

原发性十二指肠球部息肉样腺癌1例

唐光华, 傅长来, 单际平, 蒋丹斌, 朱建清, 郑影影

背景资料

原发性十二指肠球部息肉样腺癌起病隐匿, 恶性程度高, 易被误诊, 重视十二指肠球部病变的少见病因, 可避免误诊, 减少患者痛苦, 提高生存率。

唐光华, 傅长来, 单际平, 蒋丹斌, 朱建清, 郑影影, 东南大学医学院附属盐城医院消化内科 江苏省盐城市 224001

唐光华, 副主任医师, 主要从事内镜下治疗的研究。

作者贡献分布: 此课题由蒋丹斌设计; 唐光华、傅长来及单际平完成内镜操作、收集病例资料及查阅文献; 图片处理由唐光华与郑影影完成; 本文写作由唐光华、朱建清及蒋丹斌完成。

通讯作者: 蒋丹斌, 主任医师, 224001, 江苏省盐城市剧场路75号, 东南大学医学院附属盐城医院消化内科。
drjdb@126.com
电话: 0515-81606062

收稿日期: 2016-07-20
修回日期: 2016-08-03
接受日期: 2016-08-17
在线出版日期: 2016-09-28

Primary polypoid adenocarcinoma of the duodenal bulb: A case report

Guang-Hua Tang, Chang-Lai Fu, Ji-Pin Shan, Dan-Bin Jiang, Jian-Qin Zhu, Ying-Ying Zheng

Guang-Hua Tang, Chang-Lai Fu, Ji-Pin Shan, Dan-Bin Jiang, Jian-Qin Zhu, Ying-Ying Zheng, Department of Gastroenterology, the Affiliated Yancheng Hospital of Southeast University Medical College, Yancheng 224001, Jiangsu Province, China

Correspondence to: Dan-Bin Jiang, Chief Physician, Department of Gastroenterology, the Affiliated Yancheng Hospital of Southeast University Medical College, 75 Theater Road, Yancheng 224001, Jiangsu Province, China. drjdb@126.com

Received: 2016-07-20
Revised: 2016-08-03
Accepted: 2016-08-17
Published online: 2016-09-28

Abstract

Primary polypoid adenocarcinoma of the

duodenal bulb may appear insidiously. It has no special symptoms or signs in the early stage and is easy to be misdiagnosed. Since some clinicians believe that most of lesions in the duodenal bulb are benign, endoscopic biopsy and pathological diagnosis were rarely performed; however, this may lead to misdiagnosis. Clinicians should raise their awareness of the rare etiology of lesions in the duodenal bulb.

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

Key Words: Duodenal bulb; Adenocarcinoma; Diagnosis

Tang GH, Fu CL, Shan JP, Jiang DB, Zhu JQ, Zheng YY. Primary polypoid adenocarcinoma of the duodenal bulb: A case report. Shijie Huaren Xiaohua Zazhi 2016; 24(27): 3930-3932 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/full/v24/i27/3930.htm> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v24.i27.3930>

摘要

原发性十二指肠球部息肉样腺癌起病隐匿, 早期无特异性症状和体征, 易被误诊为其他疾病。部分临床医师认为, 十二指肠球部病变多为良性, 很少进行活检和病理检查, 但这可能导致误诊。临床医师在诊治过程中要拓宽思路, 不能忽视十二指肠球部病变的少见病因。

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

关键词: 十二指肠球部; 腺癌; 诊断

核心提要: 本文介绍了1例原发性十二指肠球部息肉样腺癌的诊治体会, 分析了该疾病易被漏

同行评议者

高道健, 副教授, 副主任医师, 第二军医大学附属东方肝胆外科医院内镜科; 陆伦根, 主任医师, 上海交通大学附属第一人民医院消化科

诊的原因, 并指出有上腹部不适、恶心、呕吐等症状的患者应及时进行胃镜检查, 不能忽视十二指肠球部病变的少见病因。

唐光华, 唐长来, 单际平, 蒋丹斌, 朱建清, 郑影影. 原发性十二指肠球部息肉样腺癌1例. 世界华人消化杂志 2016; 24(27): 3930-3932 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/full/v24/i27/3930.htm> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wjcd.v24.i27.3930>

0 引言

原发性十二指肠球部息肉样腺癌是极为罕见的, 起病隐匿, 恶性程度高. 部分临床医师很少进行十二指肠球部病变的活检和病理检查, 这可能导致误诊. 本文介绍了1例原发性十二指肠球部息肉样腺癌的诊治经过, 现报道如下。

1 病例报告

患者, 男, 77岁. 因“反复上腹部隐痛1 mo”就诊. 近1 mo患者反复出现上腹部隐痛不适, 阵发性, 不放射, 伴乏力、纳差, 腹痛与进食无明显关系. 既往有“慢性胃炎、糖尿病、高血压病、脑梗死”病史. 否认重大外伤、手术史, 否认药物、食物过敏史. 否认家族病等疾病史. 体格检查: 生命体征稳定, 皮肤及巩膜无黄染, 全身浅表淋巴结无肿大, 心肺听诊无异常, 腹软, 无压痛, 无反跳痛, 全腹未扪及包块, 移动性浊音阴性. 全腹部CT: 肝脏、肾脏囊肿. CEA、CA19-9、AFP均阴性. 胃镜检查: 食管、贲门、胃底、胃体、胃角、胃窦黏膜光滑, 无糜烂溃疡及肿物; 十二指肠球部小弯侧见1个巨大的息肉样肿瘤, 表面污秽, 凹凸不平, 上覆黄白苔和陈旧性血痂; 在其周边取活检3块送检, 质脆、硬, 触之易出血(图1A). 活检病理诊断: 部分腺体中-重度异型增生, 灶区见黏液湖样结构. 微探头超声内镜镜检查提示肿瘤似侵及黏膜下层(图1B). 转外科实施腹腔镜下胃远端大部切除+胃空肠吻合术. 术后病理: 十二指肠球部腺癌, 部分为黏液腺癌, 侵及黏膜下层(图1C), 免疫“组织化学”示: Her2+, P21+, EGFR-, P27-, P53-, 上下切缘及小弯淋巴结未见癌组织。

2 讨论

原发性十二指肠球部息肉样腺癌非常罕见. 据报道^[1], 小肠腺癌约占所有胃肠道恶性肿瘤的

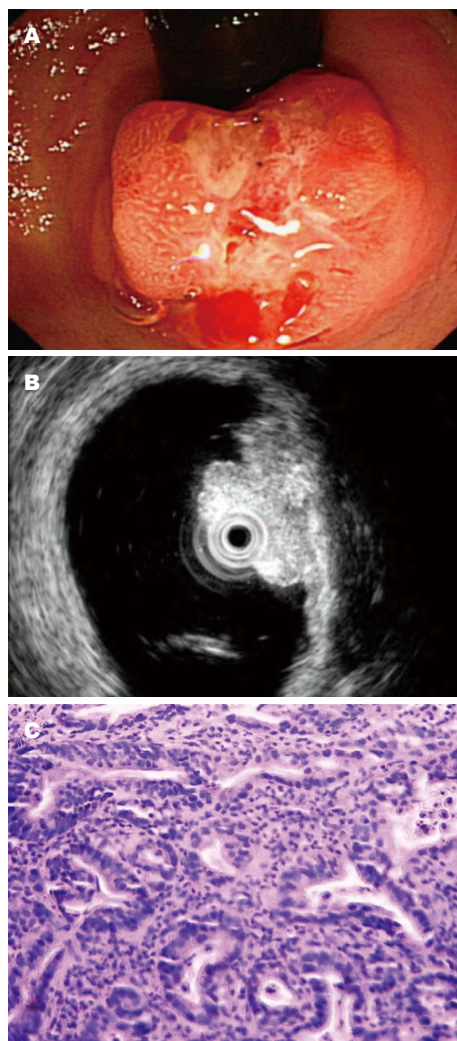


图1 十二指肠球部息肉样腺癌内镜下所见及病理检查. A: 胃镜检查发现十二指肠球部息肉样肿瘤; B: 超声内镜镜检查提示肿瘤似侵及黏膜下层; C: 术后病理图像, 提示十二指肠球部腺癌, 部分为黏液腺癌($\times 100$).

1%, 十二指肠球部腺癌约占所有小肠腺癌的一半. 胃镜检查是十二指肠球部腺癌最主要诊断的方法. 部分临床医师认为, 十二指肠球部疾病多为良性病变, 且十二指肠球部管壁较薄、血供丰富, 活检易导致出血和穿孔, 因此, 很少进行活检和病理检查, 但这可能导致误诊^[2,3].

十二指肠球部腺癌起病隐匿, 多数患者早期无特异性症状和体征, 易被误诊为其他疾病, 如慢性胃炎, 消化性溃疡, 慢性胆囊炎等. 如果十二指肠球部腺癌堵塞狭窄的幽门形成梗阻, 可能造成患者出现腹痛、腹胀, 甚至恶心、呕吐等胃肠道梗阻症状. 本文所介绍的十二指肠球部息肉样肿瘤患者没有发生恶心、呕吐等症状, 考虑可能与肿瘤尚处于早期, 体积不足以堵塞幽门有关。

■ 研究前沿

原发性十二指肠球部息肉样腺癌非常罕见, 部分临床医师很少进行球部病变的活检和病理检查, 这可能导致误诊, 因此临床医师需要重视十二指肠球部病变的少见病因。

■ 应用要点

本病起病隐匿, 恶性程度高, 易被误诊, 因此消化科医师如遇到类似病例要拓宽思路, 提高警惕, 及时诊断治疗。

■名词解释

内镜黏膜下剥离术: 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, 将病灶完整切除的手术方法。

■同行评价

本文详细报道了原发性十二指肠球部息肉样腺癌患者的诊治经过与结果, 有一定的可读性和参考价值。

十二指肠球部腺癌的治疗方法包括远端胃大部切除术, 内镜黏膜下剥离术等。手术方法的选择取决于肿瘤浸润的深度。近年来内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)技术发展迅速, 大量临床报告表明, 通过内镜行ESD手术能实现较大病变的一次性大块剥离, 剥离的病变能提供完整的病理诊断资料, 病变局部的复发率也较低^[4,5]。在本文所介绍的病例中, 因为肿瘤位于十二指肠球部, ESD手术操作空间狭小, 操作难度较大, 微探头超声内镜检查提示肿瘤似侵及黏膜下层, 发生淋巴结转移的风险较高, 所以, 未选择ESD手术, 最终进行了腹腔镜下胃远端大部切除+胃空肠吻合术。该病例术后病理发现十二指肠球部癌侵及黏膜下层, 浸润的深度与术前微探头超声内镜检查提示的一致。这提示我们, 术前微探头超声内镜检查有助于判断肿瘤可能的浸润深度, 可指导选择合适的手术方式。胃镜及病理检查是确诊原发性十二指肠球部腺癌的可靠依据。有上腹部不适、恶心、呕吐

等症状的患者应该及时进行胃镜检查, 重视十二指肠球部病变的少见病因, 这对早期诊断、早期治疗, 提高生存率具有重要意义。

3 参考文献

- 1 Goldner B, Stabile BE. Duodenal adenocarcinoma: why the extreme rarity of duodenal bulb primary tumors? *Am Surg* 2014; 80: 956-959 [PMID: 25264638]
- 2 Liu Y, Shen Z, Yu C, Li Y. Uncurable duodenal bulb ulcer-may be duodenal bulb cancer. *Turk J Gastroenterol* 2014; 25 Suppl 1: 297-298 [PMID: 25910349 DOI: 10.5152/tjg.2014.4027]
- 3 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
- 4 Rösch T, Sarbia M, Schumacher B, Deinert K, Frimberger E, Toerner T, Stolte M, Neuhaus H. Attempted endoscopic en bloc resection of mucosal and submucosal tumors using insulated-tip knives: a pilot series. *Endoscopy* 2004; 36: 788-801 [PMID: 15326574 DOI: 10.1055/s-2004-825838]
- 5 Gotoda T, Friedland S, Hamanaka H, Soetikno R. A learning curve for advanced endoscopic resection. *Gastrointest Endosc* 2005; 62: 866-867 [PMID: 16301027 DOI: 10.1016/j.gie.2005.07.055]

编辑: 马亚娟 电编: 李瑞芳





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

