



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.04.027
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract3863.shtml

· 简要论著 ·

阑尾黏液腺癌 3 例诊治分析并文献复习

庄哲宏, 谭诗成, 陈钢, 张冬辉, 张剑宝, 刘业星, 邱华文

(广东医学院附属福田医院 / 深圳市第四人民医院 胃肠外科, 广东 深圳 518033)

摘要

目的: 探讨阑尾黏液腺癌的诊断要点及治疗。

方法: 通过总结 2005 年 7 月—2013 年 1 月收治的阑尾黏液腺癌患者 3 例, 结合文献复习并分析探讨其诊治方法。

结果: 3 例患者于术前均误诊为急性阑尾炎, 并急诊行阑尾切除术, 经术后标本病理检查证实为阑尾黏液腺癌, 2 例于术后 7 d 及 11 d 行右半结肠切除术, 并于术后行腹腔化疗。1 例自行出院并到外院行右半结肠切除术, 未行化疗。随访 3 例患者均健在, 定期复查, 未发现复发及转移。

结论: 阑尾黏液腺癌术前极易误诊, 增强对该病的认识, 有助于后续治疗。

[中国普通外科杂志, 2014, 23(4):530-532]

关键词

阑尾肿瘤 / 诊断; 腺癌, 黏液

中图分类号: R656.8

阑尾肿瘤是消化道肿瘤发生率较低的器官, 约占胃肠道肿瘤的 0.2%~0.5%^[1]。在阑尾切除的标本中, 阑尾肿瘤约占 5% 左右, 其中大多为良性, 仅有 17% 为恶性。而阑尾腺癌则十分罕见, 约占阑尾肿瘤的 6%^[2], 其中位发病年龄较高, 为 50 岁左右, 可分为黏液腺癌、结肠型腺癌及皮革型癌。阑尾黏液腺癌是阑尾腺癌的主要病理类型。由于其无明显特异性的症状和体征, 临床上常被误诊。

自 2005 年 7 月—2013 年 1 月我院共实施阑尾切除术 1 572 例, 术后病理检查证实为阑尾黏液腺癌 3 例, 占同期阑尾切除的 0.02%。另有阑尾类癌 14 例, 无阑尾结肠型腺癌及皮革型癌。3 例阑尾黏液腺癌临床资料报告如下。

1 临床资料

患者 1 女, 56 岁。因“转移性右下腹痛 1 d”于 2012 年 10 月 25 日收住院。既往未有类似病史。体

检: 体温 37.6 ℃, 脉搏 92 次/min, 呼吸 16 次/min, 血压 110/82 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa); 心肺无明显异常。腹稍膨隆, 无腹壁静脉曲张, 全腹未扪及明显包块, 右下腹压痛及反跳痛(+), 肝脾肋下未及, 肝肾脏无叩击痛, 移动性浊音(-), 肠鸣音 1 次/min。实验室检查: 血红蛋白 115 g/L, 白细胞 $10.4 \times 10^9/L$, 中性粒细胞比值 0.898; 血钙 1.57 mol/L, 小便常规、肝功能检查正常。腹腔脏器彩超示: 右下腹局部混合性回声包块, 边界模糊, 形态不规则, 大小约 75 mm × 40 mm, 以低回声为主的混合回声, 低回声中央可见少量强回声光斑, 周围未见液性暗区。肝胆胰脾、子宫及双侧附件未见异常。考虑为急性阑尾炎, 入院后 4 h 急诊行阑尾切除术, 术中发现右下腹有一 70 mm × 60 mm × 40 mm 的包块, 与周围组织粘连, 分离粘连后有少许胶冻状物体流出, 阑尾长约 6 cm, 直径约 2 cm, 质中偏硬, 予吸净胶冻样物并行阑尾切除。术后病理提示阑尾黏液腺癌。并于术后 7 d 行右半结肠切除术, 手术顺利。术后用 5-FU 行腹腔化疗 6 个疗程。

患者 2 女, 51 岁。因“反复右下腹痛 9 个月, 再发 2 d”于 2011 年 8 月 4 日收住院。既往有类似病史 2 次, 均予抗感染治疗后腹痛消失。体检: 体温 38.0 ℃, 脉搏 86 次/min, 呼吸 16 次/min, 血压 124/83 mmHg, 心肺无明显异常。腹平, 全

收稿日期: 2013-05-07; 修订日期: 2014-02-26。

作者简介: 庄哲宏, 广东医学院附属福田医院 / 深圳市第四人民医院主治医师, 主要从事胃肠道肿瘤、腹外疝及胆石症方面的研究。

通信作者: 庄哲宏, Email: zhuangzhehong@21cn.com

腹未扪及明显包块,右下腹压痛及反跳痛(+),肝脾肋下未及,肝肾脏无叩击痛,移动性浊音(-),肠鸣音2次/min。实验室检查:血红蛋白122 g/L,白细胞 $14.5 \times 10^9/L$,中性粒细胞比值0.851;血钾3.3 mmol/L,血钙1.95 mol/L,小便常规、肝功能检查正常。腹腔脏器彩超示:右下腹腊肠型包块,大小约62 mm×14 mm,周围少许液性暗区。考虑为慢性阑尾炎急性发作,入院后7 h急诊行阑尾切除术,术中发现阑尾长约6 cm,直径约1.5 cm,质中,表面化脓明显,根部增粗,予行阑尾切除。术后病理提示阑尾黏液腺癌。术后11 d行右半结肠切除术,手术顺利。二次手术后用5-FU行腹腔化疗6个疗程。

患者3 男,62岁。因“转移性右下腹痛1 d”于2007年2月19日收住院。既往史无特殊。体检:体温37.7℃,脉搏98次/min,呼吸17次/min,血压120/87 mmHg,心肺无明显异常。腹平,全腹未扪及明显包块,右下腹压痛及反跳痛(+),移动性浊音(-),肠鸣音2次/min。实验室检查:白细胞 $15.0 \times 10^9/L$,中性粒细胞比值0.877;血钠133.3 mmol/L,小便常规、凝血功能、肝功能检查正常。考虑为急性阑尾炎,入院当天行阑尾切除术,术中发现阑尾蜷曲成团,长约5 cm,直径约2.0 cm,质中,表面化脓明显,阑尾腔内有黏液及少许果冻样物,予行阑尾切除。术后病理提示阑尾黏液腺癌。自行出院并到外院行右半结肠切除术。

2 结果

患者1及患者2每年定期返院复诊,至今均未发现复发及无肝脏、卵巢等脏器转移,无肠梗阻症状。患者3术后电话随访至2010年7月,同样未发现复发及转移,未出现肠梗阻症状,2010年7月后失访。

3 讨论

3.1 阑尾黏液腺癌的特点及诊断要点

阑尾黏液腺癌主要临床表现为右下腹疼痛及右下腹包块,好发于阑尾根部^[3],当肿瘤阻塞管腔并继发感染时,症状与阑尾炎相同,并容易导致阑尾穿孔。也容易向回盲部浸润而形成肿块,一旦破裂,则囊液流出导致癌细胞在腹腔内广泛种

植,形成腹膜假黏液瘤。血行及淋巴转移较少见。腹穿时偶可抽出胶冻状、黏稠液体。其无明显特异性的临床表现和辅助检查,易与急性阑尾炎、阑尾周围脓肿及结肠病变相混淆。该病恶性程度相对较低,有报道腹腔25 cm×25 cm×15 cm的巨大包块,术后也证实为阑尾黏液腺癌^[4]。也有报道患者出现双上肢关节非对称性肿痛,术后完全缓解,提示该病可能参与炎症介质的释放。我院患者中有2例术前检查出现低钙血症,且1例血钙明显降低(1.57 mol/L),是否该病可导致低钙血症,因病例数少,有待进一步研究。笔者认为,对于年龄在50岁左右,有以下情况的患者应高度怀疑阑尾肿瘤的可能:(1)阑尾炎表现不典型、既往有反复发作的病史或虽然病程短,但彩超却提示有包块者。如患者1中患者从起病到行彩超检查仅有29 h,但彩超提示有一较大的包块,既往无类似发作史,阑尾脓肿基本排除,结合患者年龄,此种情况应高度怀疑。(2)出现肠梗阻,并于右下腹可触及活动的肿块(如为女性患者需行彩超检查排除妇科疾病)。(3)术中发现阑尾壁厚、质硬、粗细不均,尤其是基底部增粗者;系膜淋巴结肿大、质硬;阑尾周围及腔内有胶冻状物或非脓性黏液者;回盲部有包块者。

3.2 误诊的原因及注意事项

该病发病率低,无明显特异性表现,由于肿瘤阻塞管腔后容易继发感染,血白细胞常增高,加上多数为急诊入院,住院部接诊医生易忽略该病而误诊为急性阑尾炎,术前未行更为详细的检查并行阑尾切除术,直至术中或术后病理检查才证实。因此,对于年龄在50岁左右的患者,鉴别诊断应注意该病的可能,必要时需进一步行彩超、CT检查或行钡餐、钡灌肠等检查进一步明确诊断。同时,因该病常为急诊入院,接诊医生多为的主治医生或住院医师,临床经验较高职称医生来说相对较少。对于诊断有怀疑的阑尾炎患者,应及时请示上级医生,而不应认为阑尾炎是个简单的疾病而自行处理。如术中怀疑为阑尾肿瘤的患者,有条件的医院可于术中行冷冻检查。但因实施阑尾切除术的医院以基层医院居多,对于急诊手术或夜间手术而言,常因无法行冷冻检查而只可待石蜡切片报告予以确诊,从而需行第二次手术。由于肿瘤黏液分泌旺盛,瘤细胞成分相对较少,冷冻不一定能判断其良恶性^[5],有时最终确诊仍需等待石蜡切片报告。这

也要求阑尾切除术后标本应常规送检^[6]，如证实为阑尾黏液腺癌，应限期行右半结肠切除术。

3.3 治疗方式及预后

对于确诊为阑尾黏液腺癌者，需行右半结肠切除术及术后化疗。由于 15%~20% 患者合并有消化道的肿瘤出现，并容易向右侧附件（女性患者）、肝脏转移，因此如实施右半结肠切除术为二次手术时，则术前需行结肠镜检查排除多源性肿瘤的可能。同时，术中需仔细探查其他脏器情况。部分学者^[7]主张行双侧卵巢切除，以减少转移到卵巢的机会。另外，术中应注意保护术野及切口，避免播散至其他脏器或切口。如阑尾周围布满胶冻样物，需彻底冲洗，必要时可用塞替派或 5-FU 溶液冲洗腹腔。术后予 5-FU 行腹腔化疗。也有报道采用 MFA（丝裂霉素、氟尿嘧啶及阿糖胞苷）或 MFV（丝裂霉素、氟尿嘧啶及长春新碱）方案行静脉化疗^[8]。或采用奥沙利铂、亚叶酸钙化疗及放疗^[9]。该病表现为低度恶性肿瘤，血行及淋巴转移少见，但常出现腹腔内种植，种植灶生长迅速，并向腹腔内分泌黏液，和腹腔脏器抢占腹腔有限的空间，最后挤压腹腔正常脏器而致腹胀、肠梗阻、进食困难等^[10]。其预后取决于肿瘤细胞的恶性程度、有无穿孔导致黏液播散及手术的彻底性^[6, 11-12]，总体来说优于非黏液性腺癌患者。总之，只有增强对该病的认识，才能早诊断、预防穿孔及选择合适的治疗方法，有助于提高该病疗效。

参考文献

[1] 杨靖, 尉继伟. 23 例阑尾肿瘤误诊的原因探讨[J]. 临床肿瘤学杂志, 2009, 14(8):740-742.

- [2] O'Donnell ME, Badger SA, Beattie GC, et al. Malignant neoplasms of the appendix[J]. Int J Colorectal Dis, 2007, 22(10):1239-1248.
- [3] 窦艳, 梁浩, 刘庆森. 阑尾粘液囊腺癌 25 例临床分析[J]. 中国实验诊断学, 2004, 8(3):240-241.
- [4] 范晓娜. 巨大阑尾黏液腺癌一例[J]. 现代医学, 2005, 33(1):49-50.
- [5] 王若天. 阑尾粘液腺癌 13 例分析[J]. 昆明医学院学报, 2009, 30(12):120-130.
- [6] Behera PK, Rath PK, Panda R, et al. Primary appendiceal mucinous adenocarcinoma[J]. Indian J Surg, 2011, 73(2):146-148.
- [7] Panarelli NC, Yantiss RK. Mucinous neoplasms of the appendix and peritoneum[J]. Arch Pathol Lab Med, 2011, 135(10):1261-1268.
- [8] 刘文莉, 李代生. 原发性阑尾粘液腺癌 17 例临床分析[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2004, 11(2):122-123.
- [9] Topkan E, Polat Y, Karaoglu A. Primary mucinous adenocarcinoma of appendix treated with chemotherapy and radiotherapy: a case report[J]. Tumori, 2008, 94(4):596-599.
- [10] 崔向华. 阑尾黏液腺癌误诊为卵巢肿瘤 1 例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2010, 10(34):8324.
- [11] Misdraji J, Yantiss RK, Graeme-Cook FM, et al. Appendiceal mucinous neoplasms: a clinicopathologic analysis of 107 cases[J]. Am J Surg Pathol, 2003, 27(8):1089-1103.
- [12] 宋国璋, 郭永生. 阑尾畸形并粘液性囊腺瘤 1 例[J]. 中国普通外科杂志, 2001, 10(3):252.

(本文编辑 宋涛)

本文引用格式: 庄哲宏, 谭诗成, 陈钢, 等. 阑尾黏液腺癌 3 例诊治分析并文献复习[J]. 中国普通外科杂志, 2014, 23(4):530-532. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.04.027

Cite this article as: ZHUANG ZH, TAN SC, CHEN G, et al. Appendiceal mucinous adenocarcinoma: a report of 3 cases and literature review[J]. Chin J Gen Surg, 2014, 23(4):530-532. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.04.027