

· 短篇及病例报道 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.32.047

阑尾黏液腺癌被误诊为阑尾周围脓肿 1 例病例报道*

周法庭,王毅,朱华,许俊,罗代珍,杨振华[△]

(三峡大学第一临床医学院/三峡大学消化疾病研究所/宜昌市中心人民医院胃肠外科,湖北宜昌 443003)

[中图分类号] R602

[文献标识码] C

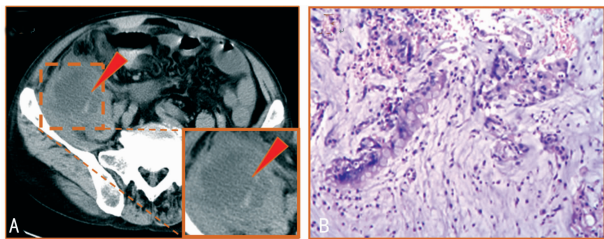
[文章编号] 1671-8348(2017)32-4606-02

阑尾炎是胃肠外科最常见的疾病之一,而原发性阑尾肿瘤临床少见。据统计原发性阑尾肿瘤占胃肠道恶性肿瘤的 0.4%~1.0%,其中以类癌为主,腺癌罕见^[1]。根据病理学特征 WHO 将阑尾腺癌分为 4 类,即:黏液腺癌、结肠型腺癌、杯状细胞癌和印戒细胞癌^[2]。在这 4 类阑尾恶性肿瘤中,以阑尾结肠型腺癌最为常见,其次是阑尾黏液腺癌、阑尾杯状细胞癌,而阑尾印戒细胞癌更是鲜有报道。

由于阑尾黏液腺癌患者缺乏特异性临床表现,临床上易被误诊为阑尾炎或附件包块,多在术后病理证实。阑尾黏液腺癌的治疗优先考虑右半结肠切除术,而对于并发腹腔假性黏液瘤的患者,除了手术减瘤外,还需要辅助性化疗、放疗或热灌注治疗。为提高医务人员对阑尾黏液腺癌的认识,本研究回顾性分析 1 例误诊为阑尾周围脓肿的阑尾黏液腺癌患者的诊疗经过,旨在降低原发性阑尾肿瘤误诊率。

1 临床资料

患者,男,80 岁,因“腹痛 20⁺d”入院。患者于 20 d 前因慢性支气管炎并肺气肿在当地卫生院治疗,期间出现突发性持续性右下腹痛,无发热、恶心、呕吐、腹胀等不适,考虑为“慢性阑尾炎急性发作”,给予抗炎等对症处理,疼痛无明显缓解。后转送到县人民医院,行腹部彩超检查提示为:右下腹混合性包块,诊断为“阑尾周围脓肿”。给予抗感染治疗 15 d,腹痛缓解出院。出院 2 d 后再次出现腹痛,疼痛明显加重。既往有慢性支气管炎病史。入科查体:生命体征平稳,体温正常。腹部软,全腹部压痛,有反跳痛,肝脾肋下未触及,墨菲氏征阴性,余未见异常。辅助检查提示:白细胞为 9.04×10^9 ;中性粒细胞百分比为 90.2%;C-反应蛋白(CRP)为 214.49 mg/mL。下腹部 CT 检查提示:阑尾增粗,与邻近腰大肌粘连,阑尾内可见团状软组织密度影,直径为 6.6 cm,密度不均,内部可见斑片状高密度影及片状低密度影(图 1A 红色箭头)。初步诊断为:阑尾周围脓肿。入院后 4 h 行急诊阑尾切除术,术中见腹腔积液,盲肠壁附有脓苔。右侧髂腰窝脓肿已经破溃,乳白色脓液溢出,深达髂腰肌,脓肿内可见阑尾,已腐烂呈絮状物。切除阑尾送检,先分别用过氧化氢溶液、甲硝唑、聚维酮碘和盐水冲洗脓腔,后以盐水反复冲洗腹腔。术后病检结果提示:阑尾腺管扩张,阑尾腔内充满黏液(图 1B),诊断为黏液腺癌。



A:CT;B:显微镜下观察(×50)

图 1 阑尾黏液腺癌患者的 CT 及病理结果

2 讨论

黏液腺癌主要见于胃和大肠,而阑尾罕见,阑尾黏液腺癌多于尸检和术后病理检查发现^[3]。据报道阑尾黏液腺癌主要见于 54 岁以上人群,且以女性患者为主^[4]。癌组织呈灰白色,半透明如胶冻样,显微镜下可见阑尾腺腔扩张,腔内含有黏液。

阑尾黏液腺癌患者缺乏特异性表现,临床症状也不尽相同。症状以腹痛和腹部包块为主,可伴随发热、呕吐等不适,而极少数患者可表现为腹胀或咳嗽^[5]。患者的症状不仅与患者年龄、性别和基础疾病相关,而且还受肿瘤分化程度和生长情况的影响。早期阑尾黏液腺癌细胞生长缓慢,不易发生局部浸润及远处转移,缺乏症状或仅表现腹部包块。而小部分患者因肿块压迫阑尾管腔,导致分泌物排出障碍,黏液聚集,使腹腔压力增高,出现右下腹疼痛。极少部分的病灶与回肠、盲肠或腰大肌等周围组织粘连形成肿物,当脓肿破溃或局部感染时,患者可出现发热、腹痛等不适。肿瘤细胞播散至腹腔和盆腔,形成腹膜假黏液瘤,可导致腹腔积液。由上述可知,阑尾黏液腺癌患者症状差异较大,术前诊断困难,易被误诊为急性阑尾炎、阑尾周围脓肿或附件包块等。

阑尾黏液腺癌治疗首选右半结肠切除术,对于腹腔假性黏液瘤患者还需行淋巴结清扫或肿瘤减灶术。女性患者术中必须探查子宫和附件,必要时联合脏器切除。术中任何操作均可引起囊肿破裂,内容物溢出,导致腹腔假性黏液瘤^[6]。因此,术前必须明确肿瘤大小、性质、位置及阑尾是否穿孔等情况,对减少二次手术率和避免医源性种植具有重要意义。对于晚期阑尾黏液腺癌患者,不少学者主张在减瘤术的基础上加之以辅助性化疗、放疗或热灌注治疗,但对于具体治疗方案目前仍有争议^[7]。

据报道原发性阑尾肿瘤患者的 5 年生存率为 30%~60%,腹膜假性黏液瘤患者的 5 年生存率为 50%^[8]。患者的预后与肿瘤类型、分化程度、转移情况、外科手术方式、辅助治疗等多种因素相关。在常见的原发性肿瘤类型中,类癌 5 年生存率最高,其次分别是杯状细胞癌、黏液性腺癌和结肠型腺癌,而印戒细胞癌的 5 年生存率最低^[9]。Ito 等^[10]的研究发现,阑尾黏液腺癌患者的 5 年生存率为 32%,结肠型腺癌患者的 5 年生存率为 79%,而且根治性手术患者的 5 年生存率远高于姑息性手术。辅助性治疗可提高患者 5 年率,手术联合丝裂霉素、顺铂热灌注治疗,患者的 5 年生成率可提高到 97%^[11]。

阑尾黏液腺癌患者以附件包块、腹痛为首发症状,男性患者较少,而同时出现腹痛、腹部包块、发热、CRP 升高的病例更是鲜有报道。而本案例的阑尾黏液腺癌的患者是一位老年男性,出现腹痛症状,抗感染治疗无效。实验室检查提示中性粒细胞百分比和 CRP 均明显增高,腹部 CT 和彩超检查发现阑尾增粗,影像学变化与阑尾周围脓肿相同。患者症状、体征及辅助检查结果改变均与阑尾周围脓肿相符,但是术后病理结果

* 基金项目:宜昌市卫生科研资助项目(A16-301-08)。

作者简介:周法庭(1987-),医师,硕士,主要从事急危重症救治与肿瘤转移的基础

研究。△ 通信作者,E-mail:1470942097@qq.com。

证实为阑尾黏液腺癌。因此,临床医生诊治此类患者时,需全面评估,结合血常规和影像学检查,以防止误诊。

参考文献

[1] Murphy EA, Farquharson SM, Moran BJ. Management of an unexpected appendiceal neoplasm[J]. Br J Surg, 2006, 93(7):783-792.
 [2] Tran T, Holloway RN. Metastatic appendiceal mucinous adenocarcinoma to well-differentiated diffuse mesothelioma of the peritoneal cavity: a mimicker of florid mesothelial hyperplasia in association with neoplasms[J]. Int J Gynecol Pathol, 2008, 27(4):526-530.
 [3] Charfi S, Sellami A, Affes A, et al. Histopathological findings in appendectomy specimens: a study of 24,697 cases [J]. Int J Colorectal Dis, 2014, 29(8):1009-1012.
 [4] Conte CC, Petrelli NJ, Stulc J, et al. Adenocarcinoma of the appendix[J]. Surg Gynecol Obstet, 1988, 166(5):451-453.
 [5] Gourgiotis S, Oikonomou C, Kollia P, et al. Persistent coughing as the first symptom of primary mucinous appendiceal adenocarcinoma[J]. J Clin Med Res, 2015, 7(8):649-652.
 [6] Austin F, Mavanur A, Sathaiah M, et al. Aggressive man-

agement of peritoneal carcinomatosis from mucinous appendiceal neoplasms[J]. Ann Surg Oncol, 2012, 19(5):1386-1393.
 [7] 高建军, 吕永柱, 罗逸潜, 等. 阑尾黏液腺癌的诊断与治疗[J]. 中华消化外科杂志, 2015, 14(9):771-772.
 [8] Misdraji J. Appendiceal mucinous neoplasms: controversial issues[J]. Arch Pathol Lab Med, 2010, 134(6):864-870.
 [9] Turaga KK, Pappas SG, Gamblin TC. Importance of histologic subtype in the staging of appendiceal tumors[J]. Ann Surg Oncol, 2012, 19(5):1379-1385.
 [10] Ito H, Osteen RT, Bleday R, et al. Appendiceal adenocarcinoma: long-term outcomes after surgical therapy[J]. Dis Colon Rectum, 2004, 47(4):474-480.
 [11] Shaib WL, Martin LK, Choi MA, et al. Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy following cytoreductive surgery improves outcome in patients with primary appendiceal mucinous adenocarcinoma: a pooled analysis from three tertiary care centers[J]. Oncologist, 2015, 20(8):907-914.

(收稿日期:2017-05-03 修回日期:2017-07-06)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.32.048

肱骨巨大骨旁脂肪瘤合并尺神经损害 1 例病例报道

陈文瑶, 李新志, 李 意, 阙祥勇

(三峡大学附属仁和医院骨科, 湖北宜昌 443001)

[中图分类号] R738.1

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)32-4607-02

骨旁脂肪瘤是一类少见的脂肪瘤,多发生于长骨的干骺端,瘤体刺激常导致骨膜发生异常反应,引起骨质改变。患者常表现为局部肿块和轻微的疼痛不适。自 1959 年 Kenin 等^[1]首次报道以来,相继有多篇关于骨旁脂肪瘤的报道,综合以上病例,以桡骨、腓骨、及股骨骨旁脂肪瘤多发。少部分病例表现为神经损害表现,最常被累及的神经是骨间背神经、腓总神经^[2]。本文现将 1 例巨大的肱骨骨旁脂肪瘤,并因压迫产生尺神经损害,报道如下。

1 临床资料

患者,男,44 岁,建筑工人,发现右上臂无痛性包块 20 余年,逐渐增大,于 5 个月前出现右小指及环指麻木。在进入本院前 1 周曾在外院行 MR 及 X 检查(图 1、2),MR 提示上臂内侧包块,信号均一,与皮下脂肪信号一致。取组织行切片病检,提示为骨旁脂肪瘤。体检提示:环绕右上臂前侧、内侧、后内侧部可见巨大椭圆形包块,范围从肩关节下 3 cm 至肘关节上约 10 cm 处。包块触之初,无明显压痛,活动度可。右侧肩、肘关节活动无障碍,右手肿胀,双侧桡动脉搏动对称,右环、小指触觉减弱,Froment 试验阳性。

入院后进行了右上肢的 CTA 检查,以明确瘤体与血管的关系(图 3),CT 成像显示骨质改变呈现珊瑚状增生,肱动脉压迫迂曲;矢状成像显示瘤体在骨质增生的基底上形成一瘤体,呈分叶状,类似“柏树”样增殖。瘤体 CT 值与皮下脂肪相近。入院 1 周后在全麻下进行了肿瘤切除,术中见瘤体呈黄色、包

膜完整,分叶状,位于肱二头肌与股三头肌外侧头之间,肱二头肌、三头肌、肱肌、肱动静脉、头静脉及正中、尺神经及桡神经均被肿瘤压迫移位,上臂内侧神经血管整被瘤体顶压,其中尺神经于上臂中段,桡神经位于其分叶状间隙内。

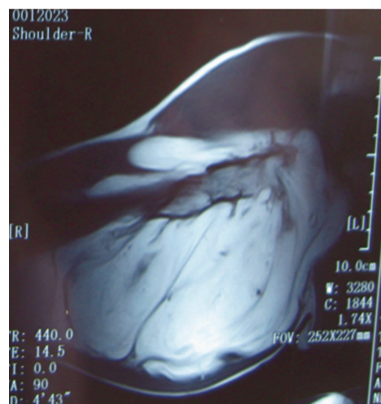


图 1 MR 检查

术中游离血管神经束加以保护,见肿块向上达肱骨大结节下缘,向下达肘上部约 7 cm,经肱二、三头肌间生长,基底部形成珊瑚状骨质增生,与肱骨干紧密相连。由于瘤体较大,为保护神经血管,经前后侧切口,术分两部分切除瘤体。术中、术后应用抗菌药物 24 h 预防感染,切口一期闭合。术后病检示骨旁脂肪瘤(图 4)。患者术后 14 d 出院,切口愈合良好。随访