

• 病例报道 •

双重超声造影诊断结直肠多发癌一例



罗源, 庄华

四川大学华西医院超声科(成都 610041)

【关键词】 多原发结直肠癌; 双重超声造影; 诊断

病例介绍 患者,女,22岁。因“便血8⁺个月”于2009年5月至我院就诊。体格检查发现右下腹巨大包块;常规超声检查发现右下腹巨大团块,大小约8.5 cm×3.6 cm×7.2 cm,呈“假肾征”(图1a),疑肠道来源肿瘤,遂于当日下午洗肠后行双重超声造影检查。经肛灌注1 000 mL胃肠超声造影剂(天下牌,湖州东亚医药用品有限公司)后,在肠道充盈状态下发现上述巨大团块位于横结肠右侧段,肠周查见多个淋巴结,局部肠壁呈节段性增厚(图1b);周围肠系膜查见多个大小0.3~1.2 cm的淋巴结回声,直肠及乙状结肠交界区(距肛门约15 cm处)查见大小约3.3 cm×2.2 cm×2 cm的菜花状团块,基底较宽,活动度差,表面不光滑(图1c)。经肘静脉注射超声造影剂(注射用六氟化硫微泡,商品名:声诺维)2.4 mL后显示结肠肝曲及直肠乙状结肠交界部团块均呈均匀性等增强(图1d)。超声诊断为:①结肠肝曲腺癌伴肠周淋巴结转移;②直肠及乙状结肠交界部肠腺癌或肠腺癌。

行中下腹增强CT示:横结肠右侧段长约9.3 cm肠壁不均匀增厚(图2a),形成直径约5.0 cm的软组织肿块(图2b),增强后呈明显不均匀强化(图2c),病变段管腔狭窄,浆膜面不光整,邻近系膜脂肪密度增高,见条索状影及结节状影。胰头前上方区及腹主动脉旁见多个肿大的淋巴结,盆腔积液。考虑“结肠癌,伴腹腔腹膜后淋巴结转移?腹腔种植?”。CT未报告发现直肠乙状结肠交界处肿瘤,复习CT后似发现肿块(图2d),但与临近收缩增厚的直肠难以分辨。

行全结肠镜检查发现距肛17 cm处查见息肉样病变(图3a),距肛80 cm处巨大溃疡性病变(图3b)。镜下活检显示直肠乙状结肠交界部病变为腺瘤;横结肠病变为腺癌。遂于2009年6月行横结肠癌扩大切除及胃部分切除术及7 cm×7 cm×5 cm,浸润型生长并明显累及浆膜和肠系膜内,并直接与胃大弯侧浸润粘连固定。乙状结肠内有一浸润型生长的包块,移动度尚可。腹腔内中量淡黄色腹水。

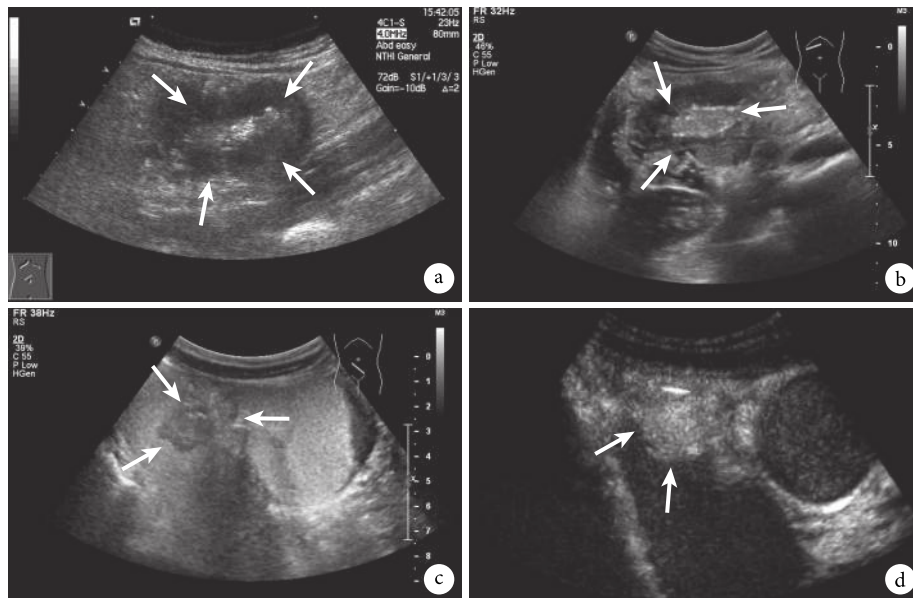


图1 腹部超声检查

a. 常规超声显示右下腹巨大“假肾征”团块(白箭); b. 肠充盈后, 超声显示肿块位于结肠肝曲(白箭); c. 直乙交界区查见宽基底菜花状团块(白箭); d. 超声造影后, 病灶均匀性等增强(白箭)

DOI: 10.7507/1002-0179.201803183

基金项目: 国家自然科学基金(81101061)

通信作者: 庄华, Email: annzhuang@yeah.net

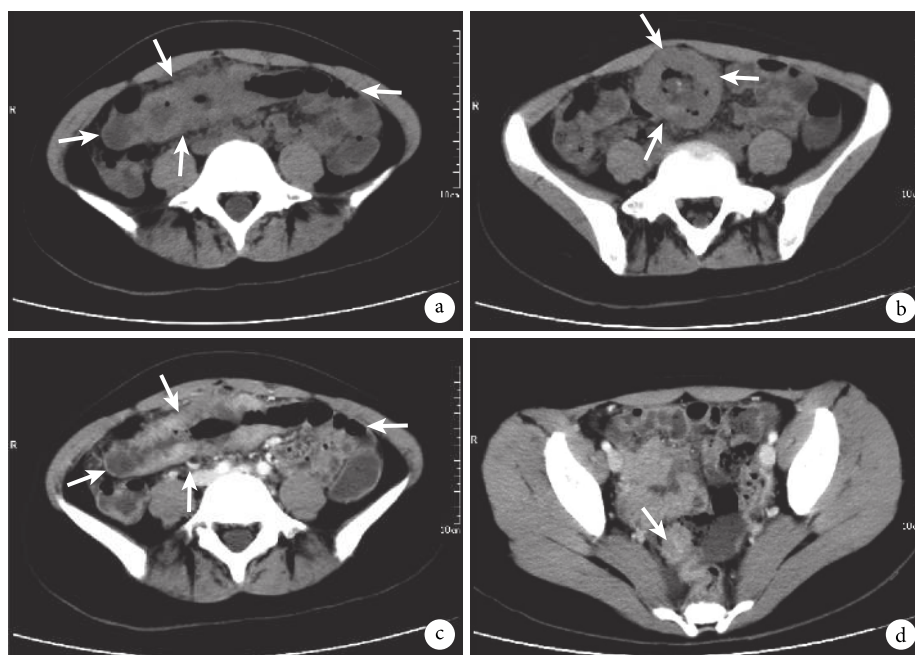


图 2 下腹部、盆腔平扫及增强 CT

a. CT 平扫显示横结肠段约 9.3 cm 不均匀增厚 (白箭); b. 病灶形成直径 5.0 cm 的软组织肿块 (白箭); c. 病灶呈明显不均匀强化 (白箭); d. 直肠乙状结肠交界处肿瘤 (白箭)

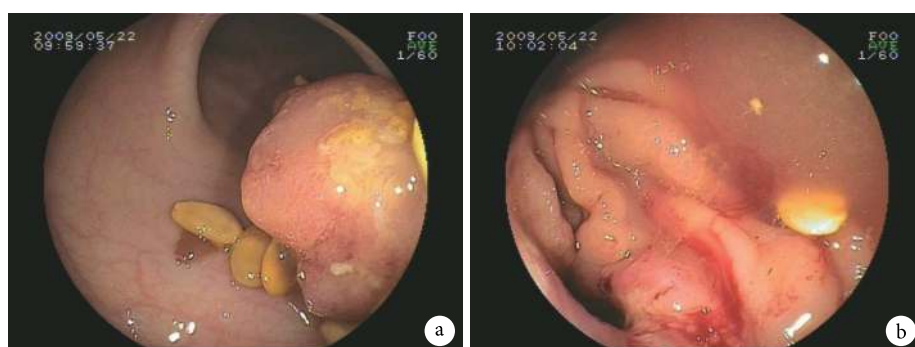


图 3 肠镜检查

a. 距肛 17 cm 处查见息肉样病变; b. 距肛 80 cm 处查见巨大溃疡性病变

肝脏质地均匀, 未扪及确切包块。

术后手术标本送病理示: ① 横结肠: 溃疡型腺癌, 大部分为低分化腺癌, 小部分为中分化腺癌, 含有黏液癌及印戒细胞癌成分, 侵及浆膜。肿块位于结肠 (距回盲瓣 14 cm), 肿块体积 9 cm×6.5 cm×1.5 cm。另于肿块所对应浆膜粘连体积约为 5 cm×1.5 cm×1 cm 胃壁, 镜检见癌侵及胃壁浆膜近深肌层。肠周查见淋巴结 (10/14) 有癌转移。② 直肠及乙状结肠交界处: 中分化腺癌, 浸及浅肌层, 隆起型, “肠周”淋巴结 9 枚及肠周扪及淋巴结 7 枚均未见癌转移。术后诊断为: ① 结直肠多发癌Ⅳ期; ② 缺铁性贫血。

患者术后反复化学治疗, 于术后 11 个月发现肝内多发转移, 癌胚抗原 154.70 ng/mL, 经治疗无效死亡。

讨论 多原发结直肠癌 (multiple primary colorectal carcinoma, MPCC) 是指结直肠发生的≥2 个、互不相连的原发癌灶^[1-2], 是一种罕见的肠道外科疾病, 其发生率约占所

有结直肠癌的 3.5%^[2-4], 可发生于结直肠的任何位置, 多见于右半结肠^[2], 其诊断准确率不高^[4]。

MPCC 分为同时性 (synchronous colorectal carcinoma, SCC) 及异时性 (metachronous colorectal carcinoma, MCC) 两类^[4], 本例为 SCC。SCC 的诊断标准为: 各病灶必须独立存在, 病灶间隔有正常组织和移行带 (一般间隔正常肠壁 5 cm 以上), 经病理证实为癌; 病理类型可相同或不同; 排除转移、复发、家族性腺瘤性息肉病和溃疡性结肠炎癌变患者; 所有癌肿同时或 6 个月以内获得诊断者^[5-6]。该病的诊断主要依赖于增强 CT 及 MRI、结肠镜、超声等检查。MPCC 的术前诊断对手术方式的影响较大, 不仅会直接影响患者的手术策略, 并且由于术中的结肠触诊并不能保证发现全部病灶, 因此术前尽可能全面的影像学检查显得至关重要^[7-9]。对于大部分患者, 肠镜是推荐的检查方法之一, 早期癌性病变可以在肠镜下直接切除, 但由于 MPCC 常合并肠腔狭窄, 故部分患者术前行结肠镜检查受限, 并

存在一定漏诊可能。文献显示 SCC 术前通过纤维结肠镜检查发现并得到确诊的比率远低于 MCC, 约为 55.2% ~ 71.4%^[6,10], 而 MCC 通过肠镜诊断率可高达 90% 以上, 增强 CT 在鉴别腺瘤和早期腺癌时存在一定误诊可能, 对于较小的或较早期的病变可能漏诊^[2]。超声造影是诊断 SCC 的可靠方法之一, 尤其对于因病变造成肠道狭窄、肠镜不能通过者, 是一个很好的补充; 超声造影在病灶的定位方面较常规超声检查及结肠镜检查更有优势, 因为其定位不是完全依靠病变的位置和距肛缘的距离, 更多依赖肠道充盈状态下结肠袋的形态及其解剖分布, 所以对于病变的定位更为准确。该病例肿块较大, 肠系膜较长, 导致横结肠右侧段的病变肠管下坠至右下腹, 经肠道充盈后超声检查定位病灶于结肠肝曲。经肘静脉注入超声造影剂后, 在肠道充盈状态下对于病变肠管及其周围结构的灌注情况进行了很好的观察。同时, 超声造影简便易行, 造影剂安全无毒, 因此可以多次反复动态观察。

因为结直肠肿瘤患者应强调全结肠检查, 以免遗漏合并同时性病变^[2,9], 故我们推荐超声双重造影检查, 以提高对 SCC 的诊断准确率。

参考文献

- Brandariz L, Alegre C, Rueda D, *et al.* New perspectives in multiple primary colorectal cancer: a surgical approach. *Digestion*, 2016, 94(2): 57-65.
- Lam AK, Chan SS, Leung M. Synchronous colorectal cancer: clinical, pathological and molecular implications. *World J Gastroenterol*, 2014, 20(22): 6815-6820.
- Hu H, Chang DT, Nikiforova MN, *et al.* Clinicopathologic features of synchronous colorectal carcinoma: a distinct subset arising from multiple sessile serrated adenomas and associated with high levels of microsatellite instability and favorable prognosis. *Am J Surg Pathol*, 2013, 37(11): 1660-1670.
- Papadopoulos V, Michalopoulos A, Basdanis G, *et al.* Synchronous and metachronous colorectal carcinoma. *Tech Coloproctol*, 2004, 8(Suppl 1): S97-S100.
- Wang HZ, Huang XF, Wang Y, *et al.* Clinical features, diagnosis, treatment and prognosis of multiple primary colorectal carcinoma. *World J Gastroenterol*, 2004, 10(14): 2136-2139.
- 何建军. 中国人 2 025 例多原发结直肠癌荟萃分析. *中华胃肠外科杂志*, 2006, 9(3): 225-229.
- Lee BC, Yu CS, Kim J, *et al.* Clinicopathological features and surgical options for synchronous colorectal cancer. *Medicine*, 2017, 96(9): e6224.
- Yang J, Peng JY, Chen W. Synchronous colorectal cancers: a review of clinical features, diagnosis, treatment, and prognosis. *Dig Surg*, 2011, 28(5/6): 379-385.
- van Leersum NJ, Aalbers AG, Snijders HS, *et al.* Synchronous colorectal carcinoma: a risk factor in colorectal cancer surgery. *Dis Colon Rectum*, 2014, 57(4): 460-466.
- 蔡宏, 董锐增, 吴江宏, 等. 多原发结直肠癌 168 例临床分析. *中华外科杂志*, 2008, 46(5): 370-374.

收稿日期: 2018-03-26 修回日期: 2018-04-12

本文编辑: 孙艳梅