

原发性小肠肿瘤 47 例临床分析

王艳丽

(重庆市第三人民医院消化内科 400014)

[摘要] **目的** 探讨原发性小肠肿瘤的临床表现、诊断及预后。**方法** 回顾性分析 47 例原发性小肠肿瘤患者的临床资料。**结果** 47 例原发性小肠肿瘤临床表现无特异性,术前确诊率为 34.0%(16/47)。良性肿瘤占 12.8%(6/47),病理以腺瘤为主,预后好。恶性肿瘤占 70.2%(33/47),贫血是其较为突出的临床表现,病理主要为腺癌(29 例,失访 3 例),好发于十二指肠,预后差。26 例腺癌患者 1、2、3、5 年生存率分别为 67.4%、42.4%、29.4%、22.8%,中位生存期为 20.3 个月。间质瘤占 17%(8/47),主要来源于空肠,以腹部包块为主要表现,术后使用靶向药物有助于改善患者预后。**结论** 小肠肿瘤发病率低,但以恶性为主,预后差,采取有效的检查手段尽早发现病灶并行手术切除是治疗的关键。

[关键词] 肠肿瘤;小肠;诊断;鉴别;预后**[中图分类号]** R735.3**[文献标识码]** A**[文章编号]** 1671-8348(2015)16-2219-03

Clinical analysis on 47 cases of primary small intestine tumor

Wang Yanli

(Department of Gastroenterology, the Third People's Hospital of Chongqing, Chongqing 400014, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the clinical characteristics, diagnosis and prognosis of primary small intestine tumor. **Methods** Retrospective analysis was performed on the clinical data collected from the 47 cases of primary small intestine tumor. **Results** The clinical characteristics were non-remarkable, the preoperative diagnosis rate was 34.0%(16/47). Six cases (12.8%) were benign tumor, adenoma was the main pathological type and the prognosis was good. Thirty-three cases (70.2%) were malignant tumor, manifested mainly as anemia, adenocarcinoma was the main pathological type, originated from the duodenum mostly and the prognosis was poor. The 1, 2, 3 and 5 year survival rates of 26 cases in small intestine adenocarcinoma were 67.4%, 42.4%, 29.4% and 22.8%, respectively, and the median survival time was 20.3 months. Eight cases (17.0%) were gastrointestinal stromal tumor, most originated from the jejunum, abdominal mass was the mainly clinical feature, targeted drugs could help to improving the prognosis. **Conclusion** The incidence of primary small intestine tumor is low, but most of them are malignant and the prognosis is poor. Find lesion in early stage with effective examinations and undergoing surgical resection are the key of treatment.

[Key words] intestine neoplasms; intestine, small; diagnosis, differential; prognosis

小肠占胃肠道总长度的 75%,拥有 90%的吸收面积,但由于其为碱性环境,具有蠕动快、细菌含量低而 IgA 水平高等生理学特征^[1],原发性小肠肿瘤发病率低,仅占整个胃肠道肿瘤的 1%~3%^[2],临床中易被忽略,导致漏诊、误诊。目前国内对小肠肿瘤的临床分析研究不多见,为进一步提高对小肠肿瘤临床特征、诊断及预后的了解,收集本院 2005 年 8 月至 2013 年 7 月收治的 47 例原发性小肠肿瘤患者的临床资料,并进行分析、总结。

1 资料与方法

1.1 一般资料 47 例小肠肿瘤均经病理学证实,且排除由腹腔其他肿瘤如胃癌、结肠癌、胰腺癌等转移或直接浸润小肠者。其中间质瘤 8 例(采用美国国立卫生署制定的侵袭危险度进行病理分级^[3]),非间质瘤中良性肿瘤 6 例,恶性肿瘤 33 例。

1.2 方法

1.2.1 诊断 6 例良性肿瘤中 3 例术前经胃十二指肠镜及肠镜得到病理标本,其余 3 例则通过 CT 或消化道钡餐发现存在小肠占位性病变;恶性肿瘤术前得到病理学诊断者有 13 例(12 例为十二指肠腺癌,1 例为回肠淋巴瘤),13 例通过影像学方式发现存在小肠占位性病变,余下 7 例则通过手术明确诊断,其中 2 例术前误诊(1 例球部腺癌术前诊断为十二指肠球部溃疡伴梗阻,1 例为空肠腺癌术前诊断为粘连性肠梗阻);间质瘤中 5 例术前发现小肠存在占位性病变(1 例通过胃镜发现,1 例通过胶囊内镜发现,其余 3 例通过 CT 发现),3 例术中明确(其中

2 例术前误诊为妇科肿瘤)。

1.2.2 治疗及随访 良性肿瘤者及间质瘤患者均行手术切除病灶,间质瘤患者中术后有 3 名患者服用伊马替尼治疗。33 例恶性肿瘤患者中 29 例行手术治疗(6 例为姑息性手术)。随访时间 3~75 个月。

1.3 统计学处理 采用 SPSS16.0 软件进行分析。偏态分布资料采用中位数表示;计数资料用百分比表示;生存率及生存时间采用 Kaplan-Meier 法比较;检验水准 $\alpha = 0.05$,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 病理类型及部位 6 例良性肿瘤中 3 例腺瘤(2 例来源于十二指肠,1 例来源于回肠);1 例平滑肌瘤(来源于空肠);1 例粘液囊肿(来源于十二指肠);1 例脂肪瘤(来源于空肠)。33 例恶性肿瘤中 29 例腺癌(22 例来源于十二指肠,5 例来源于空肠,2 例来源于回肠);2 例淋巴瘤(来源于回肠);1 例平滑肌瘤(来源于回肠);1 例类癌(来源于空肠)。间质瘤共 8 例,1 例低度恶性(来源于空肠);3 例中度恶性(1 例来源于十二指肠,2 例来源于空肠);4 例高度恶性(1 例来源于空肠,3 例来源于回肠)。

2.2 临床特点 47 例原发性小肠肿瘤中男 26 例,女 21 例,男女比例 1.24 : 1.00,年龄 40~84 岁,中位年龄 63 岁。良性肿瘤及恶性肿瘤中男性患者多于女性患者,其中位发病年龄分别为 54 岁、67 岁,间质瘤以女性患者为主,中位发病年龄为 52

岁。良性肿瘤的主要临床表现为腹痛、腹胀,恶性肿瘤的主要临床表现为贫血,贫血程度轻重不一,其次为腹痛、消化道梗阻及黄疸,而间质瘤的主要临床表现为腹痛及腹部包块。见表 1。

2.3 诊断方法阳性发现率 47 例原发性小肠肿瘤术前主要诊断方式包括胃镜、结肠镜、十二指肠镜、消化道钡餐及 CT,不同病变部位检查方法阳性发现率见表 2。研究中 43 例患者行 CT 检查,术前阳性发现率为 65.1%(28/43)。

2.4 随访 6 例良性肿瘤随访 16~75 个月,1 例因其他疾病死亡,其余 5 例均健在,其中 1 例回肠腺瘤患者于术后 10 个月检查发现结肠腺瘤。33 例恶性肿瘤患者中 1 例淋巴瘤失访;另 1 例淋巴瘤死亡,生存期为 7 个月;1 例类癌失访;1 例平滑肌瘤术后随访 29 个月仍健在。29 例小肠腺癌患者中 3 例失访,余下 26 例患者随访 3~65 个月,1、2、3、5 年生存率分别为 67.4%、42.4%、29.4%、22.8%,中位生存期为 20.3 个月,见图 1。间质瘤患者中失访 1 例,余下 7 例中 3 例服用伊马替尼治疗,随访 9~21 个月,无复发及死亡,其他 4 例患者术后未服用药物治疗,随访 8~42 个月,2 例术后复发,1 例术后 14 个月死亡,1 例至随访结束无死亡及复发。

表 1 47 例原发性小肠肿瘤临床特点

病理类型	n	性别 (男/女)	临床表现(n)					
			腹痛	腹胀	梗阻	腹块	黄疸	贫血
良性肿瘤								
腺瘤	3	2/1	2	2	—	—	—	1
平滑肌瘤	1	1/0	1	—	1	—	—	—
粘液囊肿	1	1/0	—	—	—	1	—	—
脂肪瘤	1	0/1	—	1	—	—	—	—
恶性肿瘤								
腺癌	29	16/13	14	7	11	3	11	22
淋巴瘤	2	2/0	2	1	—	1	—	1
平滑肌肉瘤	1	0/1	1	—	1	—	—	—
类癌	1	1/0	1	—	1	—	—	—
间质瘤								
低度恶性	1	1/0	1	—	—	—	—	—
中度恶性	3	1/2	2	1	—	1	—	—
高度恶性	4	1/3	2	—	1	3	—	—

—:此项无数据。

表 2 主要检查方法阳性发现率

病变部位	n	阳性发现率				
		胃镜	十二指肠镜	肠镜	消化道钡餐	CT
十二指肠	26	25.0%(5/20)	84.6%(11/13)	0(0/7)	30.8%(4/13)	64.0%(16/25)
空肠	12	0(0/5)	—	0(0/5)	33.3%(2/6)	72.7%(8/11)
回肠	9	0(0/1)	—	33.3%(2/6)	16.7%(1/6)	57.1%(4/7)

—:此项无数据。

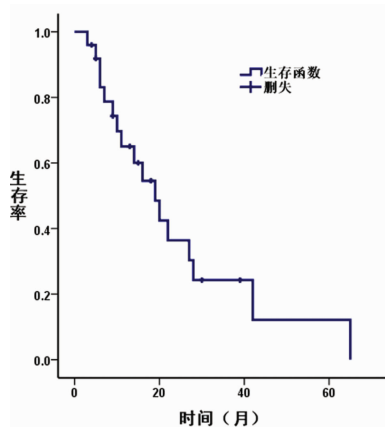


图 1 26 例小肠腺癌患者生存曲线

3 讨论

本组 47 例原发性小肠肿瘤中 55.4%(26/47)位于十二指肠,25.5%(12/47)位于空肠,19.1%(9/47)位于回肠。良性肿瘤占 12.8%(6/47),病理以腺瘤为主(50.0%,3/6)。恶性肿瘤以腺癌为主(87.7%,29/33),不同于国外文献中以类癌为主的病理分类^[4],考虑与地域、人种等因素相关。腺癌的好发部位为十二指肠,其次为空肠,回肠,与国内外文献相一致^[5-7]。虽然原发性小肠肿瘤临床表现无特异性,但与小肠良性肿瘤比较,小肠恶性肿瘤以贫血为主要表现,说明对于原发性小肠肿瘤而言,贫血是临床考虑恶性病变的一条重要线索,而黄疸则多提示病变部位位于十二指肠乳头附近。鉴于间质瘤存在潜在恶性,且具有自身的病理分级和临床分期标准,故将间质瘤单独分组进行分析,这一点有别于国内其他文献^[7]。47 例小肠肿瘤中间质瘤占 17%(8/47),有半数症状表现为腹部包块,

其基本临床特点与国内外文献报道一致^[8-9]。

研究中 CT 检查术前阳性发现率为 65.1%(28/43),虽低于十二指肠镜的阳性发现率(84.6%),但却有助于发现十二指肠水平段及空回肠等部位的病变,并有助于了解肿瘤与周围组织的情况,协助肿瘤分期,因此 CT 是小肠肿瘤术前诊断的重要方式之一。Islam 等^[10]研究也指出对于表现为肠道梗阻的小肠肿瘤疑诊患者,CT 应为首选检查方式。而对于存在消化道出血的疑诊患者可首选胶囊内镜。临床中,由于医师对小肠肿瘤认识不足,易出现误诊。本组研究中的 4 例误诊病例说明:(1)反复发作的球部溃疡不能完全排除溃疡癌变;(2)内科保守治疗不佳的“粘连性肠梗阻”需警惕合并小肠肿瘤;(3)发现盆腔包块的女性患者有必要行腹部 CT 协助明确包块来源。

手术切除是惟一可能治愈小肠肿瘤的方法。小肠良性肿瘤手术切除预后良好,本组 6 例小肠良性肿瘤患者除 1 例死于其他疾病外,其余均健康存活。而对于恶性肿瘤患者治疗首选根治性切除术及淋巴结区域清扫术,若无法根治性切除,则行姑息性手术以减少肿瘤负荷,提高患者生活质量^[11]。恶性肿瘤的预后差,本研究中对 26 例小肠腺癌进行随访,5 年生存率为 22.8%,符合国外文献报道的 14%~33% 的 5 年生存率^[12]。小肠腺癌的预后与其临床分期、淋巴结侵袭数目、病变位于十二指肠、男性及肿瘤分化程度等因素相关^[13-14]。由于间质瘤很少发生淋巴结转移,故其标准治疗方案为根治性切除,而不需要进行常规淋巴结清扫^[11]。其预后不良的因素包括肿瘤直径大于 5 cm,高危险程度,不完全切除或肿瘤破裂,核分裂大于 5/50 HPF,肿瘤出现凝固性坏死等。伊马替尼是选择性酪氨酸激酶受体抑制剂,推荐用于间质瘤术前或术后辅助治疗,同时还是复发转移或无法切除的间质瘤的一线用

药^[15]。在本组研究中,随访的 7 例小肠间质瘤患者中服用伊马替尼治疗者无复发及死亡,术后生存质量高于未服药者,但由于例数少,未能进一步进行统计学分析。

原发性小肠肿瘤发病率低,临床表现无特异性,临床医师需引起重视。小肠肿瘤以恶性者为主,采取有效的检查手段尽早发现病灶并行手术切除是治疗的关键。靶向药物能有效改善间质瘤患者的预后,但其作为辅助治疗的确切剂量和确切期限等问题尚未解决,且其耐药问题亦逐渐显现,有待临床工作者的进一步探索。

参考文献

- [1] Anzidei M, Napoli A, Zini C, et al. Malignant tumours of the small intestine; a review of histopathology, multidetector CT and MRI aspects[J]. *Br J Radiol*, 2011, 84(14): 677-690.
- [2] Cheung DY, Choi MG. Current advance in small bowel tumors[J]. *Clin Endosc*, 2011, 44(1): 13-21.
- [3] Joensuu H. Risk stratification of patients diagnosed with gastrointestinal stromal tumor[J]. *Hum Pathol*, 2008, 39(10): 1411-1419.
- [4] Bilimoria KY, Bentrem DJ, Wayne JD, et al. Small bowel cancer in the United States changes in epidemiology, treatment, and survival over the last 20 years[J]. *Ann Surg*, 2009, 249(1): 63-71.
- [5] Schottenfeld D, Beebe-Dimmer JL, Vigneau FD. The epidemiology and pathogenesis of neoplasia in the small intestine[J]. *Ann Epidemiol*, 2009, 19(1): 58-69.
- [6] McLaughlin PD, Maher MM. Primary malignant diseases of the small intestine[J]. *AJR Am J Roentgenol*, 2013,

201(1): W9-14.

- [7] 徐佳, 李金明, 来代莉, 等. 原发性小肠肿瘤 51 例临床分析[J]. *复旦学报: 医学版*, 2011, 38(1): 51-53, 59.
- [8] Roy SD, Khan D, De KK, et al. Spontaneous perforation of jejunal gastrointestinal stromal tumour (gist). Case report and review of literature[J]. *World J Emerg Surg*, 2012, 7(1): 37.
- [9] 葛晓明, 孙晓光, 梁正. 72 例胃肠道间质瘤治疗的回顾性研究[J]. *中国癌症杂志*, 2011, 21(3): 217-219.
- [10] Islam RS, Leighton JA, Pasha SF. Evaluation and management of small-bowel tumors in the era of deep enteroscopy[J]. *Gastrointest Endosc*, 2014, 79(5): 732-740.
- [11] Barreto SG, Shukla PJ, Shrikhande SV. Small intestinal tumours[J]. *J Coll Physicians Surg Pak*, 2009, 19(7): 459-463.
- [12] Aparicio T, Zaanani A, Svrcek M, et al. Small bowel adenocarcinoma: epidemiology, risk factors, diagnosis and treatment[J]. *Dig Liver Dis*, 2014, 46(2): 97-104.
- [13] Overman MJ, Hu CY, Wolff RA, et al. Prognostic value of lymph node evaluation in small bowel adenocarcinoma: analysis of the surveillance, epidemiology, and end results database[J]. *Cancer*, 2010, 116(23): 5374-5382.
- [14] Halfdanarson TR, McWilliams RR, Donohue JH, et al. A single-institution experience with 491 cases of small bowel adenocarcinoma[J]. *Am J Surg*, 2010, 199(6): 797-803.
- [15] 石兵, 梅浙川, 武鹏宇. 胃肠道间质瘤诊治进展[J]. *重庆医学*, 2011, 40(21): 2157-2160.

(收稿日期: 2014-10-15 修回日期: 2015-02-20)

(上接第 2218 页)

参考文献

- [1] El-Toukhy T, Sunkara SK, Coomarasamy A, et al. Outpatient hysteroscopy and subsequent IVF cycle outcome: a systematic review and meta-analysis[J]. *Reprod Biomed Online*, 2008, 16(5): 712-719.
- [2] Rama Raju GA, Shashi Kumari G, Krishna KM, et al. Assessment of uterine cavity by hysteroscopy in assisted reproduction programme and its influence on pregnancy outcome[J]. *Arch Gynecol Obstet*, 2006, 274(1): 160-164.
- [3] Ozturk E, Ugur MG, Balat O, et al. An analysis of hysteroscopy experience over a seven-year period[J]. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 2010, 37(2): 150-151.
- [4] Kasius JC, Broekmans FJ, Fauser BC, et al. Antibiotic prophylaxis for hysteroscopy evaluation of the uterine cavity[J]. *Fertil Steril*, 2011, 95(2): 792-794.
- [5] 李元华, 龙玲, 李玉艳. 宫腔镜治疗 106 例宫腔粘连的疗效观察与护理[J]. *重庆医学*, 2013, 42(18): 2178-2180.
- [6] 冯缙冲. 宫腔镜检查术[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1986: 54.
- [7] 夏恩兰. 妇科内镜学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 106-107.
- [8] 徐兰萍. 体外受精-胚胎移植失败后行检查性宫腔镜的应用价值[J]. *武汉大学学报: 医学版*, 2009, 30(2): 269-271.

- [9] 莫小亮, 蒋晓莉, 孙燕, 等. 宫腔镜检查在体外受精-胚胎移植中的应用[J]. *广西医学*, 2013, 35(4): 443-445.
- [10] Bingol B, Gunenc Z, Gedikbasi A, et al. Comparison of diagnostic accuracy of saline infusion sonohysterography, transvaginal sonography and hysteroscopy[J]. *J Obstet Gynaecol*, 2011, 31(1): 54-58.
- [11] El-Mazny A, Abou-Salem N, El-Sherbiny W, et al. Outpatient hysteroscopy: a routine investigation before assisted reproductive techniques? [J]. *Fertil Steril*, 2011, 95(1): 272-276.
- [12] 叶红, 段华. 宫腔镜在体外受精-胚胎移植失败患者中的应用价值[J]. *中国微创外科杂志*, 2013, 13(10): 891-892.
- [13] Makrakis E, Hassiakos D, Stathis D, et al. Hysteroscopy in women with implantation failures after in vitro fertilization: findings and effect on subsequent pregnancy rates [J]. *J Minim Invasive Gynecol*, 2009, 16(2): 181-187.
- [14] Karayalcin R, Ozcan S, Moraloglu O, et al. Results of 2 500 office-based diagnostic hysteroscopies before IVF[J]. *Reprod Biomed Online*, 2010, 20(5): 689-693.
- [15] La Sala GB, Montanari R, Dessanti L, et al. The role of diagnostic hysteroscopy and endometrial biopsy in assisted reproductive technologies[J]. *Fertil Steril*, 1998, 70(2): 378-380.

(收稿日期: 2014-10-15 修回日期: 2015-02-10)