

理类型多为高度恶性淋巴瘤,表现为Ⅳ期的 Burkitt 淋巴瘤、中枢神经系统淋巴瘤。HIV 各个阶段均可发病,大多数 ARL 发生在 HIV 感染的后期,患者外周血中 CD4⁺ T 淋巴细胞数常低于 100/μL,这与患者细胞免疫功能缺陷的严重程度和持续时间密切相关^[2]。ARL 的临床表现多样化,均伴有 B 症状(发热、盗汗、体质量下降),90% 病例有淋巴结外损伤,常发生于中枢神经系统(占 20%)、骨髓或消化道(25%),一般多为脏器受累,胃肠道、肝脏、肺部是较常见的结外病灶^[3]。该患者在诊断淋巴瘤时并未确诊 AIDS 病,淋巴瘤是 AIDS 病的第一表现,患者心肺等器官未受累及,外周血及骨髓检查正常,PET-CT 提示病灶在十二指肠肠壁增厚伴代谢增高、胰腺多个结节状、块状低密度影伴代谢增高、双侧腋窝多个淋巴结显示,部分代谢增高,符合淋巴瘤征象,以结外受累为主。

高效抗逆转录病毒治疗的广泛应用使得患者免疫功能得到重建,AIDS 病相关淋巴瘤患者能够耐受标准剂量的化学治疗,二者的联合应用明显改善了 ARL 患者的预后^[4]。患者 CD4⁺ T 淋巴细胞计数经过高效抗逆转录病毒治疗维持在 400 μg/mL 以上,为全身化学治疗做好准备。利妥昔单抗能提高 B 细胞来源的 ARL 的缓解率和生存率,患者耐受性好^[5]。该患者青壮年,免疫功能尚可,通过抗病毒治疗联合 R-CHOP 治疗,取得很好的疗效,治疗期间不良反应较轻,耐受性可,保证足量和规范化学治疗的顺利完成,ARL 患者的生存期与 HIV 阴性淋巴瘤患者接近^[6]。患者的首发病变位于消化道,以结外受累为主,治疗中诱发肠穿孔、梗阻及出血等并发症的概率较高,免疫缺陷引起手术感染的风险更大。在多学科专家的协作治疗下,患者顺利完成 8 个周期化学治疗联合靶向抗病毒治疗,持续抗病毒治疗至今,病情稳定,未见复发。

AIDS 合并胃肠淋巴瘤的患者就诊时大多为晚期,腹部手术治疗有较高的脓毒症发生率。早期患者手术切除病灶,抗病毒治疗加用全身化学治疗可取得较好的疗效。针对 AIDS 病合并胃肠淋巴瘤的患者加强围术期管理有着重要的临床意义,通过抗感染和营养支持,争取较好的预后^[7]。目前中国 HIV 感染者已经进入发病期,通过加强对 ARL 的认识和关注,对临床的 NHL 均应检测 HIV,且医护人员应注意保护患者的隐

私权。为了更好地预防和治疗 HIV 感染合并肿瘤患者,需要多专业学者的共同合作。

参考文献

- [1] Novoa AM, De Olalla PG, Clos R, et al. Increase in the non-HIV-related deaths among AIDS cases in the HAART era[J]. *Curr HIV Res*, 2008, 6(1): 77-81.
- [2] Ambinder RF, Bhatia K, Martinez-Maza O, et al. Cancer biomarkers in HIV patients[J]. *Curr Opin HIV AIDS*, 2010, 5(6): 531-537.
- [3] D'addario G, Dieterle A, Torhorst J, et al. HIV-testing and newly-diagnosed malignant lymphomas. The SAKK 96/90 registration study[J]. *Leuk Lymphoma*, 2003, 44(1): 133-138.
- [4] Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) study group, Bohlius J, Schmidlin K, et al. Prognosis of HIV-associated non-Hodgkin lymphoma in patients starting combination antiretroviral therapy[J]. *AIDS*, 2009, 23(15): 2029-2037.
- [5] Sparano JA, Lee JY, Kaplan LD, et al. Rituximab plus concurrent infusional EPOCH chemotherapy is highly effective in HIV-associated B-cell non-Hodgkin lymphoma[J]. *Blood*, 2010, 115(15): 3008-3016.
- [6] Re A, Michieli M, Casari S, et al. High-dose therapy and autologous peripheral blood stem cell transplantation as salvage treatment for AIDS-related lymphoma; long-term results of the Italian Cooperative Group on AIDS and Tumors (GICAT) study with analysis of prognostic factors[J]. *Blood*, 2009, 114(7): 1306-1313.
- [7] 夏咸军, 陈辉, 刘永福, 等. 艾滋病合并恶性肿瘤的临床特征及外科治疗分析[J]. *中华普通外科杂志*, 2012, 27(9): 763-765.

(收稿日期: 2015-12-15 修回日期: 2016-01-19)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.10.052

小肠同时性多原发癌病例报道及文献复习

曾梦优, 周婷婷, 全巧云[△]

(三峡大学第一临床医学院/宜昌市中心人民医院消化科/

三峡大学消化疾病研究所, 湖北宜昌 443002)

[中图分类号] R734.2

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)10-1436-02

小肠原发性肿瘤临床少见,文献报道约占胃肠道恶性肿瘤的 5%^[1],而同时性多原发癌(multiple primary cancers, MPC)更为罕见。因小肠冗长,检查手段有限,小肠癌早期临床症状不突出,容易误诊漏诊。现对本院收治的 1 例小肠 MPC 病例进行总结分析,并结合相关文献报道进行复习,以提高临床医生对小肠 MPC 的认识。

1 临床资料

患者女,56 岁,农民,1 个月前出现脐周阵发性疼痛,伴后腰背部疼痛、恶心,自觉乏力及食欲减退,体质量下降 3 kg。既往有胆囊切除术史,体格检查见痛苦面容,精神差,腹部平软,上腹部压痛,无明显反跳痛,全腹未触及明显包块,肝脾肋下也未触及及包块,肠鸣音弱。

入院后检查血常规:血红蛋白 77 g/L,总蛋白 57.3 g/L,清蛋白 33.47 g/L,低于正常值。糖类抗原 199 为 573.2 U/mL,糖类抗原 125 为 87.3 U/mL,高于正常水平。CT 示部分肠管积气积液,提示不完全性肠梗阻可能;局部肠管偏厚;腹腔内及腹膜后淋巴结增大。胸片、盆腔附件彩超均未见异常。小肠钡餐提示小肠多发溃疡伴肠腔狭窄,考虑小肠克罗恩病。因小肠梗阻原因不明,行双气囊小肠镜(DBE)检查,分别经口腔和经肛门进镜,胃、十二指肠、结肠未见异常,空肠见多处狭窄,狭窄处肠壁溃疡形成。取小肠组织病理检查,提示小肠慢性溃疡改变,溃疡旁腺体不典型增生。结合临床考虑为小肠腺癌,与患者家属沟通后行外科手术治疗。术中见距屈氏韧带约 50 cm,120 cm,180 cm 处分别有肿瘤性病变,肠腔狭窄,肠系膜、大网膜、腹膜均见转移灶,行小肠多节段部分切除及肠吻合术。术后病检报告:送检小肠肠管共三段,分别长 6 cm,11 cm 及 20 cm,每一段均可见溃疡型肿物,分别取材制片,镜下均呈中至低分化腺癌图像,侵及肠壁全层;手术切缘均未见癌累及,浆膜面淋巴结可见癌转移,周边脂肪组织可见癌累及。

2 讨论

MPC 又称重复癌,是指同一个体同时或先后发生两种或两种以上原发性恶性肿瘤。各原发肿瘤发生时间间隔 6 个月以内者为同时性 MPC,而在 6 个月以上者则为异时性 MPC^[2]。按照 Warren 与 Gates 确定的诊断标准,MPC 符合以下标准:(1)每个癌肿均具有恶性病理学形态;(2)癌灶间须间隔一定距离的正常组织;(3)可明确排除转移和复发^[3]。本例患者术中发现小肠三处独立的肿瘤,病理检查均提示中至低分化腺癌,各段手术切缘均未见癌累犯,且多个癌肿为同时发现,故符合同时性 MPC 的诊断。目前,MPC 的发生发展原因尚不完全清楚,但多数认为可能与年龄、性别、遗传因素、免疫缺陷、长时间暴露于致癌物质、原发癌的放疗,以及吸烟、过量酒精摄入等有关^[4-7]。

Guo 等^[8]总结 2000~2011 年的 26 000 例消化道恶性肿瘤病例,887 例为小肠原发性恶性肿瘤,约占消化道恶性肿瘤的 3.4%,其中有 173 例小肠腺癌。研究发现小肠原发肿瘤男女发病率比率为 1.58:1.00,且大多数病例年龄超过 60 岁。腹痛为最常见的症状,贫血、体质量下降也较为常见,累及十二指肠时还会出现黄疸。常用的检查手段为小肠镜、CT 和 MRI,有 44.8% 的患者在术前应用消化内镜被诊断。小肠肿瘤病理类型多为腺癌、类癌、淋巴瘤、肉瘤等。张辉等^[9]对 56 例小肠 MPC 进行临床回顾性分析,发现其早期诊断率为 40%,首癌早期诊断率为 46.4%,重复癌的早期诊断率为 34.8%,76.8% 经外科手术或内镜下手术治疗,术后辅以放疗,3 年生存率 52.1%,5 年生存率仍可达 26.7%。

小肠 MPC 发生率低,且早期症状不典型,检查手段有限,容易出现漏诊误诊。应用常规内镜和影像学检查常不易发现小肠肿瘤癌灶。DBE 的出现,为小肠疾病的诊断提供了新技术,对小肠肿瘤诊断率高达 73%~80%^[10],Almeida 等^[11]认为,DBE 应被视为小肠肿瘤研究的金标准方法,有利于小肠肿瘤的早期诊断,从而通过手术切除提高治愈率。

基于小肠原发肿瘤的上述特点,临床医生应该保持警惕,对于不明原因的长期腹部隐痛,慢性不全性肠梗阻,消化道出血或贫血,不明原因体质量下降者,均应考虑小肠肿瘤可能,小肠 MPC 的发生率虽然不高,但如果发现一处病变,应对全小肠进行完整检查。对于同时性 MPC,应尽量在一个手术中切除所有癌灶。及时的诊断和治疗,可使患者获得较长的生存期,预后得到改善。

参考文献

- [1] Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics[J]. JAMA, 2013, 310(9):982.
- [2] Fante R, Roncucci L, Tamassia MG, et al. Frequency and clinical features of multiple tumors of the large bowel in the general population and in patients with hereditary colorectal carcinoma [J]. Cancer, 1996, 77(10):2013-2021.
- [3] Warren S, Gates O. Multiple primary malignant tumors; a survey of the literature and a statistical study[J]. Ann J Cancer, 1932(16):1358-1414.
- [4] Chaaya A, Heller SJ. Introduction to small bowel tumors [J]. Tech Gastrointest Endosc, 2012, 14(2):88-93.
- [5] Takalkar U, Asegaonkar BN, Kodlikeri P, et al. An elderly Woman with triple primary metachronous malignancy: A case report and review of literature[J]. Int J Surg Case Rep, 2013, 4(7):593-596.
- [6] Aydinler A, Karadeniz A, Uygun K, et al. Multiple primary neoplasms at a single institution; differences between synchronous and metachronous neoplasms[J]. Am J Clin Oncol, 2000, 23(4):364-370.
- [7] Maekawa SJ, Aoyama N, Shirasaka D, et al. Excessive alcohol intake enhances the development of synchronous cancerous lesion in colorectal cancer patients [J]. Int J Colorectal Dis, 2004, 19(2):171-175.
- [8] Guo X, Mao Z, Su D, et al. The clinical pathological features, diagnosis, treatment and prognosis of small intestine primary malignant tumors [J]. Med Oncol, 2014, 31(4):913.
- [9] 张辉,王正慧,陈越平. 56 例多原发癌的临床回顾性研究 [J]. 西南国防医药, 2009, 19(2):189-191.
- [10] Kuga R, Safatle-Ribeiro AV, Ishida RK, et al. Small bowel endoscopy using the double-balloon technique; four-year results in a tertiary referral hospital in Brazil [J]. Dig Dis, 2008, 26(4):318-323.
- [11] Almeida N, Figueiredo P, Lopes S, et al. Double-balloon enteroscopy and small bowel tumors; a South-European single-center experience [J]. Dig Dis Sci, 2009, 54(7):1520-1524.