

文章编号:1005-6947(2005)03-0194-03

· 临床研究 ·

# 原发性十二指肠恶性肿瘤 19 例诊治分析

李鹏程, 张世和, 陶经安

(安徽省马钢控股有限公司医院 普外科, 安徽 马鞍山 243000)

**摘要:** **目的** 提高原发性十二指肠恶性肿瘤的诊断与治疗水平。**方法** 回顾性分析 19 例原发性十二指肠恶性肿瘤的临床资料。其临床表现: 黄疸 9 例, 上腹部痛 7 例, 消化道出血 6 例, 上腹部包块 3 例, 呕吐 1 例。**结果** 诊断手段及确诊率: 纤维十二指肠镜的确诊率为 83.3% (15/18); 十二指肠 X 线低张造影检出率为 82.3% (14/17); 9 例行腹部 CT 检查, 7 例显示肿瘤; 1 例行 MRI 检查, 显示肿瘤。手术治疗 16 例, 肿瘤切除率 68.8% (11/16)。行胰十二指肠切除术 9 例, 行肿瘤局部切除及区域肿大淋巴结切除 1 例, 十二指肠球部加部分胃切除术 1 例, 胃肠、胆肠吻合术 5 例, 根治性切除率为 62.5% (10/16)。根治术后 1, 3, 5 年生存率分别为 90.0% (9/10), 40.0% (4/10), 30.0% (3/10)。行胃肠、胆肠吻合术后生存期时间 6~15 个月。**结论** 联合纤维十二指肠镜和十二指肠低张造影能诊断各段十二指肠恶性肿瘤; 胰十二指肠切除术可获得原发性十二指肠恶性肿瘤患者的长期生存率。

**关键词:** 十二指肠肿瘤/诊断; 十二指肠肿瘤/外科学

**中图分类号:** R735.31 **文献标识码:** A

## Analysis of the diagnosis and treatment of 19 cases of primary duodenal malignant neoplasms

LI Peng-cheng, ZHANG Shi-he, TAO Jing-an

(Department of General Surgery, Hospital of MaGang General Company, Ma anshang, Anhui 243000, China)

**Abstract:** **Objective** To improve the diagnosis and treatment of primary duodenal malignant neoplasms (PDMN). **Methods** The clinical data of 19 patients with primary malignant neoplasms of the duodenum were analyzed retrospectively. **Results** The clinical manifestations were jaundice in 9 cases, upper abdominal pain in 7 cases, gastrointestinal hemorrhage in 6 cases, abdominal mass in 3 cases, and vomiting in 1 case. Diagnostic procedure and detection rate: The detection rate of PDMN by duodenoscopy was 83.3% (15/18), by hypotonic duodenography was 82.3% (14/17), 77.8% (7/9) by CT, and 1 case by MRI. 16 cases underwent surgery with resection rate of 68.8% (11/16). Pancreaticoduodenectomy was performed in 9 cases, simple tumor resection and regional lymphadenectomy in 1 case, resection of duodenal bulb plus partial gastrectomy in 1 case, and gastroenterostomy or choledochojejunostomy in 5 cases. The radical resection rate was 62.5% (10/16). The postoperative 1-, 3-, and 5-year survival rate in radical resection patients was 90.0% (9/10), 40.0% (4/10) and 30.0% (3/10), respectively. In those with gastroenterostomy or choledochojejunostomy, the survival time was 6~15 months. **Conclusions** Duodenoscopy and hypotonic duodenography are ideal tools for the diagnosis of all locations of PDMN. Pancreaticoduodenectomy might result in prolonged survival of patients with PDMN.

**Key words:** DUODENAL NEOPLASMS/diag; DUODENAL NEOPLASMS/surg

**CLC number:** R735.31

**Document code:** A

收稿日期:2004-07-15; 修订日期:2005-02-15。

作者简介:李鹏程(1965-),男,安徽庐江人,安徽省马钢控股有限公司医院副主任医师,主要从事普通外科基础与临床方面的研究。

通讯作者:李鹏程 电话:0555-2881312(O),2457088(H),1395550938(手机); E-mail:lipc90@163.com。

原发性十二指肠恶性肿瘤(primary duodenal malignant neoplasms, PDMN)系指原发于十二指肠各段的恶性肿瘤,其患病率低。Cheung等<sup>[1]</sup>报道:PDMN占全胃肠道恶性肿瘤不足0.5%。因其缺乏特征性症状,早期难以明确诊断。我院1986~

2002年收治经手术及病理证实的PDMN 19例,现就其临床表现、诊断和治疗方法进行探讨,以提高对PDMN的诊治水平。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男7例,女12例;年龄39~84(平均61.4)岁,其中50岁以上16例。肿瘤发生在十二指肠乳头周围区10例,乳头下区5例,乳头上区4例。

### 1.2 临床表现

黄疸9例,上腹痛7例,上消化道出血6例,扪及上腹部肿块3例,呕吐1例。初步诊断为:腹痛待查3例、胆囊结石2例、胆总管结石6例、消化道出血4例、胃及十二指肠溃疡各1例、幽门梗阻2例,无1例考虑为原发性十二指肠恶性肿瘤。

### 1.3 辅助检查及术前诊断

行纤维十二指肠镜检查18例,15例(83.3%)确诊。十二指肠低张造影17例,14例(82.4%)表现为十二指肠壁僵硬,不规则充盈缺损、肠管狭窄。CT检查9例,7例(77.8%)显示十二指肠占位性病变。磁共振显像检查1例显示肿瘤。19例均行腹部B超检查,9例黄疸者能较好地显示胆道扩张情况,7例显示肿瘤;其中4例被误诊为胰头或壶腹部肿瘤。大便隐血检查10例,隐血阳性6例。术前总诊断率78.9%(15/19)。

## 2 治疗及结果

### 2.1 治疗方法

3例患者家属放弃治疗,其余16例均行手术治疗。其中根治性切除11例(行胰十二指肠切除术9例,行肿瘤局部切除及区域肿大淋巴结切除1例),行姑息性节段性肠切除加部分胃切除术1例,行胃肠、胆肠吻合术并取活检5例。

### 2.2 结果

2.2.1 病理检查结果 腺癌17例(包括3例经内镜活检确诊但放弃手术者),乳头状腺瘤局部癌变1例。

2.2.2 手术并发症 本组无手术死亡病例。术后发生并发症3例,其中胰十二指肠切除术后肠痿1例,胰痿1例,因症状较轻均予以持续双套管冲洗及静滴施他宁3周后痊愈;胃肠、胆肠吻合术后发

生切口感染1例,因患者消瘦、营养功能差、合并糖尿病,术后经加强营养、控制血糖、加强伤口换药等处理后伤口愈合,但于术后6个月死于肿瘤广泛转移。

2.2.3 随访 19例均获随访。根治性切除术后1,3,5年生存率分别为90.0%(9/10),40.0%(4/10),30.0%(3/10),其中2例行胰十二指肠切除,术后7年仍存活;1例术中快速病理诊断为乳头状腺瘤局部癌变,行单纯肿块切除术及区域肿大淋巴结切除,术后5年仍存活。1例行姑息性连同十二指肠球部的胃部分切除者生存18个月后死于肿瘤腹腔转移。5例行胃肠、胆肠吻合术者于术后6~15个月死亡。3例放弃手术者在5~6个月内死亡。

## 3 讨论

PDMN早期常出现上腹部不适、隐痛、恶心、乏力等症状。进展期可有以下临床表现:(1)黄疸。乳头周围部肿瘤生长到一定程度时可阻塞十二指肠乳头开口而出现梗阻性黄疸。本组9例黄疸中8例由十二指肠第2段肿瘤侵及所致。(2)上腹部疼痛等溃疡样症状,常为不典型的隐痛、胀痛。本组7例。(3)上消化道出血如呕血、便血及贫血等;肿瘤坏死溃烂可发生出血。本组6例;其中平滑肌肉瘤1例因呕血、便血就诊。(4)高位肠梗阻症状,如腹胀、上腹部肿块、恶心、呕吐。本组扪及上腹部肿块3例,呕吐1例。以上症状在不同的患者身上可交叉出现。根据肿瘤发生的部位不同,症状表现有一定特征:乳头上部的肿瘤大多有幽门梗阻,乳头周围的肿瘤主要表现为胆道梗阻,较早出现黄疸,并伴有皮肤搔痒、不规则发热、肝脏和胆囊肿大等,乳头下部的肿瘤则表现为高位小肠梗阻。根据笔者的临床体会并结合文献认为,遇到下列情况时应考虑到本病的可能并作进一步检查,以获得早期诊断。(1)上消化道出血,经胃镜检查胃内无阳性发现者;(2)梗阻性黄疸,而无结石及胰头病变者;(3)无溃疡病史而出现高位小肠梗阻者;(4)不明原因的上腹部不适或疼痛、呕吐宿食,伴有胆道梗阻者。

对PDMN的诊断,应结合临床表现,辅助检查

综合判定。(1)纤维十二指肠镜可直接观察病变的部位、形态和范围,显示隆起糜烂或结节样、菜花样肿物,表面常有溃烂,可取材活体组织学检查行定性诊断。但肿瘤早期易因活检病理假阴性而误诊为十二指肠球部溃疡和降段慢性炎症者,且对十二指肠第3,4段的肿瘤观察不满意,易受病变肠管结构改变和内镜本身“盲区”等因素的影响。本组确诊率为83.3%(15/18)。(2)十二指肠低张造影主要表现为息肉样充盈缺损、肿瘤溃疡形成的龛影、环形狭窄及肠壁僵硬等,可发现内镜观察不满意的十二指肠第3,4段肿瘤,本组检出率为82.4%(14/17)。但此项检查常不能判断病变性质,可与纤镜两者结合可以提高诊断率。(3)B超、CT和MRI对乳头区肿瘤检查,常可见肝内外胆管扩张伴肝大、胆囊肿大和/或主胰管扩张,胆管下端梗阻。CT及MRI还能提供肿瘤的分期,明确肿瘤的侵犯程度及与邻近器官的关系,确定有否远处转移,对确定治疗方案有重要作用。(4)实验室检查。黄疸患者根据血中胆红素、血清碱性磷酸酶(ALP)及胆道系统恶性肿瘤的敏感性标志物CA19-9是否升高,可初步区分梗阻部位是否在胆胰系统。

外科手术切除是PDMN最有效的治疗方法。Brucher等<sup>[2]</sup>认为:肉眼和显微镜可见的肿瘤完全切除,包括系统淋巴结的清扫,是外科手术治疗的目的。手术方式决定于癌瘤所在部位以及肿瘤进展的程度。(1)胰十二指肠切除术通常适合于肿瘤位于十二指肠第2段的恶性肿瘤<sup>[3]</sup>。由于十二指肠与胰头淋巴引流的解剖关系密切,术中可根据肿瘤浸润深度和所处的部位以及有无淋巴结转移,充分清扫肠系膜上动脉周围及肝十二指肠韧带内淋巴结,以达到根治目的。本组9例行胰十二指肠切除术,肿瘤均位于乳头周围区。(2)节段性肠切除术适合于界限清楚的小癌灶、无淋巴结转移及位于十二指肠水平部或升部的早期病变,或由于自身状况不能耐受较大手术的患者,尤其位于十二指肠第3,4段的恶性肿瘤,应首选节段性肠切除术<sup>[4]</sup>。该术式并发症和病死率低,可有满意的切缘和足够的淋巴结清扫。Kaklamanos等<sup>[5]</sup>比较了十二指肠节段切除术与胰十二指肠切除术后的并发症及5年生存率,差异无显著性。如癌肿位于十二指肠球部应作连同球部胃部分切除术。本组1例系行胆囊切除术,探查发现十二指肠球部约直径3cm×3cm×

2cm大小的肿块,伴有周围淋巴结肿大,行姑息性连同十二指肠球部的胃部分切除术。(3)李明杰等<sup>[6]</sup>认为,十二指肠乳头肿瘤局部切除适应于乳头部,包括胆总管、胰管末端T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>肿瘤,病变局限,<2.0cm的良性肿瘤及无淋巴转移的癌肿;尤其适应于高龄高危,难以承受胰十二指肠切除术的患者。术中要求完整切除肿瘤,切缘无瘤残留,如此则可望达到与胰十二指肠切除相近的治疗效果。单纯肿块切除术,适用于乳头早期较小的癌肿或十二指肠腺瘤恶变者。本组1例。(4)胃-肠、胆-肠吻合术适用于肿块不能切除的病例,以解除消化道梗阻和胆道症状,减轻痛苦,提高生存质量。本组5例。

由于缺乏预期的随机化的对照资料分析,5-FU或联合化疗对小肠肿瘤的临床疗效不能肯定<sup>[7]</sup>。本组经手术切除的腺癌病例予以化疗。但因缺少临床病例对照,不能作出化疗效果的评价。1例上皮样平滑肌肉瘤术后未予化疗,23个月后死亡;1例乳头状腺瘤局部癌变术后未予化疗术后生存5年至今健在。

#### 参考文献:

- [1] Cheung O, Kandil H, Moser AJ, *et al.* Primary duodenal carcinoma showing divergent growth patterns as determined by microdissection-based mutational genotyping [J]. *Arch Pathol Lab Med*, 2003, 127(7): 861-864.
- [2] Brucher BL, Stein HJ, Roder JD, *et al.* New aspects of prognostic factors in adenocarcinomas of the small bowel [J]. *Hepatology*, 2001, 48(39): 727-732.
- [3] Bakaeen FG, Murr MM, Sarr MG, *et al.* What prognostic factors are important in duodenal adenocarcinoma? [J]. *Arch Surg*, 2000, 135(6): 635-641.
- [4] Tocchi A, Mazzone G, Puma F, *et al.* Adenocarcinoma of the third and fourth portions of the duodenum: results of surgical treatment [J]. *Arch Surg*, 2003, 138(1): 80-85.
- [5] Kaklamanos IG, Bathe OF, Franceschi D, *et al.* Extent of resection in the management of duodenal adenocarcinoma [J]. *Am J Surg*, 2000, 179(1): 37-41.
- [6] 李明杰, 郑英健, 何涛. 局部切除术治疗十二指肠乳头肿瘤 [J]. *中国普通外科杂志*, 2004, 13(6): 432-437.
- [7] Kummar S, Gieselski TE, Fogarasi MC. Management of small bowel adenocarcinoma [J]. *Oncology (Huntingt)*, 2002, 16(10): 1364-1369.