

小肠腺癌伴腹腔广泛转移误诊为十二指肠瘀滞症 1 例

A Case of Small Bowel Adenocarcinoma with Extensive Abdominal Metastasis Misdiagnosed as Duodenal Stasis // GAO Jia, ZHU A-kao, YING Rong-chao, LIU Yi-dan

高 佳, 朱阿考, 应荣超, 刘一丹

(南京医科大学附属杭州医院, 杭州市第一人民医院, 浙江中医药大学第四临床医学院, 浙江 杭州 310002)

关键词: 小肠腺癌; 十二指肠瘀滞症; 误诊
中图分类号: R735.3 文献标识码: B
文章编号: 1671-170X(2020)05-0465-03
doi: 10.11735/j.issn.1671-170X.2020.05.B020

小肠腺癌 (small bowel adenocarcinoma, SBA) 是一种起源于小肠上皮的恶性肿瘤, 发病率低, 相比其他胃肠道恶性肿瘤罕见, 且临床表现不典型, 缺乏特异性诊断指标, 易导致漏诊或误诊。SBA 确诊时患者往往已处于晚期, 仅有 33.7% 的 SBA 患者在 I~II 期被确诊, 而有 32.1% SBA 患者确诊时即伴有远处转移, 预后极差^[1]。为了提高对 SBA 的认识, 提高 SBA 早期诊断率和早期治疗, 我们回顾性分析 1 例 SBA 伴腹膜广泛转移被误诊为十二指肠瘀滞症的诊治病例。

1 临床资料

患者, 男性, 42 岁, 因“反复呕吐伴腹胀 7 个月, 再发 3 天”入院。患者 7 个月前无明显诱因出现呕吐, 呕吐物为隔夜宿食, 呕吐症状反复发作, 伴腹胀, 无腹痛腹泻、尿频尿急、发热胸痛等伴随症状。至当地医院就诊, 行腹部 CT 示: 肠系膜上动脉与腹主动脉间隙略窄; 消化道 X 线造影: 十二指肠降部远端与空肠近端交界处局部呈细线样改变, 予补液等对症支持治疗后症状好转出院。患者再次出现呕吐, 性

状同前, 为求进一步治疗入院。患者诉近三个月体重下降 15kg。

入院查体: T 37.0℃, R 20 次/分, P 54 次/分, BP 96/71mmHg, 身高 169cm, 体重 46kg。神志清, 精神萎靡, 对答切题, 消瘦状态, 未触及浅表淋巴结肿大, 腹平软, 无压痛及反跳痛, 可见胃肠型及蠕动波, 肝脾肋下未触及, 墨菲征阴性, 振水音阳性, 移动性浊音阴性, 肠鸣音 2 次/分。辅助检查: 血浆乳酸 4.2mmol/L; 血淀粉酶 111U/L; K⁺ 3.43mmol/L; CEA 1.26μg/L; CA199 5.1kU/L; 其余检验未见明显异常; 腹部立位平片提示: 腹部结肠积气、积粪稍明显; 消化道 X 线造影提示: 十二指肠水平段造影剂充盈欠佳, 近端空肠管腔扩大, 未见明显充盈 (Figure 1); 小肠 CT 平扫+增强扫描提示: 肠系膜上动脉与腹主动脉之间十二指肠水平部管腔明显变窄伴近端十二指肠及胃扩张积液 (Figure 2), 十二指肠淤积症待排。

考虑十二指肠瘀滞症导致的肠梗阻, 保守治疗效果欠佳, 排除手术禁忌后于 2019 年 7 月 19 日在全麻下行腹腔镜探查, 术中发现肿瘤, 后转开腹行小肠肿瘤切除术+腹膜结节活检, 术中见: 屈氏韧带远端 10cm 处见小肠缩窄性肿瘤, 大小约 3cm×2cm, 近端肠腔膨大, 远端缩窄, 周围系膜增厚, 肠管充血, 大网膜及双侧下腹部腹膜上可见多发灰白色结节, 大小约 0.3~1.0cm, 手术过程顺利, 标本送病理检查。病理报告: (1) 小肠溃疡性中分化腺癌, 浸润至浆膜层, 可见脉管、神经束侵犯; (2) “腹腔结节”为纤维结缔组织内腺癌浸润; (3) “腹壁结节”为纤维结缔组织内腺癌浸润; (4) 大网膜组织内见癌结节 7 枚。患者诊断为 SBA 伴腹腔广泛转移, 术后分别于 2019 年 7

基金项目: 浙江省自然科学基金 (Y18H160291)

通信作者: 应荣超, 主任医师, 研究生导师, 硕士; 南京医科大学附属杭州医院 (杭州市第一人民医院) 普外胃肠外科, 浙江省杭州市上城区浣纱路 261 号 (310002); E-mail: 18268158410@163.com

收稿日期: 2020-02-06; 修回日期: 2020-03-09

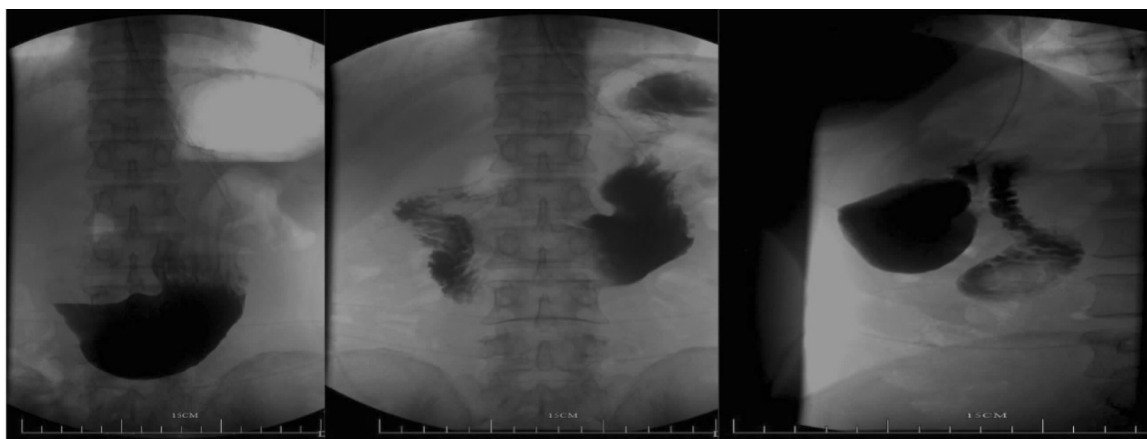


Figure 1 Gastrointestinal radiography



Figure 2 Small bowel CT (black arrow represents the superior mesenteric artery, the purple arrow represents the compressed horizontal portion of the duodenum red arrow represents the abdominal aorta)

月 23 日和 2019 年 7 月 30 日行腹腔热灌注化疗, 方案为顺铂 60mg, 温度控制为 43℃, 时间为 90min。患者开腹术后第 7 天肛门恢复排气, 第 8 天开始进食少量流质饮食, 后因进食流质后出现恶心、呕吐等不适症状, 第 20 天才恢复半流质饮食。患者术后胃肠道功能恢复较慢, 考虑主要为术前营养状况极差及 SBA 伴腹腔广泛转移所致。患者术后恢复尚可。

2 讨 论

虽然小肠组成了四分之三的消化道, 但原发性小肠恶性肿瘤发病率低, 仅占胃肠道恶性肿瘤 3%

左右^[2]。小肠恶性肿瘤的组织学类型包括腺癌、肉瘤、神经内分泌癌和淋巴瘤, SBA 约占小肠恶性肿瘤的 40%, 平均发病年龄为 60 岁, 以男性为主^[3-4]。十二指肠是 SBA 最好发部位, 约占 55%~82%, 其次为空肠和回肠^[5]。

SBA 早期症状隐匿, 中晚期可因肿瘤部位、受累脏器、致病因素、肿瘤分化程度等不同而出现多样性症状, 可表现为恶心呕吐、腹胀、体重减轻等非特异性症状, 大多与消化道常见病症状相类似^[6-7], 导致 SBA 诊断较为困难。一些特定部位的 SBA 虽然临床症状较为明显, 如十二指肠腺癌引起胆道梗阻时, 患者可出现腹痛、黄疸, 甚至胆管炎等典型症状, 但这些症状更易被胆结石等临床常见病解释, 因而导致 SBA 的漏诊、误诊。缺乏特异性诊断指标也导致 SBA 诊断较为困难。常规的侵入性检测方法如胃镜、结肠镜等难以检查较深位置的小肠, 如空肠。而非侵入性影像学检查方法如 X 线钡剂造影、腹部 CT、MRI 等, 由于小肠与周围脏器多有重叠, 缺乏特异性, SBA 较易被误诊为邻近脏器病变。

十二指肠瘀滞症又称肠系膜上动脉综合征、Wilkie 综合征, 是由主动脉和肠系膜上动脉之间的十二指肠受压所引起的一种罕见的肠梗阻疾病^[8]。十二指肠瘀滞症典型的临床表现为腹痛腹胀、恶心呕吐、早饱等不适, 长期慢性发作可致患者厌食、体重减轻和水电解质失衡^[9]。X 线钡餐造影为其首要诊断方法, 其特征表现胃十二指肠扩张、胃十二指肠排空延迟, 以及血管压迫所致的十二指肠第三部分的垂直、线状、带状缺损^[10]。该例患者以反复呕吐、腹

胀等不全肠梗阻症状为主要临床表现,查体振水音阳性,CT、X线消化道造影均提示十二指肠瘀滞症可能性大,患者临床症状、体征、辅助检查均符合十二指肠瘀滞症诊断,而SBA怀疑指数低,因而造成误诊。患者出现十二指肠瘀滞症的特征表现,可能是由于SBA晚期致体重减轻,肠系膜上动脉与腹主动脉之间脂肪减少,从而使两者之间夹角减小。

随着对SBA的不断研究和检测技术的不断进步,SBA检出率随之增高。目前认为胶囊内镜和双气囊小肠镜在诊断SBA方面具有重要意义^[11]。胶囊内镜已被广泛应用于隐匿性小肠出血的诊断中。双气囊小肠镜可以观察更深处的小肠,且meta分析结果显示,其与双气囊小肠镜在隐匿性小肠出血诊断中效果相似^[12]。CT肠造影术和MR肠造影术检出SBA的敏感度分别为76%和93%,特异性均达95%以上,也为SBA诊断提供了重要手段^[13]。虽然SBA多为散发病例,但研究显示,SBA发病与克罗恩病、林奇综合征、家族性腺瘤性息肉病、乳糜泻和Peutz-Jeghers综合征等密切相关^[5,14],因而对既往患有这些疾病的患者,应特别注意SBA的筛查。

综上所述,SBA由于发病率低,怀疑指数低,缺乏典型症状和特异性诊断指标,易致诊断延误。因此,对SBA应引起足够警惕,当患者出现不明原因的消瘦,反复恶心呕吐、腹痛腹胀、便血等不适时,应结合患者既往病史,根据不同检测方法的优缺点合理选择检查手段,与其他消化道疾病鉴别,避免SBA误诊、漏诊。

参考文献:

- [1] Young JJ, Mongoue-Tchokote S, Wiegand N, et al. Treatment and survival of small-bowel adenocarcinoma in the united states: a comparison with colon cancer[J]. *Diseases of the Colon & Rectum*, 2016, 59(4): 306-315.
- [2] Siegel RL, Miller KD, Ahmedin J. Cancer statistics, 2019 [J]. *CA Cancer J Clin*, 2019, 69(1): 7-34.
- [3] Hiroyuki S, Hiromitsu K, Junichiro N, et al. The characteristics and outcomes of small bowel adenocarcinoma: a multicentre retrospective observational study[J]. *Br J Cancer*, 2017, 117(11): 1607-1613.
- [4] Pedersen KS, Raghav K, Overman MJ. Small bowel adenocarcinoma: etiology, presentation, and molecular alterations [J]. *Nat Canc Net*, 2019, 17(9): 1135-1141.
- [5] Caio G, Volta U, Ursini F, et al. Small bowel adenocarcinoma as a complication of celiac disease: clinical and diagnostic features[J]. *BMC Gastroenterology*, 2019, 19(1): 45.
- [6] Kanwal R, J OM. Small bowel adenocarcinomas—existing evidence and evolving paradigms [J]. *Nature Reviews Clinical Oncology*, 2013, 10(9): 534-544.
- [7] Sakae H, Kanzaki H, Nasu J, et al. The characteristics and outcomes of small bowel adenocarcinoma: a multicentre retrospective observational study[J]. *Br J Cancer*, 2017, 117(11): 1607-1613.
- [8] Dhôte T, Jung C, Ribiere S, et al. Superior mesenteric artery syndrome[J]. *Presse Med*, 2019, 48(5): 586-587.
- [9] Anita L, Marion-Vincent M. Superior mesenteric artery syndrome: an uncommon cause of abdominal pain [J]. *The Journal of Emergency Medicine*, 2018, 54(4): e83-e85.
- [10] Warncke ES, Gursahaney DL, Mascolo M, et al. Superior mesenteric artery syndrome: a radiographic review[J]. *Abdominal Radiology*, 2019, 44(9): 3188-3194.
- [11] Zhang ZH, Qiu CH, Li Y. Different roles of capsule endoscopy and double-balloon enteroscopy in obscure small intestinal diseases [J]. *World Journal of Gastroenterology*, 2015, 21(23): 7297-7304.
- [12] Pasha SF, Leighton JA, Das A, et al. Double-balloon enteroscopy and capsule endoscopy have comparable diagnostic yield in small-bowel disease: a meta-analysis [J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2008, 6(6): 671-676.
- [13] Masseli G, Di TM, Casciani E, et al. Diagnosis of small-bowel diseases: prospective comparison of multi-detector row CT enterography with MR enterography[J]. *Radiology*, 2016, 279(2): 420-431.
- [14] Thomas A, Julie H, Sylvain M, et al. Small bowel adenocarcinoma: results from a nationwide prospective ARCAD-NADEGE cohort study of 347 patients [J]. *Int J Cancer*, 2020, Jan 7. [Epub ahead of print].