

· 病例报告 ·

结肠脾曲癌继发门静脉积气一例

李飞 隋赫 李雪佳 朱晓飞 李玲蔚 李伟

患者,男性,52岁,因“进食后梗阻5d”于2017年2月22日在吉林大学中日联谊医院胃肠结直肠肛门外科就诊。患者5d前无明显诱因下出现进食后梗阻,伴左上腹钝性疼痛,无放射性,不伴发热,无头晕、头痛、恶心、呕吐。饮酒史20年,既往无肝炎及结核病史。患者禁食、禁水状态,精神状态欠佳,睡眠质量欠佳,停止排便6d,排尿正常,近期体质量下降3kg。全腹CT检查示:结肠脾曲肠壁增厚,最厚处约1.8cm,病变与脾脏前缘分界不清,周围脂肪间隙模糊,局部与胰尾部分界欠清晰,见图1a。肝内见树枝状气体密度影沿门静脉走行,脾静脉、肠系膜上静脉、脾脏内见条状气体密度影,见图1b、图1c和图2。影像诊断:结肠脾曲癌伴脾脏受侵可能性大,待除外胰尾部受侵。门静脉、脾静脉、肠系膜上静脉、脾内积气,待除外肿瘤侵犯所致。腹部超声示:肝内、脾内见大量气体反射,见图3。结肠脾曲管壁弥漫性增厚,回声减低,较厚处约1.1cm,走行僵硬,部分增厚肠壁侵犯脾下极内侧缘。超声提示:肝内、脾内积气。结肠脾曲肠壁增厚,不排除占位,侵犯脾下极。体检:患者腹部平坦,未见胃型、肠型及蠕动波,未见腹壁静脉曲张,腹部柔软,无压痛、反跳痛及肌紧张,左上腹深部触诊可触及一包块,大小约2.0cm×2.0cm,质硬,活动度尚可,无触痛。腹部叩诊音为鼓音,未闻及腹壁异常杂音及气过水声。实验室检查:白细胞数量增多,达 $13.25 \times 10^9/L$;血小板数量减少,达 $47 \times 10^9/L$ 。甲胎蛋白(AFP)、癌胚抗原(CEA)未见明显异常。糖类蛋白(CA)19-9含量略增高,达40.57 KU/L;CA72-4含

量增高,达11.95 KU/L。血培养:革兰氏阴性菌、阳性菌均危急值。

2017年2月24日,患者在禁食禁水医嘱下私自吃一个苹果后突发急性腹痛,查体腹部有压痛、反跳痛、肌紧张,复查腹部CT:门静脉积气明显减少,新增脾周围腹腔内气体影,考虑穿孔可能性大。行急诊剖腹探查术。探查示:腹腔见血性浑浊,腹腔积液200ml,结肠脾曲见一环肠腔溃疡型肿物,大小为6.5cm×6.0cm×2.0cm,被覆脓苔,侵犯胰尾、脾门、肾被膜,肠系膜根部可触及多发转移癌结节,最大者直径为3.0cm,脾膈面可触及脓肿。肿瘤与脾之间穿孔形成脓肿包裹。近端结肠肠管扩张,远端空虚。行左半结肠根治联合胰尾脾切除、横结肠造口术。

术后病理示:镜下见结肠深肌层内异型细胞呈大小不一腺管状或单个细胞散在浸润,异型细胞核浆比增大,核分裂相多见,侵及周围脂肪组织,见图4。免疫组化:CDX-2(+),Cadherin-17(+),Ki-67(+,80%),PMS2(部分弱+),MSH6(+),MLH1(弱+),MSH2(部分弱+),CK20(+),Villin(+),CK7(-)。病理诊断:中-低分化腺癌侵及肠壁全层达周围纤维脂肪组织并侵及脾脏,达胰尾表面,癌组织间质纤维化,散在灶状淋巴结,脉管内见癌栓,神经见癌累及。

术后给予抑酸、抑制胰酶、补液、抗炎等对症治疗,患者病情好转、生命体征平稳,一般状态尚可,无头晕、头痛,可经口进半流食,无恶心、呕吐,造口排气、排便正常,引流管通畅、引流液少,于2017年4月2日出院。目前,接受化疗

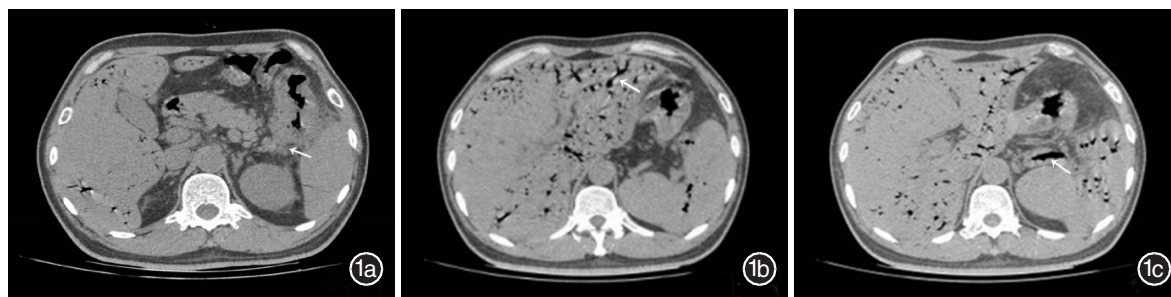


图1 CT软组织窗 1a.结肠脾曲肠壁增厚,与脾脏前缘分界不清,局部与胰尾部分界欠清(白箭头所示);1b.肝内见树枝状气体密度影沿门静脉走行(白箭头所示);1c.脾静脉内见气体密度影(白箭头所示)

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2018.09.019

作者单位:130031 长春,吉林大学中日联谊医院放射线科

通信作者:李伟, Email: liyifs@126.com

作者简介:李飞,男,1994年10月出生,医学硕士,住院医师,Email: 1078016458@qq.com;李伟,女,1973年4月出生,医学博士,副主任医师,硕士生导师

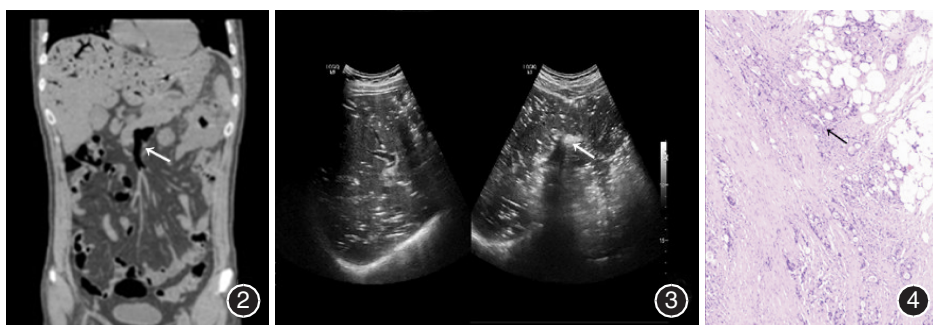


图 2 CT 冠状面,肠系膜上静脉内见气体密度影(白箭头所示) 示为腺癌细胞,苏木精-伊红染色,×40)

图 3 腹部超声,肝内见大量气体反射

图 4 术后病理检查(箭头所

中,随访半年,患者生命状态良好,未见明显疼痛或不适。

讨论 结肠癌在胃肠道恶性肿瘤中十分常见,而左半结肠血运相对较差,肠腔较为狭小,导致该部位易发生肠梗阻,甚至肠穿孔,穿孔患者常伴有弥漫性腹膜炎,感染中毒症状严重^[1]。左半结肠癌一经确诊,应尽快手术。一期行肠道肿瘤切除吻合术,不仅能够根除切除肿瘤,而且避免了二次手术,减轻了患者的痛苦和经济压力,同时因避免了腹壁肠道造口,大大提高了患者的生活质量,亦避免因等待二期手术期间可能因肿瘤转移而无法手术的情况的发生。但结肠脾曲癌并发梗阻的急诊患者,往往未进行很好的肠道术前准备、梗阻近端肠管扩张、肠壁水肿、肠管的血液循环较差,肠腔内的粪便含有大量细菌、毒素,若强行进行一期切除吻合术,术后造成吻合口漏的风险很高^[2]。因此,只有身体条件允许,无严重休克及中毒症状,梗阻时间短、水肿及炎症反应较轻、术中肠道冲洗良好,无腹腔严重粪便污染的患者适合行一期肠道肿瘤切除术^[3]。而本例患者,肠道穿孔,腹腔污染,感染较重,不宜行一期肠道肿瘤切除术,因此,行左半结肠根治联合胰尾脾切除、横结肠造口术,3 个月后行肠造口还纳术。

门静脉分支与肝内胆管解剖位置相近,门静脉积气与肝内胆管积气预后有很大差异,鉴别两者十分重要^[4]。门静脉血流是偏离肝门方向,气体能够通过血流到达门静脉的细小分支内,而肝内胆管是向肝门方向,气体能够通过胆管到达肝门。因此,门静脉积气典型的 CT 表现为:沿门静脉走行的树枝状气体密度影,延续至肝被膜下 2 cm 内^[5-6]。而肝内胆管积气典型的 CT 表现为:气体密度影聚集于肝实质中央^[7-8]。两者不易鉴别时可行增强扫描。

门静脉积气不是一个独立的疾病,而是消化道疾病的一种伴随征象。目前主要有两种产生机制:(1)肠管扩张,肠腔内压力增高,黏膜水肿、坏死,气体通过破损的黏膜屏障进入肠壁,沿着肠系膜静脉回流入门静脉。(2)肠道内的产气菌感染门静脉系统,产生气体至肠系膜静脉、门静脉^[9]。

笔者认为,本例患者可能为结肠脾曲癌侵犯黏膜,导致黏膜缺血坏死,气体通过破损的黏膜屏障到达肠系膜上静脉,最终汇入门静脉,当门静脉压力增高时,气体可逆流至脾静脉^[10]。实验室检查白细胞升高,血培养革兰阴性菌、阳

性菌均危急值,说明患者细菌感染较重,细菌可进入门静脉大量繁殖而产气。因此,考虑该患者门静脉积气是上述两种机制共同所致。

参 考 文 献

- [1] 姜勇,汪欣,万远廉,等. 111 例结肠癌伴急性肠梗阻术后并发症危险因素分析[J]. 中华胃肠外科杂志, 2011,14(1): 48-51. DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2011.01.015.
- [2] 郑镇元,张平,丁炳桐. 术后结肠灌洗在左半结肠急性梗阻中的应用体会[J]. 吉林医学, 2012,33,(11):2383-2384. DOI:10.3969/j.issn.1004-0412.2012.11.119.
- [3] 余世文. 梗阻性结肠癌急诊手术 42 例分析 [J]. 大肠肛门病外科杂志, 2003,9 (4):261-262. DOI:10.3969/j.issn.1674-0491.2003.04.021.
- [4] Charlie Clarke,李井泉. WONCA Online 电子病例介绍——门静脉积气合并肠道气囊肿病 [J]. 中国全科医学杂志, 2007, 10(15):1259. DOI:10.3969/j.issn.1007-9572.2007.15.013.
- [5] Nelson AL, Millington TM, Sahani D, et al. Hepatic portal venous gas: the ABCs of management[J]. Ann Surg, 2009,144 (6):575-581. DOI:10.1001/archsurg.2009.88.
- [6] Asamura H, Ito M, Takayanagi K, et al. Hepatic portal venous gas on postmortem CT scan[J]. Leg Med (Tokyo), 2005,7(5): 326-330. DOI:10.1016/j.legalmed.2005.06.003.
- [7] Abboud B, El Hachem J, Yazbeck T, et al. Hepatic portal venous gas: Physiopathology, etiology, prognosis and treatment [J]. World J Gastroenterol, 2009,15 (29):3585-3590. DOI:10.3748/wjg.15.3585.
- [8] 王晓东,刘洋,徐刚. 门静脉积气的 CT 影像表现及临床意义 [J]. 中国医疗前沿, 2012,7(9):61,67. DOI:10.3969/j.issn.1673-5552.2012.09.0039.
- [9] 李佑松,田孝东,陈依然,等. 缺血性肠坏死合并门静脉积气二例[J]. 中华普通外科杂志, 2015,30(5):411-412. DOI:10.3760/cma.j.issn.1007-631X.2015.05.026.
- [10] 韩秋成,施欣,倪之嘉,等. 下消化道出血伴门静脉大量积气一例[J]. 中华外科杂志, 2009,47(4):319. DOI:10.3760/cma.j.issn.0529-5815.2009.04.025.

(收稿日期:2017-05-02)

(本文编辑:万晓梅)