

胃癌回肠转移一例

· 病例报告 ·

陈彩云, 包真, 欧阳鹏, 龚瑾

作者单位: 暨南大学附属第一医院胃肠外科二区, 广州 510630

第一作者: 陈彩云, 在读硕士研究生, 研究方向: 普外科疾病诊治。E-mail: 2698991171@qq.com

通信作者: 龚瑾, 医学博士, 主任医师, 教授, 博士研究生导师, 研究方向: 胃肠外科肿瘤诊治。E-mail: gongjin51@gmail.com

[关键词] 胃癌; 远处转移; 回肠转移性肿瘤

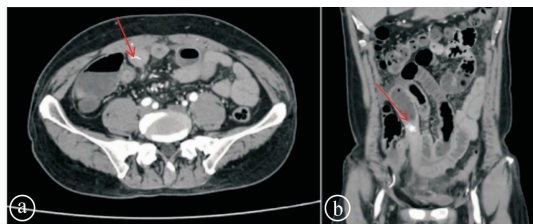
[中图分类号] R 735.2 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2024)03-0338-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2024.03.18

1 病例介绍

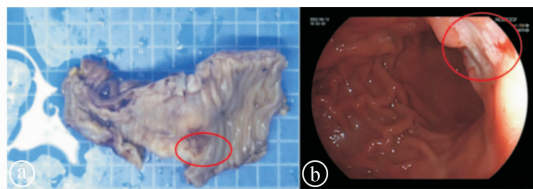
患者,男,52岁,因“右下腹疼痛16h”于2023年3月31日就诊于暨南大学附属第一医院急诊科。急诊行全腹部增强CT提示右下腹第5组(Cole分组法)小肠不完全性肠梗阻,考虑异物嵌顿(见图1)。血常规提示中性粒细胞百分比升高,淋巴细胞百分比下降。C-反应蛋白(C-reactive protein, CRP)82.3 mg/L。为求进一步治疗收入胃肠外科。专科查体:全身皮肤及巩膜无黄染,腹平坦,腹壁表浅静脉无扩张,未见胃肠型及蠕动波,腹肌紧张,全腹压痛、反跳痛,以右下腹为著。全腹未触及肿块, Murphy 征(-),腹部叩诊为鼓音,移动性浊音(-),肝区肾区无叩击痛,肠鸣音正常。诊断性腹腔穿刺未抽出积液、积血。患者自述发病前3d可疑误吞鱼骨,故考虑异物嵌顿导致的小肠不完全性肠梗阻可能性大。行急诊手术中探查见距离回盲部约80cm处回肠穿孔并与降结肠结肠带粘连,周围大量脓苔,穿孔处肠段明显狭窄,管壁僵硬,周围未见明显肿大淋巴结。术中探查盆腹腔其余部位未见明显病变。术中诊断考虑小肠恶性肿瘤。遂行病变回肠切除并行回肠-回肠侧侧吻合术。术毕纵向剖开切除的病变肠管,肉眼观察下可见该段肠管内2处溃疡,溃疡处触之易出血,肠管狭窄僵硬、充血水肿明显(见图2a)。术后小肠病理结果提示小肠低分化腺癌(印戒细胞癌),浸润肠壁全层至浆膜下,可见神经及脉管侵犯,两端切缘均未见癌累及;肠周见结节21粒,均为癌结节。手术标本免疫组化结果:p-CK(+), CK7(+), CK20(-), CerbB2(-), E-cad(+), CD34(-), Ki-67(约20%+)。结合免疫组化结果本病例倾向诊断为转移性癌,胃来源可能性大

(见图3a~图3c)。术后恢复尚可后完善胃镜下见胃体后壁一巨大溃疡,浸及小弯,边界不清(见图2b)。胃镜下取病理活检,结果提示胃体低分化腺癌(印戒细胞癌)。免疫组化结果:E-cad(膜+), CEA(+), CD68(-), CD34(-), HER-2(-), Ki-67(约50%)(见图3d~图3f)。确定诊断为胃体印戒细胞癌伴回肠转移(pT₁N×M₁IV期)。根据《中国胃癌规范诊疗质量控制指标(2022版)》^[1]制定治疗方案:Xelox方案+信迪利单抗(每3周为1个疗程)。患者于2023年5月8日返院行第1次化疗+免疫治疗。截至2023年9月已行6个周期化疗,定期复查,病情稳定。本研究获暨南大学附属第一医院医学伦理委员会批准(编号:KY-2022-242)。



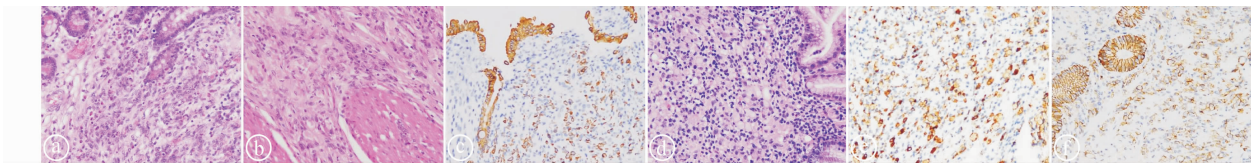
①腹部CT(横断面); ②腹部CT(冠状位), 箭头所示为考虑异物嵌顿所在位置

图1 患者全腹部增强CT检查所见



①术后小肠标本(圆圈标注为考虑肿瘤所在位置); ②胃镜检查(圆圈标注为胃体部胃壁溃疡、出血, 肿瘤所在位置)

图2 患者术后小肠标本、胃镜检查所见



③④回肠黏膜下层、肌层 HE 染色(×100); ⑤手术标本免疫组化染色(×100),p-CK(+); ⑥胃镜活检组织 HE 染色(×100); ⑦胃镜活检组织免疫组化染色(×100),CEA(+); ⑧胃镜活检组织免疫组化染色(×100),E-cad(+). 回肠黏膜下层、肌层均可见印戒细胞浸润、黏液湖; 胃黏膜可见深染的印戒细胞

图 3 回肠组织、胃组织 HE 染色和免疫组化染色检查所示

2 讨论

2.1 胃癌是最常见的消化系统恶性肿瘤之一,其发病率居恶性肿瘤第 5 位,致死率居恶性肿瘤第 4 位^[1-4]。早期胃癌 5 年生存率可达 90% 以上,但其临床表现不典型甚至无症状,胃肠镜检查比例较低,导致早期胃癌诊断率较低,多数患者就诊时已为进展期胃癌^[3]。胃癌可通过直接浸润累及周围组织器官、血行转移、淋巴转移、腹腔种植转移等途径发生远处转移,最常见的转移器官为肝脏,其次为肺和胰腺,也可转移至脑、肾上腺、卵巢、结肠等,转移至小肠罕见^[4-9]。本例患者为胃体印戒细胞癌转移至回肠。Chua 等^[10]报道 1 例胃食管连接处中分化腺癌伴有十二指肠乳头转移的病例。患者因“胃溃疡”使用质子泵抑制剂效果不佳后行胃十二指肠镜检查,发现胃食管连接处有一直径约 5 cm 坏死溃疡伴十二指肠乳头肿大,考虑肿瘤累及,对该溃疡及肿大十二指肠乳头取组织行病理检查提示胃食管连接处中分化腺癌伴有十二指肠乳头转移。Mishima 等^[11]报道 1 例因患者食欲较差行胃十二指肠镜并对病变组织取活检的病例,最后病理证实为胃窦高分化腺癌伴有十二指肠黏膜内转移。丁苗苗等^[12]报道 1 例 64 岁胃癌患者行腹腔镜胃癌根治术后 2 年出现小肠套叠急诊行部分小肠切除吻合术的病例,术后病理证实胃黏液细胞癌小肠转移。在既往报道的大部分胃癌伴小肠转移的病例中,主要是通过胃十二指肠镜检查病理活检诊断或通过术中手术切除病变部位、术后石蜡病理证实。

2.2 胃腺癌是发生于胃黏膜的具有腺样分化的恶性上皮性肿瘤,是胃癌最常见的组织学类型^[13]。胃体印戒细胞癌是一种特殊的胃腺癌,起源于黏膜固有层中腺体颈部未分化的干细胞,显微镜下可见大量黏液聚集在癌细胞胞质内,胞质内黏液将细胞核挤压至一侧,使细胞呈印戒状^[14]。小肠原发性印戒细胞癌在细胞形态学上与胃体印戒细胞癌小肠转移肿瘤相似,较难鉴别。本例患者胃体处肿瘤和回肠处肿瘤均为印戒细胞癌,通过 HE 染色对比 2 处的低分

化腺癌形态学表现相似,但是病变处回肠黏膜上皮未见肿瘤细胞浸润,黏膜下至浆膜层有印戒细胞浸润,可见神经及脉管侵犯;胃镜下见胃黏膜溃疡,活检病理切片 HE 染色见胃黏膜层及黏膜下层均有印戒细胞浸润,故可诊断为胃体印戒细胞癌回肠转移。临床上可通过此法鉴别小肠原发肿瘤和小肠转移肿瘤,胃肠道其他部位的肿瘤亦可通过此法来鉴别原发肿瘤和转移肿瘤。另外,也可通过免疫组化染色检查来鉴别小肠原发肿瘤和小肠转移肿瘤。本例患者小肠肿瘤标志物 Villin、CDX-2 为阴性,而胃肿瘤标志物 p-CK、CK7 为阳性,且在回肠肿瘤处和胃肿瘤处的免疫组化染色中显示 E-cad(+)、HER-2(-)。免疫组化结果为 CK7(+)/CK20(-)模式,提示原发性胃腺癌^[15]。故本病例诊断为胃癌转移至回肠。

2.3 本例患者为胃体印戒细胞癌,恶性程度极高,回肠转移肿瘤处肠管黏膜上皮未见肿瘤细胞浸润,黏膜下至浆膜层印戒细胞浸润,可见脉管和神经侵犯。胃体印戒细胞癌可通过血行转移至回肠,亦可通过淋巴转移或腹腔种植转移至回肠。无论通过哪种途径转移,只要肿瘤转移至回肠致其梗阻、套叠、穿孔等,均可出现严重的急腹症而就诊于急诊科,极易漏诊、误诊。本例患者自述腹痛且 3 d 前可疑误吞鱼骨,有剧烈腹痛症状及全腹腹膜炎体征。术前全腹部增强 CT 提示小肠不完全性肠梗阻;术中发现回肠僵硬、溃疡穿孔,全消化道及腹腔探查均未发现鱼骨及其他异物滞留,腹腔其余部位未发现异常,考虑回肠恶性肿瘤。术中患者生命体征不平稳,出现感染性休克,需尽快结束手术,故未行术中快速冰冻病理检查以明确溃疡之良恶性及远、近端切缘阴性,但已切除至距病变肠管较远处,尽可能保证切缘阴性。对于术中生命体征平稳的类似病例,仍建议术中常规行快速冰冻病理检查以明确诊断及确保切缘阴性。术后结合 2 处病理形态及免疫组化结果证实胃体印戒细胞癌伴回肠转移。对于有类似表现的急腹症患者,临床医师应考虑此类情况。

参考文献

- [1] 国家癌症中心, 国家肿瘤质控中心胃癌质控专家委员会. 中国胃癌规范诊疗质量控制指标(2022 版)[J]. 中华肿瘤杂志, 2022, 44(10): 997-1002.
- [2] Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, et al. Cancer statistics, 2023[J]. CA Cancer J Clin, 2023, 73(1): 17-48.
- [3] Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2018, 68(6): 394-424.
- [4] 郑琪, 丁彩霞, 李索妮, 等. 胃印戒细胞癌伴“冰冻腹”1 例病例报道[J]. 消化肿瘤杂志(电子版), 2022, 14(3): 360-363.
- [5] Tan Z. Recent advances in the surgical treatment of advanced gastric cancer: a review[J]. Med Sci Monit, 2019, 25: 3537-3541.
- [6] Rodríguez Salas N, González Paz C, Rivera T, et al. Colonic anastomosis and colonic polyp mucosal metastasis of signet ring cell gastric adenocarcinoma[J]. Clin Transl Oncol, 2010, 12(3): 238-239.
- [7] Ogiwara H, Konno H, Kitayama Y, et al. Metastases from gastric adenocarcinoma presenting as multiple colonic polyps: report of a case[J]. Surg Today, 1994, 24(5): 473-475.
- [8] 厉瑶, 厉学民, 王连云, 等. 胃癌卵巢转移 23 例临床分析[J]. 浙江医学, 2018, 40(11): 1250-1251.
- [9] 齐增平, 李江花, 左献军. 希罗达治疗老年胃癌双侧肾上腺转移

患者 1 例报告[J]. 中国民康医学, 2016, 28(14): 80.

- [10] Chua WJ, Wan WK, Yew Tan DM. A rare case of duodenal papilla metastasis from the gastroesophageal junction[J]. Am J Gastroenterol, 2022, 117(2): 213.
- [11] Mishima M, Sakurai T, Miyamoto S. Intramucosal metastasis of gastric cancer to the duodenum[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2019, 17(13): A27.
- [12] 丁苗苗, 高平, 高亚杰, 等. 胃癌术后小肠转移 1 例[J]. 大连医科大学学报, 2017, 39(2): 205-206.
- [13] 任佳欣, 程彩霞. 胃癌子宫内转移 1 例报道[J]. 肿瘤学杂志, 2022, 28(8): 703-704.
- [14] Fléjou JF. WHO classification of digestive tumors: the fourth edition[J]. Ann Pathol, 2011, 31(5 Suppl): S27-S31.
- [15] Goldstein NS, Long A, Kuan SF, et al. Colon signet ring cell adenocarcinoma: immunohistochemical characterization and comparison with gastric and typical colon adenocarcinomas[J]. Appl Immunohistochem Mol Morphol, 2000, 8(3): 183-188.

[收稿日期 2023-09-15][本文编辑 韦颖]

本文引用格式

陈彩云, 包真, 欧阳鹏, 等. 胃癌回肠转移一例[J]. 中国临床新医学, 2024, 17(3): 338-340.

胰腺实性假乳头状瘤伴肝转移一例

· 病例报告 ·

江敏芝^{1,2}, 江书典^{1,2}, 胡明政^{1,3}

作者单位: 1. 三峡大学第一临床医学院, 宜昌 443000; 2. 三峡大学基础医学院, 宜昌 443000; 3. 宜昌市中心人民医院, 湖北 443000

第一作者: 江敏芝, 在读硕士研究生, 研究方向: 肝胆胰疾病的诊治。E-mail: 1543472454@qq.com

通信作者: 胡明政, 医学博士, 主任医师, 硕士研究生导师, 研究方向: 肝胆胰疾病的诊治。E-mail: hzm1632024@163.com

[关键词] 胰腺肿瘤; 假乳头状瘤; 肝转移; 病例报道

[中图分类号] R 735.9 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2024)03-0340-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2024.03.19

1 病例介绍

患者, 女, 44 岁, 因“发现腹部占位 1 周”于 2020 年 4 月 20 日入住宜昌市中心人民医院。体格检查: 腹部平软, 无压痛、反跳痛, 未触及包块, 肝脾未触及, Murphy 征(-), 肝区无叩击痛, 无移动性浊音, 肠鸣音正常。血常规、生化检查无明显异常, 肿瘤标志物阴性。胰腺平扫增强 CT 检查(见图 1): 胰腺尾部见团块状混杂低密度影, 大小约 6.3 cm × 5.8 cm, 病灶密度不均, 内见点状钙化, 周围间隙稍模糊, 增强扫描病灶强化程度低于正常胰腺强化程度, 肝内见

多发类圆形低密度影, 边界欠清, 增强扫描病灶环形强化, 胆囊结节状高密度影, 脾脏增大。胰腺动、静脉造影检查: 胰腺病灶由脾动脉分支供血, 脾脏静脉受侵, 近中远段闭塞, 周围多发侧支血管, 胃壁静脉曲张, 右侧见副肾动脉。影像学诊断考虑胰腺癌伴肝转移、胆囊结石、脾大。正电子发射断层扫描/计算机断层扫描(positron emission tomography/computed tomography, PET/CT)提示胰腺尾部团块病灶, 代谢异常增高, 考虑肿瘤; 肝脏多发低密度结节, 代谢增高, 考虑肝脏转移。患者于 2020 年 4 月 22 日在超声