

1 例原发性十二指肠癌诊治经过及文献复习

靳冰雪¹, 王晓楠¹, 许翠萍^{2*}

(山西医科大学 1. 第一临床医学院, 2. 第一医院, 山西 太原 030001)

摘要: 原发性十二指肠癌是临床上非常罕见的恶性肿瘤,其发病率占整个消化道肿瘤的 0.3%~0.5%,占小肠恶性肿瘤的 25%~35%,早期缺乏特异性的临床表现,又易造成延误诊断,临床疗效差。本文报道 1 例诊断为原发性十二指肠癌患者的诊疗过程,探讨原发性十二指肠癌的临床特点及诊治措施。

关键词: 原发性十二指肠癌; PET/CT; 胰十二指肠切除术

中图分类号: R735.31 **文献标识码:** A

1 病例资料

患者,男,47 岁,因进食后呕吐入院。患者于入院前一个月,无明显诱因出现进普通饮食后呕吐胃内容物,多在进食后一小时左右,进流质饮食无呕吐,伴腹部饱胀不适、反酸、烧心、嗝气,电子胃镜检查显示:反流性食管炎,胃潴留,胃溃疡,十二指肠球部溃疡伴不全梗阻,病理检查显示:胃窦浅表溃疡,胃体重度慢性炎;¹³C 呼气试验显示:HP(+)。给予抑酸、补液等治疗一周后好转出院,院外不规律口服抗 HP 药物治疗。出院一月后进油腻饮食后又出现上述症状,再次入院。患者自发病以来睡眠、食欲不佳,精神尚可,小便无异常,大便干,1 次/3~4 天,体重下降约 8Kg。患者患高血压病三年,

最高 147/93 mm Hg;患胆囊息肉六年,均未予治疗,入院查体无阳性体征。入院时化验:糖蛋白抗原(carbohydrate antigen, CA)-199(CA-199) 132.7 U/L;CA-50 73.62 U/L。复查电子胃镜(图 1):慢性非萎缩性胃炎;十二指肠球炎伴梗阻。MRI 检查显示:胆囊炎,胆囊多发息肉;肝左内叶异常信号影,考虑囊肿可能性大;十二指肠球部肿块影;脾大;胸部:两肺纹理重,上腹部 CT 检查显示:胃腔过度充盈;肝脏小囊肿。复查:HP(-)。住院期间给予禁食、抑酸、补液、抗感染、保护胃黏膜等对症治疗,症状无明显缓解,遂内镜下行十二指肠狭窄扩张术(图 2),并于粘膜水肿处活检三块,病理回报:(十二指肠球部)粘膜组织慢性炎。复查:CA-199 5410 U/L,CA-50 943.12 U/L。患者肿瘤标志物持续升高,诊断不明确,治疗效果欠佳,遂就诊上级医院。

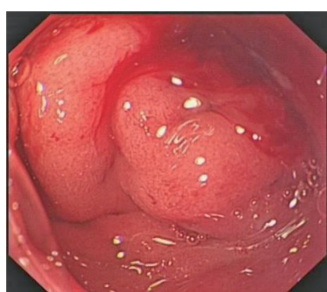


图 1 十二指肠球部胃镜所见



图 2 十二指肠狭窄扩张术

患者就诊于中国人民解放军总医院,发现左颈部淋巴结肿大,行颈部淋巴结及肿物穿刺活检,颈部穿刺病理结果显示:颈部淋巴结转移腺癌。肿瘤

标志物:CA-199 1660 U/L,腹部超声:胆囊多发息肉,胃镜检查:慢性胃炎伴糜烂;十二指肠狭窄;胃潴留,PET/CT 检查:十二指肠球部壁增厚伴异常放射性浓聚;左颈部高代谢淋巴结(内伴点状钙化);右肺中下叶多发斑索,无异常代谢;双肺尖多发陈旧索条;躯干及脑部检查未见明显异常代谢征象。

收稿日期:2019-11-12;修回日期:2020-03-08

* 通信作者,E-mail:cuipingxu@hotmail.com.

胃镜下活检,病理标本检查:胃体黏膜慢性炎;十二指肠黏膜及肌组织内见腺癌浸润。患者接受胰十二指肠切除、胆总管T管引流、空肠造瘘术,术中见肿瘤位于十二指肠降部,侵及胰头,大小约4 cm×3 cm,与周围界限欠清。切除标本病理回报:十二指肠溃疡型中分化腺癌,肿瘤大小3.5 cm×3.5 cm×2.5 cm,侵犯十二指肠浆膜层及胰腺组织,未侵及胆总管;自取胃切缘、十二指肠切缘、胰腺切缘、胆总管缘均未见癌。胰腺周围淋巴结及送检的第12a、6组淋巴结内见转移癌,分别为1/1、3/3、1/6,第12p、5组淋巴结未见转移癌,分别为0/3、0/2。免疫组化染色显示肿瘤细胞HER-1(+),Ki-67(+40%),VEGF(+),Topo-II α (+3%),PDGFR- α (-),MLH1(+40%),MSH2(+60%),MSH6(+40%),PMS2(+50%)。术后患者食欲可,未诉腹痛,大小便正常,右侧腹引流管通畅。出院时查体腹部无阳性体征。出院诊断:十二指肠癌,胆囊息肉,胆瘘,甲状腺癌伴颈部淋巴结转移(因身体条件差未处理)。出院后动态复查肿瘤标志物、CA-199,CA-50持续升高,于出院后半年衰竭死亡。

2 讨 论

原发性十二指肠癌(primary duodenal carcinoma, PDC)是临床上非常罕见的恶性肿瘤,其发病率占整个消化道肿瘤的0.3%~0.5%,占小肠恶性肿瘤的25%~35%^[1-2]。早期缺乏特异性的临床表现,又易造成延误诊断,临床疗效差^[3]。

PDC的诊断主要依靠临床表现及纤维胃十二指肠镜、十二指肠低张造影、B超检查、腹部增强CT、MRI及PET/CT等辅助手段,结合生化检查。

该病早期症状不典型,临床表现与病程长短和肿瘤部位有关,当肿瘤体积较大时会出现各种消化道症状,包括腹痛、消化道出血、肠梗阻、腹部肿块等^[4-6]。腹痛是小肠肿瘤最常见的症状,常表现为隐痛或胀痛,并发肠梗阻时,疼痛程度剧烈并常伴有放射性疼痛;消化道出血常表现为反复、间断性的柏油样粪或血便,如长期小量出血未被察觉,患者常伴发慢性贫血表现;大多数患者表现为反复发作的慢性肠梗阻,当出现肠套叠或肠扭转后,可引起急性肠梗阻;腹部肿块的活动度大,位置常不固定。

有研究表明^[6] 57.1%的小肠腺癌患者的CA-199水平升高,另有研究表明^[7]在接受化学治疗的小肠腺癌患者中,CA-199水平与长期生存呈显著负

相关。

内镜检查特别是十二指肠镜检查是PDC最主要的诊断手段^[8-9]。十二指肠镜对PDC的确诊率高,但内镜活检取材的部位相对表浅,加之与手术医生经验有关,常导致来源于间叶组织的肿瘤活检结果多为阴性。十二指肠呈C字走行,内镜到达十二指肠水平段及升段有比较高的技术要求,此部位肿瘤易漏诊。此外,十二指肠第三与第四部分是十二指肠镜的盲区,需要结合长光纤示波器、胶囊内镜、十二指肠低张造影等来提高诊断率。

已有研究^[10]证实¹⁸F-FDGPET/CT显像对小肠原发恶性肿瘤的诊断灵敏度、特异性和准确度分别为96.0%、94.7%和95.4%,且有研究表明^[11]最大标准化摄取值与小肠间质瘤危险等级具有相关性,可以作为内镜检查诊断的补充。此外,PET/CT对小肠肿瘤远处转移灶的诊断也有很大的优势。总之,在PET/CT影像诊断工作中,采取适当的显像前准备和扫描方法,¹⁸F-FDGPET/CT能对小肠肿瘤的良好恶性做出基本准确的定性诊断。

原发性十二指肠癌首选的治疗方法仍然是手术切除,根治性手术切除主要包括胰十二指肠切除术(Whipple手术)和十二指肠节段切除术,但其预后并不乐观^[12]。Whipple手术复杂性高,风险大,术后的并发症是复杂、多样的,主要的是胰瘘和胆瘘,发生率在8%~25%,平均10%左右。该患者术后就出现了并发症胆瘘,影响了其预后。

回顾本例患者,其最明显的临床表现是进食后呕吐,该症状与其他消化道疾病症状相比并无特异性,早期按照十二指肠球部溃疡治疗,效果不佳,随后进展期出现了消化道梗阻的症状。虽然肿瘤标志物CA-199持续升高,提示了癌变的可能性,但是患者接受多次内镜活检并未发现癌细胞,而且CA-199并非特异肿瘤标志物,在病理检查未找到癌细胞的情况下,不能轻易诊断,后明确诊断是通过临床表现结合各项辅助检查,特别是PET/CT检查在该患者的确诊中有十分重要的作用。患者左侧胸锁乳突肌中段前方可扪及肿大淋巴结多枚,考虑小肠来源而接受PET/CT检查来寻找原发病灶,发现十二指肠球部壁增厚伴异常放射性浓聚,再次行内镜活检,十二指肠黏膜及肌组织内见腺癌浸润。患者接受了Whipple手术,术后病理回报证实为十二指肠腺癌,术后出现了并发症胆瘘,其余情况恢复良好,出院后半年衰竭死亡。

(下转第336页)

影响受损心肌的修复,故联合植入 IABP。本例患者临床恢复良好,很大程度上得益于呼吸循环辅助装置的大力支持。

参考文献:

- [1] 张励庭,袁勇,黄炫生,等.急性心肌梗死并发心脏骤停在体外膜肺氧合支持下的介入治疗[J].岭南心血管病杂志,2008,14(4):241-3.
- [2] 王斯聪,郑俊波,于凯江.主动脉内球囊反搏及动静脉体外膜氧合治疗心源性休克的现状[J].中国急救医学,2016,36(11):1054-7.
- [3] 于坤,龙村,李景文,等.主动脉内球囊反搏联合体外膜肺氧合的临床应用[J].心肺血管病杂志,2010,29(6):480-5.

- [4] 姑丽娜扎尔·艾比布拉,穆叶赛·尼加提,李国庆.体外膜肺氧合技术在急性心肌梗死中的临床应用与研究进展[J].中国心血管病研究,2018,16(5):400-3.
- [5] 李秀玲,董巧玲,刘宏明.临时心脏起搏在危重患者急救中的应用[J].内蒙古医学杂志,2007,41(5):83-4.
- [6] 中华医学会心血管病学分会精准医学学组,中华心血管病杂志编辑委员会,成人暴发性心肌炎工作组.成人暴发性心肌炎诊断与治疗中国专家共识[J].内科急危重症杂志,2017,23(6):443-53.
- [7] 陈宇,裴宜宾,曹毅.体外膜肺氧合联合主动脉内球囊反搏在高危患者经皮冠状动脉介入治疗中的应用[J].中国介入心脏病学杂志,2019,27(4):211-5.

(本文编辑:蒋湘莲)

(上接第 328 页)

综上所述,尽管 PDC 发生率低,但是临床医生仍应该提高警惕,对于无明显诱因出现消化道溃疡症状,且抗溃疡治疗后疗效差,并且出现消化道梗阻症状,及其他难以解释的消化道症状时,均要考虑到十二指肠癌变的可能。临床内镜医生在内镜操作取病理活检时应十分注意取材的部位、深度和数量,在内窥镜下多次取检无明显异常而治疗不佳时,应及时完成 PET/CT 的检查,以发现癌转移灶,尽早明确诊断。对于可疑病例,临床医生应当相互反复交流,并向病人不断追问病史,尽量避免或减少误诊和漏诊,提高 PDC 的诊断率。早发现,早诊断,早治疗是提高 PDC 病人生存率至关重要的因素,由于其诊断率低,国家和跨国研究是有必要的。

参考文献:

- [1] 史玉雪,陈卫昌.原发性十二指肠腺癌诊治进展[J].胃肠病学,2018,23(6):370-3.
- [2] BUCHBJERG T, FRISTRUP C, MORTENSEN MB. The incidence and prognosis of true duodenal carcinomas[J]. Surg Oncol, 2015, 24(2):110-6.

- [3] 韦杨年.十二指肠腺癌诊治进展[J].长江大学学报(自科版),2018,15(12):16-9.
- [4] 刘斌,李善高.十二指肠升部腺癌 1 例[J].胃肠病学,2019,24(4):255-6.
- [5] JORDAN M CLOYD, ELIZABETH GEORGE, BRENDAN C VISSER. Duodenal adenocarcinoma: advances in diagnosis and surgical management[J]. World J Gastrointest Surg,2016,8(3):212-21.
- [6] 陈莹莹,谭煌英.晚期原发性十二指肠腺癌的诊治[J].现代肿瘤医学,2019,27(16):2962-5.
- [7] 刘以俊,谢文勇,郑晟旻,等.血清 CEA 和 CA19-9 与原发性十二指肠癌临床病理特征及预后的关系[J].中华普通外科杂志,2017,32(8):702-5.
- [8] MAJ LG, STRAUSS PN. The elusive small bowel adenocarcinoma in the terminal ileum—a case report[J]. Int J Surg Case Rep, 2018, 47:97-9.
- [9] 刘彦合,李慧,叶晓谊,等.原发性十二指肠恶性肿瘤的诊治及预后分析[J].现代肿瘤医学,2019,27(17):3074-7.
- [10] 陈绍亮,李蓓蕾,程爱萍,等.¹⁸F-FDG PET-CT 在胃肠道肿瘤中的应用[J].诊断学理论与实践,2014,13(4):366-71.
- [11] 霍焱,王荣福.¹⁸F 标记正电子药物研究现状与进展[J].核化学与放射化学,2015,37(5):376-80.
- [12] 姜庆龙,黄湘辉,张建伟,等.十二指肠腺癌根治性切除术后复发风险评估[J].中华医学杂志,2016,96(42):3393-7.

(本文编辑:秦旭平)