

高于它在临床上表现,尸检研究表明,多达 11% 的肺癌患者可能发生小肠转移^[1,4],这种临床与尸检的不一致可以归因于小肠转移很少引起症状或并发症^[1]。只有少数发生胃肠道症状或体征,如腹部疼痛、恶心、呕吐和食欲减退而引起注意。

小肠转移肿瘤的组织学特征与肺原发肿瘤相同,各种病理类型皆可发生转移,哪种病理类型多见的结果不一^[2,5],Berger 等^[2]的研究中提示鳞状细胞癌最多见(3/7),未分化大细胞癌次之(2/7),腺鳞癌、腺癌最少(分别 1 例)。而另一项研究提示,大细胞癌是最常见的细胞类型,腺癌次之,小细胞癌、鳞状细胞癌最少^[5]。

在影像学诊断中,腹部 CT 或 X 线造影灌肠是常用的方法。肠镜是一个相对较新可以检测到小肠大部分的方式,并可取得病理。胶囊内镜是一种可以检查整段小肠的前景看好的成像技术。标记-红细胞显像对于消化道出血部位可大致分析,如果肠壁有出血灶,^{99m}Tc 标记的红细胞或胶体从肠壁黏膜处逸出进入肠道,形成该部位放射性浓聚,从而可诊断及定位^[6]。

在非小细胞肺癌患者中,仅根据临床表现和影像学检查提示的小肠转移肿瘤,尚无法确诊。需要行病理活检,必要时还需行免疫组化检查鉴别。Rossi 等^[7]通过对 18 例肺癌小肠转移的病理标本进行 CK7、CK20、TTF-1、CDX2 4 项免疫组化的检查,结合 HE 染色,对鉴别原发和继发的胃肠道肿瘤有较好的特异性和灵敏性。肺原发常为 CK7(+),CK20(-),而肠来源则相反。但需注意,在一些原发的直肠或小肠的腺癌中,CK7 亦可为阳性,CK20 阴性^[8]。因此,有必要结合其他的特异性标志物加以鉴别,如 TTF-1、CDX2。研究表明,TTF-1 在 80% 的肺腺癌中表达,大细胞和多形性/肉瘤样癌有一半左右表达,几乎从来没有在鳞状细胞癌中表达,而胃肠道腺癌中至今仍无表达的报道。CDX2 与小肠的分化相关,肠来源的腺癌 CDX2 常为阳性。因此,这四种免疫组化指标组合可更好判断肿瘤是肺或小肠来源。

对于肺癌孤立性肠转移的治疗,治疗方法亦无统一标准。有文献总结,对于除颅脑和肾上腺的其他部位(包括小肠)孤立性转移的患者,PS 状态良好,同时肺的原发病变能完全切除的其他的孤立性颅外转移,建议手术切除或适形放疗+系统性全身化疗^[9]。

已报道文献中手术切除的方式可以应用在原发肿瘤控制良好、没有并发其他转移部位的患者中,或在如严重的出血和/或阻塞患者中作为姑息治疗手段,在这种情况下,切除病灶端至端吻合术是治疗选择^[6]。回顾相关文献,皆采用手术方式,尚未有采用放疗的方式治疗转移灶的报道。笔者报道

的患者,采用调强放疗方式,剂量 D_r50Gy/28f,放疗后肿块由 6.3cm×5.0cm×5.0cm 退缩至 5.1cm×2.7cm×2.5cm。放疗后患者中上腹胀痛不适症状明显缓解,故我们认为放疗亦可作为可选的姑息治疗方式。

非小细胞肺癌小肠转移患者的预后普遍较差,据报道确诊后存活期从数周至数月不等^[6]。肠转移手术切除后只有少数患者存活超过 9 个月^[2]。我们提出的案例十二指肠转移病灶采用放疗,诊断后总生存期为 9 个月,效果满意。

有文献报道,所有这种肺癌小肠转移的患者都在尸检并存在其他部位的转移,小肠转移可能是有高转移潜力的非小细胞肺癌某些生物类型的特征^[6]。此外,目前是通过血行还是淋巴发生转移还未知。在所有这些肺癌中,发现在肿瘤淋巴管瘤和肺血管中均存在微癌栓细胞^[2],相关预后因素尚不明确。

参考文献:

- [1] McNeill PM, Wagman LD, Neifeld JP. Small bowel metastases from primary carcinoma of the lung [J]. Cancer, 1987, 59(8): 1486 - 1489.
- [2] Berger A, Cellier C, Daniel C, et al. Small bowel metastases from primary carcinoma of the lung: clinical findings and outcome [J]. Am J Gastroenterol, 1999, 94 (7): 1884 - 1887.
- [3] Goh BK, Teo MC, Chng SP, et al. Upper gastrointestinal bleed secondary to duodenal metastasis: a rare complication of primary lung cancer [J]. J Gastroenterol Hepatol, 2006, 21(2): 486 - 487.
- [4] Stenbygaard LE, Sorensen JB. Small bowel metastases in non-small cell lung cancer [J]. Lung Cancer, 1999, 26(2): 95 - 101.
- [5] Ryo H, Sakai H, Ikeda T, et al. Gastrointestinal metastasis from lung cancer [in Japanese] [J]. Nihon Kyobu Shikkan Gakkai Zasshi, 1996, 34(9): 968 - 972.
- [6] Jansen JM, Oldenburg B, van Milligen de Wit AW. Small intestinal metastasis from non-small-cell carcinoma of the lung: a rare cause of GI bleeding of obscure origin [J]. Gastrointest Endosc, 2004, 59(3): 447 - 449.
- [7] Rossi G, Marchioni A, Romagnani E, et al. Primary lung cancer presenting with gastrointestinal tract involvement: clinicopathologic and immunohistochemical features in a series of 18 consecutive cases [J]. J Thorac Oncol, 2007, 2 (2): 115 - 120.
- [8] Chen ZM, Wang HL. Alteration of cytokeratin 7 and cytokeratin 20 expression profile is uniquely associated with tumorigenesis of primary adenocarcinoma of the small intestine [J]. Am J Surg Pathol, 2004, 28(10): 1352 - 1359.
- [9] 吴一龙, 蒋国梁, 廖美琳, 等. 非小细胞肺癌孤立性转移处理共识 [J]. 循证医学, 2007, 2: 109 - 111.