

· 病例报告 ·

空肠肉瘤样癌并肠系膜上静脉栓塞一例

马志明 李金龙 赵术涛 王旭东

患者 男性,66 岁,因“间断上腹部隐痛,黑粪 1 年半”入院。查体:消瘦、贫血貌。腹部平坦,左上腹可触及不规则肿块,大小为 10 cm × 8 cm,质地韧,边界清楚,活动度尚可,触痛(+)。肝、脾肋下未触及,肠鸣音 4 次/min;双下肢无水肿。血常规及生化:血红蛋白 86 g/L;白蛋白 32.8 g/L,超敏 C 反应蛋白 24.29 mg/L;癌胚抗原 7.87 μg/L;凝血:凝血酶原时间 14.2 s,国际标准化比值(international normalized ratio, INR)1.21,凝血酶原活动度 76%,纤维蛋白原测定 5.60 g/L,D-二聚体 3.07 mg/L,纤维蛋白(原)降解产物 10.1 mg/L。胃肠镜:慢性食管炎、慢性萎缩性胃炎、十二指肠球炎、慢性结肠炎、结肠息肉。腹部 CT(多期增强):左上腹小肠走行区肠管管壁明显增厚,管腔扩张,见图 1a;肠系膜上静脉增粗,增强扫描肠系膜上静脉充盈缺损,边缘毛糙,周围脂肪间隙密度增高,见图 1b 和图 1c;影像诊断:左上腹部小肠占位性病变、肠系膜上静脉栓塞,见图 1d。

初步诊断:小肠占位、肠系膜上静脉栓塞。经多学科团队(MDT)会诊分析,认为患者无急性肠系膜缺血的表现,考虑栓塞原因为慢性肠系膜静脉血栓。会诊意见:抗凝治疗肠系膜上静脉栓塞、限期手术治疗小肠肿瘤。低分子肝素钙皮下注射,0.01 ml/kg,1 次/12 h。抗凝治疗 5 d 后,患者无呕吐咖啡样物、仍有黑粪,无皮肤、皮下淤血;复查血常规及凝血,血红蛋白 79 g/L;凝血酶原时间 15.1 s,INR 为 2.01。

再次 MDT 会诊后,决定行腹腔镜探查术,术中见距离 Trietz 韧带约 15 cm 处空肠肿物,大小 5 cm × 7 cm,肿物无周围器官侵犯,受累小肠活动度尚可,肠系膜内可及多枚肿大淋巴结。继续探查余小肠及结直肠,未见肿物、溃疡、穿孔。中转开腹显露空肠肿瘤及血栓受累肠系膜上静脉,见图 2a。术中请血管外科及介入科会诊:综合患者无急性栓塞所致缺血表现,也无慢性栓塞致门静脉高压表现,建议围手术期抗凝治疗及复查影像学检查,不进行手术取栓及介入溶栓治疗。遂节段切除空肠肿瘤及近远端各约 10 cm 肠管,切割闭合器行侧-侧吻合术。术后予以纠正贫血、补充白蛋白、营养支持治疗。术后第 3 天行消化道造影未见吻合口漏,见图 2b。经口进清流食;术后第 5 天进全流食,拔除腹腔引流管。术后病理结果显示:小肠肉瘤样癌,浸润肠壁全层,

脉管有浸润,双切缘未见癌,小肠周围淋巴结(0/5)未见癌转移,见图 2c。术后第 9 天复查腹部 CT 未见新发血栓,见图 2d。患者出院,低分子肝素抗凝治疗至术后第 14 天后桥联为口服华法林抗凝,INR 达 2~3 时停用肝素,单独使用华法林。术后 1、2、3 月门诊随访,患者无消化道出血等抗凝相关的出血表现。术后随访 6 个月,患者无消化道梗阻、肿瘤复发,未见门脉高压及曲张静脉出血。

讨论 原发于小肠的肉瘤样癌(sarcomatoid carcinoma, SCA)少见,以回肠多见,空肠及十二指肠次之。组织学表现为双相的恶性肿瘤,由恶性的上皮及间质细胞组成。好发于中老年人,平均年龄 59.1(35~85)岁,男性多见;临床表现主要为贫血,其次为腹痛、腹部肿物、胃肠道出血、体质量下降及疲乏;SCA 术前诊断困难,多依赖于术后病理及免疫组织化学检查。病理学巨检:多为肠腔内肿块伴中心溃疡,累计肠壁全层,多伴区域淋巴结转移;免疫组化有助于苏木精-伊红染色确诊困难病例的鉴别。主要的治疗方式为手术,但术后约 80% 出现转移及复发。有关空肠 SCA 的诊断和治疗,尚缺乏循证医学证据以供参考,胶囊内镜检查可能成为一种新的诊断手段。

肠系膜静脉血栓(mesenteric venous thrombosis, MVT),包括肠系膜静脉(上、下)及其分支血管的血栓,有急性、亚急性、慢性之分。病因包括全身性的因素及腹腔内的局部炎症反应因素。急性肠系膜静脉血栓常表现为腹痛,而慢性的栓塞腹痛症状可能不典型^[1]。腹部的影像学检查有助于提高诊断率,急性血栓的受累范围广泛,可累及门静脉及肠系膜下静脉,而慢性栓塞通常仅累及肠系膜上静脉,多伴侧枝循环的建立及血管瘤的形成^[2]。肠系膜静脉血栓治疗的主要目的在于预防肠管的坏死及静脉栓塞的复发。随着对 MVT 发病的病理生理学的认识,针对 MVT 的抗凝治疗的应用逐渐趋于规律,不但减少了急诊手术相关的并发症及风险,也使患者的预后得以改善。

肠道肿瘤合并 MVT 的病例罕见,缺乏可以借鉴的诊疗经验。鎌田順道萩等^[3]报道的结肠肿瘤合并 MVT 的病例,由于未能对肠系膜的栓塞进行及时的处理,而被迫切除了 250 cm 血供障碍的小肠。对比我们的病例,同样未对 MVT 进行术中的取栓处理及药物溶栓治疗,但却避免了血栓所属静脉引流区域小肠的过量切除,而仅是单纯切除了肿瘤学要求范围的肠管,正是依据抗凝治疗的基础。抗凝治疗也通常被认为 MVT 的初始的治疗,MVT 的诊断一经确立便应该开始肝素的使用。在抗凝治疗的初始阶段,轻度的胃肠道出血也很少被认为是治疗的禁忌证^[4]。使用普通肝素进行抗凝治

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2018.07.021

作者单位:130041 长春,吉林大学第二医院胃肠营养及疝外科
通信作者:王旭东, Email: wangxudong1971@126.com

作者简介:马志明,男,1984 年 7 月出生,医学博士,主治医师,讲师,Email:mazhiming@jlu.edu.cn;王旭东,男,1971 年 9 月出生,医学博士,主任医师,教授,硕士生导师

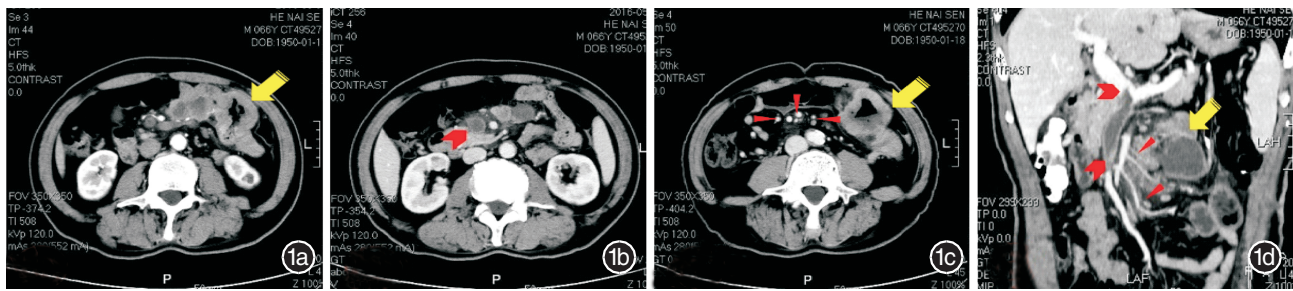


图 1 术前腹部 CT 平扫+多期增强 1a.动脉期见肿瘤呈边缘强化(黄色箭头);1b.静脉期见肠系膜上静脉主干见充盈缺损(红色箭头);1c.肿瘤(黄色箭头)与肠系膜上静脉属支及侧枝血管(红色三角箭头);1d.空肠肿瘤与肠系膜上静脉栓塞的 CT 重建影像(黄色箭头:肿瘤,红色箭头:静脉栓塞)

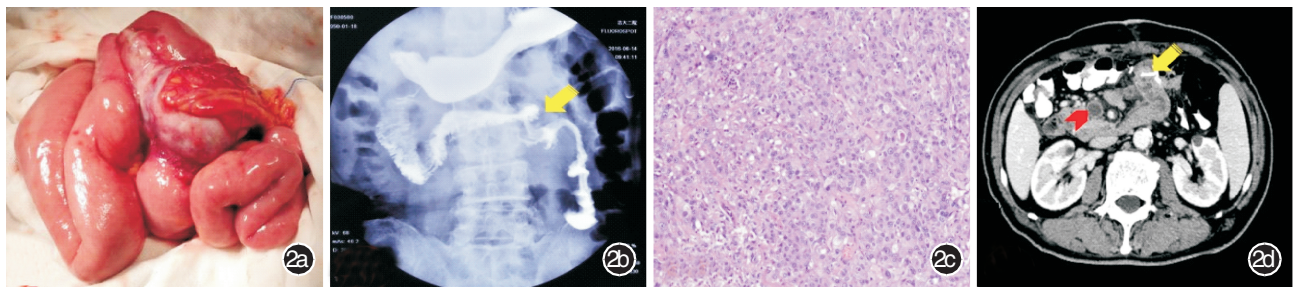


图 2 术后病理及复查影像学检查 2a.术中大体标本;2b.术后上消化道造影未见吻合口漏(黄色箭头:吻合口);2c.术后病理图(HE 染色 x20);2d.术后 CT 检查见吻合口周围无渗液(蓝色箭头),肠系膜上静脉仍未见充盈(红色箭头)

疗时,需要监测活化部分凝血活酶时间(activated partial thromboplastin time, APTT),而使用低分子肝素抗凝时通常不需要监测 APTT。普通肝素的优点在于,对肾功能衰竭的患者或计划行有创性的操作时也可安全使用。而低分子肝素需要经过肾脏清除,其半衰期为 6~12 h,因此不能用于肾功能衰竭的患者。当治疗效果明显且不再可能需要进行有创性操作时,可以开始使用华法林抗凝。一般认为,当 INR 达到 2~3 的目标值时,可以停用肝素而单独使用华法林。抗凝治疗的时程,针对可逆转条件的患者通常为 6 个月,而针对病因不明的高凝状态通常需要接受终身的抗凝治疗^[5]。

总结本病例特点如下:(1)空肠 SCA 的主要症状为腹痛及消化道出血,与肠系膜静脉栓塞的临床表现有一定的重叠,因此容易误诊。(2)慢性的 MVT 缺乏急性 MVT 典型临床表现,在没有腹部影像学检查的情况下容易漏诊。(3)SCA 和 MVT 这两种病诊断,就疾病本身而言诊断并不困难。(4)本病例的治疗,集合了多学科会诊的指导意义,而采用抗凝治疗及手术未见明显治疗并发症,可为类似患者的临床处理提供一定的参考。

参 考 文 献

[1] Acosta S, Alhadad A, Svensson P, et al. Epidemiology, risk

and prognostic factors in mesenteric venous thrombosis[J]. Br J Surg, 2008, 95(10):1245-1251. DOI:10.1002/bjs.6319.

[2] Russell CE, Wadhwa RK, Piazza G. Mesenteric venous thrombosis [J]. Circulation, 2015, 131(18):1599-1603. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.012871.

[3] 鎌田順道,加納恒久,ほか.根治手術を施行した上腸間膜静脈腫瘍塞栓を伴う上行結腸癌の 1 例[J].日臨外会誌, 2015, 76(10):2488-2492. DOI: http://doi.org/10.3919/jjsa.76.2488.

[4] Douketis JD, Spyropoulos AC, Spencer FA, et al. Perioperative management of antithrombotic therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines [J]. Chest, 2012, 141(2 Suppl):e326S-e350S. DOI:10.1378/chest.11-2298.

[5] Condat B, Pessione F, Helene Denninger M, et al. Recent portal or mesenteric venous thrombosis: increased recognition and frequent recanalization on anticoagulant therapy [J]. Hepatology, 2000, 32(3):466-470. DOI:10.1053/jhep.2000.16597.

(收稿日期:2017-01-06)

(本文编辑:万晓梅)