可能, 尽量减少漏诊、误诊的情况, 提高患者的生存率.

背景资料

十二指肠球癌在临床中较少, 加之十二指肠因解剖和生理上都具有特殊性, 缺乏早期特异性临床表现, 易延误诊断, 本文总结了作者临床工作中所遇到的1例十二指肠球癌术后转移误诊的经验与教训, 加强大家对十二指肠球癌的认识.

同行评议者

高道键, 副教授, 副主任医师, 中国人民解放军第二军医大学附属东方肝胆外科医院内镜科

■ 研发前沿

内窥镜在十二指肠疾病中的应用是目前消化界研究的热点, 如何提高十二指肠球癌或转移性胆管癌的诊断是我们亟待研究的问题。

© The Author(s) 2016. Published by Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.

关键词: 十二指肠球癌; 胆管癌; 腺癌; 诊断

核心提示: 病例报告呈现了1例十二指肠球癌术后胆管转移误诊的病例, 提示我们一定要加强对十二指肠球癌的认识, 且有胆管转移的可能, 在临床工作中我们需要提高警惕, 减少误诊率, 延长患者生存期。

夏会, 袁学敏, 姜开通. 十二指肠球癌术后胆管转移误诊为胆管炎1例. 世界华人消化杂志 2016; 24(16): 2597-2600 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/full/v24/i16/2597.htm> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v24.i16.2597>

0 引言

十二指肠腺癌是一种极其罕见的恶性肿瘤, 占消化道恶性肿瘤的0.4%, 占小肠腺癌的45%^[1], 占原发性十二指肠癌78%-86%^[2-4]. 其中大部分发生在乳头部, 其次是降部, 球部极少. 因此很多医务工作者有球部无癌的错误认识, 对本病认识不够, 而且缺乏特异的临床表现, 因此误诊率高达79.4%^[5]. 十二指肠癌早期缺乏特异性症状, 可表现为上腹部疼痛、厌食、恶心呕吐、上消化道出血、乏力等, 与许多消化系良性疾病相似, 常易误诊为消化系的良性疾病^[6]. 现就十二指肠球部腺癌术后胆管转移误诊为胆管炎1例临床资料报告如下。

1 病例报告

患者, 男, 50岁, 以“腹痛、腹胀半年”入院. 患者于半年前无明显诱因出现腹痛、腹胀, 疼痛以夜间为著, 无恶心、呕吐. 曾多次行钡餐透视检查, 均未见异常, 自行口服抑酸、胃黏膜保护剂等药物治疗(具体不详), 未见明显好转来院. 查体: 一般情况可, 浅表淋巴结未触及肿大, 心肺无异常, 剑突下轻压痛. 肝脾未及, 肝区及双肾区无叩击痛, 肠鸣音3次/min, 移动性浊音阴性. 胃镜检查示: 十二指肠球部左前壁可见一凹陷性溃疡, 大小约2.0 cm×1.8 cm, 表覆厚有白苔及陈旧性出血, 周围黏膜充血水肿隆起, 边界不规则. 镜下诊断: 十二指肠球部溃疡(A2期). 病理诊断: (十二指肠)中分化腺癌. 肿瘤标志物: NSE 35.0 ng/mL(正常值 0-15 ng/mL), CA72-4: 7.36 U/mL(正常值 0-6.9 U/mL), AFP、CEA、CA199、CA125、PSA、

FP5A、F/P和CYFRA21-1均在正常范围. 全身骨骼ECT、胸部CT平扫及全腹部CT平扫均未见异常. 于入院5 d后在全麻下行胃大部切除术, 毕Ⅱ式吻合. 术后病理诊断: (十二指肠)中分化腺癌(溃疡型S 6.0 cm×3.5 cm), 侵犯浆膜, 肠旁淋巴结3/3查见癌转移, 另送切缘两段均未查见癌. 免疫组织化学示: P53(-), Bcl-2(-), P27(-), Ki-67(40%). 术后给予抗感染及对症支持治疗, 10 d后出院, 未给予化疗及其他特殊治疗, 出院后无明显不适, 进食睡眠可. 术后3、6 mo患者一般情况较好, 曾2次返院复查胃镜均未见明显异常, 之后患者未再继续复查. 胃镜检查如图1, 病理检查如图2.

14 mo后, 患者因“全身皮肤黏膜黄染伴发热20 d”入院. 患者于20 d前出现寒战、发热, 体温最高38.5℃, 全身皮肤黏膜黄染伴瘙痒, 尿液呈浓茶色, 大便灰白, 进食睡眠差, 无恶心、呕吐, 腹部B超示胆管炎症, 给予青霉素治疗3 d后无好转. 查体: 全身皮肤黏膜及巩膜轻度黄染, 右上腹压痛, 其他检查未见明显异常. 上腹部CT平扫示: 肝门区胆管及肝内胆管扩张, 胆总管及胰腺未见明显异常. 肿瘤标志物示: CA199 67.71 kU/L(正常值<35 kU/L), NSE、CA72-4、AFP、CEA、CA125、PSA、FP5A、F/P和CYFRA21-1均在正常范围. 肝功: 白蛋白: 33.6 g/L, GGT: 1325.5 U/L, 直接胆红素: 40.98 μmol/L, 间接胆红素: 28.75 μmol/L, 总胆红素: 69.73 μmol/L. 4 d后给予经皮肝穿刺胆道引流(percutaneous transhepatic cholangial drainage, PTCD)及支架植入术, PTCD造影示: 肝内胆管扩张, 胆总管上端狭窄, 良性狭窄可能性大, 取引流液进行细胞学检查未见明显异常. 患者黄疸逐渐减轻, 无发热, 住院10 d后出院, 复查GGT: 667 U/L, 直接胆红素: 9.39 μmol/L, 间接胆红素: 15.16 μmol/L, 总胆红素: 25 μmol/L. 出院后无明显不适, 进食睡眠尚可. 3 mo后再次出现发热, 黄疸, 上腹部CT平扫示: 肝门区胆管、肝内胆管扩张, 胆总管支架周围软组织增厚, 胰头饱满, 腹腔及腹膜后淋巴结肿大, 中量腹水, 考虑十二指肠球部腺癌广泛转移, 腹水脱落细胞学检查示腺癌细胞, 给予姑息性切除, 胆肠吻合, 病理结果示胆管中分化腺癌, 结合病史考虑源于十二指肠, 并给予放射治疗及全身营养、对症支持治疗, 半年后死亡.

■ 创新盘点

本文主要是报道了1例十二指肠球癌术后胆管转移, 目前十二指肠球癌罕见, 并发胆管转移者更是鲜有报道。

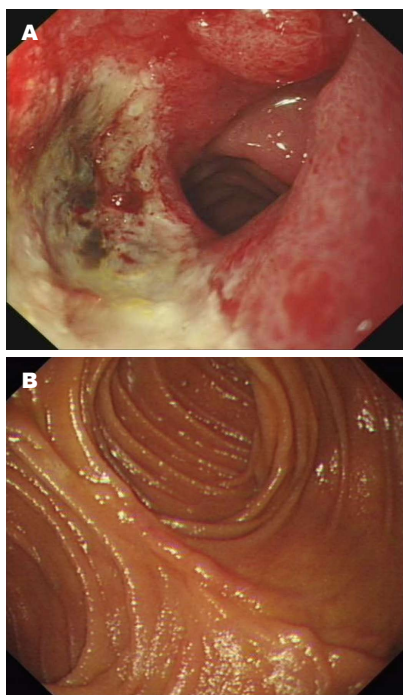


图 1 胃镜检查图片. A: 胃镜下十二指肠球部腺癌; B: 14 mo后胃镜复查.

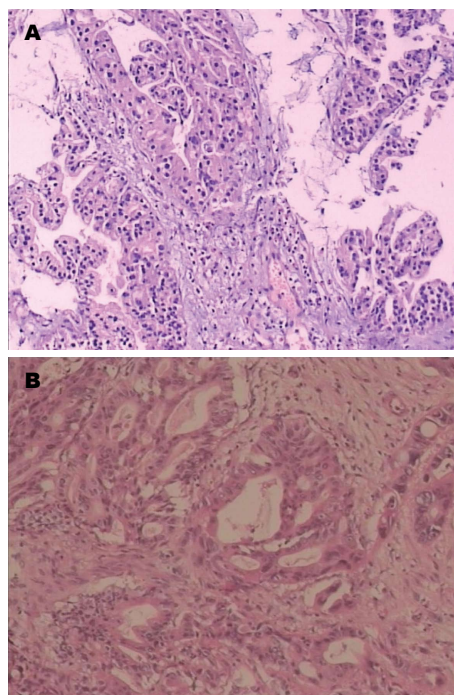


图 2 病理检查图片(HE × 200). A: 第一次术后病理: 十二指肠中分化腺癌; B: 第二次术后病理: 胆管中分化腺癌.

名词解释

十二指肠球癌: 指发生在十二指肠球部, 起源于十二指肠黏膜上皮的癌, 本病早期症状一般不明显, 可有上腹部疼痛、厌食、恶心、呕吐、贫血及黄疸等临床表现.

2 讨论

十二指肠腺癌尽管是一种罕见的疾病, 但其却占到了小肠腺癌的35%-55%^[7]. 尽管检查和治疗手段不断提高, 围手术期死亡率不断降低, 5年的生存率也只有45%-55%^[1,8,9]. Bakaeen等^[10]研究表明, 十二指肠癌患者的生存期与肿瘤的分期明显相关, 0期患者100%可以达到长期存活. 因此, 早期发现早期治疗对十二指肠癌的治疗是非常重要的, 可以显著的提高患者的生存期. Bakaeen等^[10]对130例十二指肠息肉样病变的病理结果进行统计, 其中33%为恶性病变, 88%是癌起源, 16.3%的癌来源于肺、乳房、结肠和胰腺的转移: 67%是良性病变或正常黏膜, 其中41%的良性病变没有组织学的异常, 剩余的14.9%是腺瘤样病变, 13.8%有明显的炎症. 因此我们应增强对十二指肠病变的认识, 对可疑病变进行活组织检查, 避免漏诊延误治疗.

复习病史, 该患者因腹痛腹胀半年入院, 曾多次行钡餐检查未见异常, 半年前没有进行胃镜检查, 延误了诊断和治疗. 因此, 在临床工作中, 对于持续上腹部不适且常规治疗未见好转的患者, 应给予常规内镜检查, 在直视下发现病变, 并对可疑病变进行活组织检查, 据Kanthan等^[11]经验, 在发现十二指肠病变可疑时, 尤其是经病理证实为恶性病变时, 应常规

给予双肺、乳腺、胰腺和结肠检查, 以避免盲目治疗病变而延误了原发病的治疗. 在患者胃大部手术14 mo后, 患者出现全身皮肤黏膜黄染伴发热, 在门诊诊断为胆管炎, 给予常规抗炎等治疗后未见好转, 再次入院, 胃镜检查未见复发病灶, CT见肝门区胆管及肝内胆管扩张, 胆总管及胰腺未见明显异常. 但是肿瘤标志物CA199: 67.71 kU/L(正常值<35 kU/L)升高, 我们应当考虑患者的十二指肠球部腺癌转移的可能, 但是PTCD引流液进行细胞学检查未见明显异常使我们放松了警惕. 胃大部切除术后17 mo后, 患者再次出现发热, 黄疸, 以及腹部CT、脱落细胞学检查的异常表现, 以及后续的姑息性切除后的病灶病理显示胆管中分化腺癌, 考虑源于十二指肠, 证实了我们之前的推测. 肿瘤患者当原发病灶切除以后, 我们不能存在完全治愈的侥幸心理, 我们要进行后续的随访, 术后应当嘱托患者定期进行复查, 包括内镜、肿瘤标志物、上腹部CT等检查, 尤其是当患者再次出现报警信号时我们一定要想到肿瘤复发转移的可能.

十二指肠球癌术后治疗方案有以下3种: (1)以5-Fu为基础的化疗方案; (2)单纯的放射治疗; (3)放化疗同步治疗方案. 但十二指肠球癌术后是否给予辅助性放化疗目前还存在一定

同行评价

十二指肠腺癌在临床上较为少见, 极易被消化科及内镜医师忽视。本文是很好的一个病例, 便于临床工作者加强对十二指肠腺癌临床表现、内镜特点及治疗方案的学习和认识。

的争议, 其中多数学者认为辅助性的放化疗可以作为控制复发的主要手段^[12], Ruiz-Tovar等^[13]认为十二指肠腺癌术后患者辅以放化疗可以提高患者的生存率。万德培等^[14]进行的回顾性研究认为根治性手术切除辅以化疗可以延长患者生存时间。Mayo及John Hopkins医院对历年随访数据发现, 术后放化疗对于生存期、无瘤生存期及复发时间均无明显改善作用。罗云飞^[15]研究认为术后辅助治疗可以用在高危病例的治疗中, 对于降低复发率有一定作用。目前由于该疾病病例数较少, 回顾性分析数据的完整性以及准确性还存在一定的限制, 因此还需要大量具有前瞻性的研究手段来分析十二指肠腺癌术后辅助治疗的意义。

3 参考文献

- Struck A, Howard T, Chiorean EG, Clarke JM, Riffenburgh R, Cardenes HR. Non-ampullary duodenal adenocarcinoma: factors important for relapse and survival. *J Surg Oncol* 2009; 100: 144-148 [PMID: 19544358 DOI: 10.1002/jso.21319]
- Bilimoria KY, Bentrem DJ, Wayne JD, Ko CY, Bennett CL, Talamonti MS. Small bowel cancer in the United States: changes in epidemiology, treatment, and survival over the last 20 years. *Ann Surg* 2009; 249: 63-71 [PMID: 19106677 DOI: 10.1097/SLA.0b013e31818e4641]
- Cunningham JD, Aleali R, Aleali M, Brower ST, Aufses AH. Malignant small bowel neoplasms: histopathologic determinants of recurrence and survival. *Ann Surg* 1997; 225: 300-306 [PMID: 9060587]
- Chung WC, Paik CN, Jung SH, Lee KM, Kim SW, Chang UI, Yang JM. Prognostic factors associated with survival in patients with primary duodenal adenocarcinoma. *Korean J Intern Med* 2011; 26: 34-40 [PMID: 21437160 DOI: 10.3904/kjim.2011.26.1.34]
- 顾雁, 周绍娟, 樊代明. 原发性十二指肠癌的误诊分析. *中华内科杂志* 1998; 37: 4
- 黄修海, 刘庚勋, 李介秋. 内镜诊断原发性十二指肠球部腺癌1例. *临床与病理杂志* 2014; 34: 222-224
- Ross WA, Bismar MM. Evaluation and management of periampullary tumors. *Curr Gastroenterol Rep* 2004; 6: 362-370 [PMID: 15341711 DOI: 10.1007/s11894-004-0051-0]
- Howe JR, Karnell LH, Menck HR, Scott-Conner C. The American College of Surgeons Commission on Cancer and the American Cancer Society. Adenocarcinoma of the small bowel: review of the National Cancer Data Base, 1985-1995. *Cancer* 1999; 86: 2693-2706 [PMID: 10594865 DOI: 10.1002/(SICI)1097-0142]
- Sohn TA, Lillemoe KD, Cameron JL, Pitt HA, Kaufman HS, Hruban RH, Yeo CJ. Adenocarcinoma of the duodenum: factors influencing long-term survival. *J Gastrointest Surg* 1998; 2: 79-87 [PMID: 9841972 DOI: 10.1016/S1091-255X(98)80107-8]
- 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; discussion 641-642 [PMID: 10843358 DOI: 10.1001/archsurg.135.6.635]
- Kanthan R, Gomez D, Senger JL, Kanthan SC. Endoscopic biopsies of duodenal polyp/mass lesions: a surgical pathology review. *J Clin Pathol* 2010; 63: 921-925 [PMID: 20876326 DOI: 10.1136/jcp.2010.081000]
- Muller AJ, Scherle PA. Targeting the mechanisms of tumoral immune tolerance with small-molecule inhibitors. *Nat Rev Cancer* 2006; 6: 613-625 [PMID: 16862192]
- Ruiz-Tovar J, Martínez-Molina E, Morales V, Sanjuanbenito A. [Primary small bowel adenocarcinoma]. *Cir Esp* 2009; 85: 354-359 [PMID: 19344893 DOI: 10.1016/j.ciresp.2008.12.007]
- 万德培, 梁健涛, 莫伟峰, 张子通, 赵曦. 56例原发性十二指肠肿瘤术式选择与分析. *中国医药导报* 2011; 8: 41-42
- 罗云飞. 原发性十二指肠腺癌治疗及预后研究进展. *现代中西医结合杂志* 2015; 24: 681-684

编辑: 于明茜 电编: 闫晋利





Published by **Baishideng Publishing Group Inc**
8226 Regency Drive, Pleasanton,
CA 94588, USA
Fax: +1-925-223-8242
Telephone: +1-925-223-8243
E-mail: bpgoffice@wjgnet.com
<http://www.wjgnet.com>



ISSN 1009-3079

