

同时性多原发结直肠癌 1 例报告并文献复习

梅灿勇 李 爽 宗兴政

DOI: 10.3969/j.issn.1673-534X.2016.06.019

多原发癌(MPC)是指一个患者同时或先后发生两个或两个以上彼此无关的原发癌,可发生在同一器官或同一系统的不同部位,也可发生于不同器官或不同系统。而多原发结直肠癌(MPCC)是指原发于结肠、直肠的多中心癌,国内外报道其发病率为 0.4%~13%^[1-3]。MPCC 又可分为同时性癌和异时性癌,目前多数学者引用 Moertel 提出的定义,即多个恶性肿瘤发生间隔在 6 个月内者称为同时性多原发癌,超过 6 个月者称为异时性多原发癌。同时性多原发结直肠癌(SCC)在临床上较少见,占原发性结直肠癌的 1.2%~12.4%^[4-6]。Lam 等^[7]的研究显示,男性的 SCC 发病率高于女性,差异有统计学意义,而发病年龄差异则无统计学意义。本文报道 1 例 2014 年 10 月上海市中医药大学附属曙光医院宝山分院收治的 SCC 患者,并结合相关文献复习如下。

1 病例资料

患者女性,85 岁,2014 年 10 月 10 日因“反复解黑便 2 日”而收治入院。患者于入院前 2 d 解不成形深褐色/黑便,共 3 次,总量约 500 g,伴恶心、呕吐,呕吐物为胃内容物,伴头晕、乏力,无呕血、鲜血便,无晕厥、黑矇,无胸闷、心悸。入院查体:脉搏 91 次/min,血压 165/90 mmHg,贫血貌,神清,精神萎,腹部平坦,触软,全腹无压痛,肠鸣音活跃。入院辅助检查:血常规 Hb 66 g/L,2 次粪检均为隐血(+++),镜下红细胞(-)。10 月 13 日行胃镜检查查“隆起糜烂性胃炎,胃体息肉”。10 月 20 日行结肠镜检查,发现直肠黏膜隆起病灶,累及肠腔 1/3 周(见图 1A),进镜至乙状结肠时因患者无法耐受即终止检查。结肠镜病理结果示腺癌(直肠距肛门 8 cm)。考虑到患者年龄较大,无法耐受手术,告知家属,家属即转院。11 月 5 日至复旦大学附属肿瘤医院行内镜黏膜下剥离术(ESD)治疗,手术顺利,术后病理示腺癌,其后患者因恶心症状再次来曙光医院

宝山分院就诊。11 月 7 日行上腹部 CT 平扫示“腹腔肿块,5.8×7.3 cm,拟横结肠来源”(见图 1B)。11 月 13 日外科手术探查:结肠脾曲处扪及一约 7×7 cm 的包块,质中,活动度差,已侵犯肠系膜。遂在全麻下行横结肠癌根治术,术中见结肠脾曲有一占位性病变,7×7 cm,质地硬,位于肠腔内,已侵犯至浆膜层外。切除范围自横结肠肝曲至左 1/3 降结肠。术后予胃肠减压、腹腔引流、输红细胞悬液、血浆、抗炎等治疗。11 月 29 日病理结果示左半结肠黏液腺癌,肿瘤组织呈浸润性生长至肠壁全层并至浆膜外形成癌结节,未见明确的脉管内癌栓及神经侵犯现象,肠系膜淋巴结(0/11)未见癌组织转移。患者于术后两周相继出现脑梗死、肺部感染及吻合口瘘等并发症。12 月 5 日患者出现多脏器功能衰竭,经抢救无效死亡。

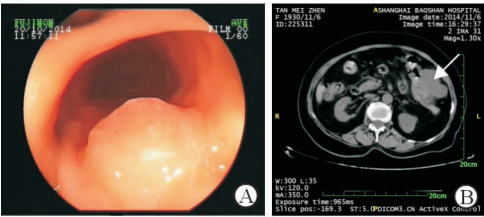


图 1 SCC 患者检查结果 A 结肠镜见直肠隆起病灶 B CT 示左侧结肠肿块

2 讨论

SCC 目前国内外文献多采用蔡成机等^[8]和 Warren 等^[9]提出的诊断标准:(1)每个癌灶经病理检查证实为恶性。(2)多发肿瘤确诊结果在同时或在 6 个月内得到。(3)癌灶一般是在不同的肠段发生,如有不同的病理类型或是有 5 cm 以上的正常肠段间隔距离才有可能在同一肠段发生。(4)除外家族性腺瘤病或溃疡性结肠炎(UC)患者的多原发癌。SCC 的临床表现与原发性结直肠癌相似,主要为排便习惯改变、便中带血和腹胀不适等,但因早期多无典型的临床表现而常被患者忽视。持续粪便隐血检查和血清癌胚抗原(CEA)检测可发现部分结直肠癌患者,但 CEA 特异性较差且假阳性率高。钡灌肠造影检查的不适感相对较小,患者易于接

作者单位:201900 上海市中医药大学附属曙光医院宝山分院
通信作者:李爽, Email: myyangyang2003@sina.com

受,但有研究显示其结直肠癌检出率只有 50%^[10],容易漏诊,特别是直径<1 cm 的病灶^[11]。此外,如存在肠梗阻或严重狭窄情况,则不宜行灌肠造影检查,否则会加重梗阻,甚至引发穿孔。CT 检查无不适感,患者普遍接受,其可发现进展期结直肠癌,可评估肿瘤的大小、浸润深度并了解局部淋巴结及远处的转移情况,但对于早期肿瘤也易漏诊。结肠镜是发现结直肠癌的有效手段,因其可在镜下活检,故可作为结直肠癌诊断的金标准,有研究报道其诊断 SCC 的准确率可达 76.7%^[12]。然而在本研究中,高龄患者对于结肠镜往往不能耐受,而对于进展期肿瘤已造成肠腔狭窄或梗阻的患者,结肠镜检查亦无法深入发现近端肿瘤而造成漏诊。对于此类患者可采取术中结肠镜检查的方法,有研究显示其可使 SCC 的确诊率提高 25%^[13]。此外,近年来发现 MPCC 与 p53 基因及 MMR 基因胚系突变有关^[14],可作为预测 SCC 发生的重要标志物。

SCC 可发生于结直肠的任何部位,以直肠和乙状结肠多见,右半结肠次之^[15],与单发结直肠癌好发部位基本一致。国内有研究报道,SCC 各病灶的病理类型以腺癌为主,其次为腺瘤恶变及黏液腺癌^[16]。通过中国期刊全文数据库(CNKI)以“多原发”、“大肠癌”、“结直肠肿瘤”进行检索,自 1994 年 1 月至 2014 年 10 月期间有关 SCC 的文献报道中资料完整的有 4 篇共 22 例^[17-20],加上本研究的 1 例共 23 例,患者均有两个原发病灶。23 例患者中病灶位于升结肠+乙状结肠 6 例,直肠+直肠 5 例,横结肠+降结肠 3 例,肝曲+降结肠、脾曲+横结肠、直肠+乙状结肠、直肠+降结肠各 2 例,回盲部+升结肠 1 例,与结直肠癌的病灶分布特点基本一致。23 例患者的病理类型中腺癌+腺癌 14 例,腺癌+黏液腺癌 5 例,腺癌+腺瘤恶变 2 例,黏液腺癌+黏液腺癌及腺癌+鳞癌各 1 例,与前述研究报道基本相符。

SCC 确诊后的治疗原则与单发结直肠癌相同,患者条件容许时,均应予以完整切除病灶,并行相应区域的淋巴结清扫。对于可完整切除病灶的患者,术后 10 年生存率可超过 45%,两者比较差异无统计学意义^[21]。对于肿瘤晚期、高龄、一般情况较差的患者,可选择肿瘤局部切除、短路手术或造瘘术以改善生存质量,术后积极防治吻合口瘘、切口感染、肺部感染、脑栓塞等并发症以降低死亡率。

参 考 文 献

1 Fante R, Roncucci L, Di Gregorio C, et al. Frequency and clinical features of multiple tumors of large bowel in the general

population and in patients with hereditary colorectal carcinomas [J]. Cancer, 1996, 77: 2013-2021.

2 Togashi K, Konishi F, Ozawa A, et al. Predictive factors for detecting colorectal carcinomas in surveillance colonoscopy after colorectal cancer surgery[J]. Dis Colon Rectum, 2000, 43(10 Suppl): S47-S53.

3 Dykes SL, Qui H, Rotllenberg DA, et al. Evidence of a preferred molecular pathway in patients with synchronous colorectal cancer[J]. Cancer, 2003, 98: 48-54.

4 Passman MA, Pommier RF, Vetto JT. Synchronous colon primaries have the same prognosis as solitary colon cancers[J]. Dis Colon Rectum, 1996, 39: 329-334.

5 Wang HZ, Huang XF, Wang Y, et al. Clinical features, diagnosis, treatment and prognosis of multiple primary colorectal carcinoma [J]. World J Gastroenterol, 2004, 10: 2136-2139.

6 Oya M, Takahashi S, Okuyama T, et al. Synchronous colorectal carcinoma: clinico-pathological features and prognosis [J]. Jpn J Clin oncol, 2003, 33: 38-43.

7 Lam AK, Carmichael R, Gertraud Buettner P, et al. Clinicopathological significance of synchronous carcinoma in colorectal cancer[J]. Am J Surg, 2011, 202: 39-44.

8 蔡成机,王承培,潘义生,等.多原发结直肠癌[J].中华消化杂志,1999,19:86-88.

9 Warren S, Gates O. Multiple primary malignant tumors: a surgery of the literature and a statistical study [J]. Am J Cancer, 1932, 16: 1358-1414.

10 邓兰树,吴祝东,杨少华.大肠多原发癌 8 例临床分析[J].中国实用外科杂志,1994,14:47-48.

11 张庆荣.临床肛门大肠外科学[M].天津:天津科技翻译出版公司,1998:234.

12 Postic G, Lewin D, Blicherstaff C, et al. Colonoscopic miss rates determined by direct comparison of colonoscopy with colon resection specimens [J]. Am J Gastroenterol, 2002, 97: 3182-3185.

13 朱一宁.同时性多原发结直肠癌的诊断和治疗[J].结直肠肛门外科,2007,13:289-291.

14 Grady WM. Genetic testing for high-risk colon cancer patients [J]. Gastroenterology, 2003, 124: 1574-1594.

15 何建军.中国人 2 025 例多原发结直肠癌荟萃分析[J].中华胃肠外科杂志,2006,9:225-229.

16 张常华,何裕隆,詹文华,等.直肠同时性多发癌临床病理特征分析[J].中华普通外科杂志,2006,21:549-552.

17 唐忠,张宏.同时多原发性大肠癌 11 例诊治分析[J].福建医药杂志,2001,23:97-98.

18 史东波.同时多原发性大肠癌 9 例诊治分析[J].浙江临床医学,2004,6:28-29.

19 杨红旗,方道连.同时性五灶原发大肠癌一例[J].中华消化内镜杂志,2005,22:93.

20 赵长城.同时性多原发大肠癌 1 例并文献回顾[J].重庆医学,2008,37:2391.

21 Oya M, Takahashi S, Okuyama T, et al. Synchronous colorectal carcinoma: clinic-pathological features and prognosis [J]. Jpn J Clin Oncol, 2003, 33: 38-43.

(收稿日期:2016-04-30)
(本文编辑:林磊)