

## • 病例报告 Case report •

## 肺癌小肠转移致急性肠梗阻治疗 1 例

郭跃辉, 朱庆云, 陈石伟, 傅代全, 李艳香

【关键词】 肺癌; 肠转移; 肠梗阻; 导管减压; 姑息手术

中图分类号: R736 文献标志码: D 文章编号: 1008-794X(2021)-03-0319-02

## Acute small bowel obstruction caused by small intestinal metastasis from lung cancer: report of one case

GUO Yuehui, ZHU Qingyun, CHEN Shiwei, FU Daiquan, LI Yanxiang. Department of Intervention, Gongli Hospital of Pudong New Area, Shanghai 200135, China

Corresponding author: CHEN Shiwei, E-mail: csw00117@glhospital.com (J Intervent Radiol, 2021, 30: 319-320)

【Key words】 lung cancer; intestinal metastasis; small bowel obstruction; catheter decompression; palliative operation

## 临床资料

患者,男,56岁。因“腹胀、肛门无解便排气1周”于2018年5月2日入院。专科检查:腹隆,可见肠型蠕动波,腹软,无压痛、反跳痛,叩诊鼓音,肠鸣音活跃,移动性浊音。9个月前行肺癌根治术,左肺全切术(左肺上叶鳞癌, pT4N0M0, IIIA期),术后 TP 方案化疗(紫杉醇 135 mg/m<sup>2</sup>d1+顺铂 60 mg/m<sup>2</sup>d1)。吸烟史。辅助检查指标:Hb80 g/L, CRP 65 mg/L, CEA 6.31 ng/mL, 鳞状上皮细胞癌抗原(SCC)9.8 ng/mL, 神经烯醇化酶(NSE)35.96 ng/mL, CYFRA21-19.57 ng/mL。外院腹部 X 线平片示小肠扩张,有气液平,考虑小肠梗阻。诊断:小肠梗阻,肺癌术后。

入院后予以禁食、营养支持、抗感染,行经鼻肠梗阻导管减压后腹胀缓解,仍无排气排便。经肠梗阻导管造影示导管

头端处肠腔狭窄,管壁僵硬,导管头端不能通过狭窄段(图 1①~③)。完善腹部 CT 平扫:小肠局部肠壁不规则增厚,肝Ⅷ段小结节灶(图 2①、②)。与外科医师协商后,完善术前准备,行剖腹探查,术中小肠距屈氏韧带 60 cm 处一 5 cm×5 cm 肿块,肠腔梗阻,近端小肠扩张,对应段小肠系膜一 4 cm×4 cm 结节,包绕血管,腹腔内小肠未见粘连,升结肠、横结肠、降结肠、乙状结肠均未探及肿块。行小肠肿瘤切除术+小肠吻合术。术后病理:小肠及肠系膜内见鳞状细胞癌,高分化,脉管内见癌栓,未见神经侵犯,两端切缘及系膜切缘阴性,肠系膜淋巴结 0/2 未见癌转移,免疫组化:CK5/6(+),P40(+),TTF-1(-),CK7(-),CDX-2(-),Villin(-),CK20(-),Ki-67(70%+)(图 3)。结合病史,符合肺癌转移。术后患者恢复可。患者未行全身系统治疗。2018 年 10 月 31 日因肿瘤多发转移,循环呼吸衰竭死亡。



①经鼻肠梗阻导管减压后腹部未见液气平;②小肠造影示前端肠腔狭窄(箭头所示);③远端肠腔未见扩张,肠壁蠕动可

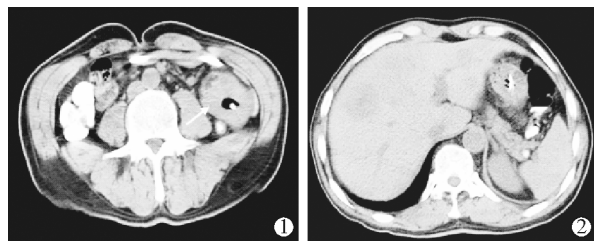
图 1 肠梗阻导管减压及小肠造影

DOI: 10.3969/j.issn.1008-794X.2021.03.024

基金项目:上海市浦东新区卫生计生委青年科技项目(PW2017B-14)、上海市浦东新区公利医院青年人才培养计划项目(GLRq2017-04)

作者单位: 200135 上海市浦东新区公利医院介入科

通信作者: 陈石伟 E-mail: csw00117@glhospital.com



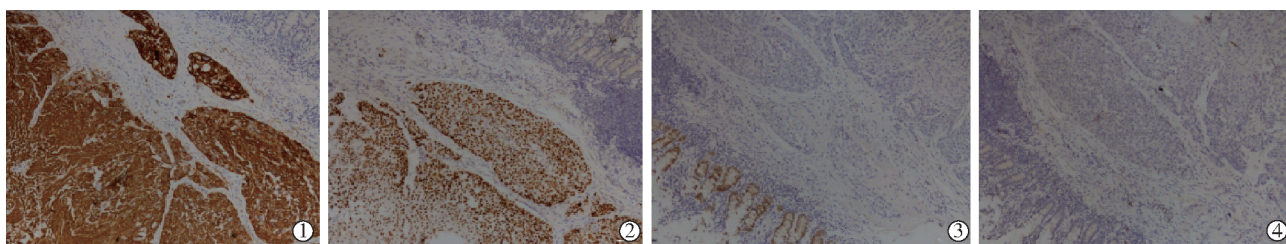
①左下腹部分小肠肠壁不规则增厚,管腔狭窄(箭头所示);②肝右叶可见小结节灶。

图2 腹部CT平扫图像

## 讨论

肺癌最常见的转移部位为骨(34%)、脑(28%)、肾上腺

(17%)、肝脏(13%)等组织,发生消化道转移的病例临床罕见,文献报道其发生率为0.2%~1.7%,而尸检报告达4.7%~14%<sup>[1]</sup>。这说明肺癌发生消化道转移的过程隐匿,缺乏特异的临床症状,多数为无症状的消化道转移。肺癌消化道转移最常见的部位是小肠,病灶多位于回肠、空肠,十二指肠次之<sup>[2]</sup>。有症状的消化道转移多有急性肠梗阻、肠穿孔,甚至有肠出血、腹膜炎等急腹症<sup>[24]</sup>。常规的内镜检查无法探及病变部位,而腹部CT有助于病灶的鉴别。为此,对于肺癌患者,出现小肠梗阻应高度警惕胃肠道转移灶,尽可能完善腹部CT评估病情。腹部CT表现有局域肠壁增厚、肠道息肉肿块,伴有周围淋巴结病变的应考虑消化道转移。文献报道,经鼻肠梗阻导管不仅有效进行肠管减压,结合导管小肠造影还可



①组织免疫化学CK 5/6染色阳性;②组织免疫化学P40染色阳性;③组织免疫化学染色CDX-2阴性;④组织免疫化学染色TTF-1染色阴性

图3 原发性肺鳞癌患者小肠转移组织免疫组织结果(HE 10×10倍)

以对梗阻进行定性及定位<sup>[5]</sup>。该患者以急性小肠梗阻起病,经肠梗阻导管有效减压后,利用导管小肠造影及腹部CT明确病变位点及性质。

肺癌发生小肠转移,多以急性肠梗阻起病,为急腹症,既往多需要急诊手术解除梗阻。由于恶性肠梗阻为肿瘤终末期,可预期生存仅为数周至数月不等,姑息性手术的临床价值缺乏高质量的临床证据。有系统综述报道,姑息手术组梗阻症状的缓解率为32%~100%,实施姑息手术后患者中位生存时间可达154 d,显著高于非手术治疗组的33 d<sup>[6]</sup>。本例患者入院后先行经鼻肠梗阻导管有效减压,并行导管小肠造影明确病变位置,起到定位作用,利于术者精准找到病灶,减少术中的组织损伤。姑息手术并非最佳措施,应严格把控指征;良好的体能状态,孤立的转移灶,不合并网膜转移的患者,实施控制损伤的姑息手术具有一定生存优势。

该患者术后病理提示鳞状细胞癌。研究报道,肺鳞癌、大细胞癌、多型细胞癌易发生消化道转移;也有部分研究及尸检数据显示肺腺癌更易出现消化道转移灶<sup>[7]</sup>。肺癌病理组织学分型与消化道转移易感性的关系目前不明。免疫组织化学TTF-1、CDX-2、CK7、CK20有助于鉴别癌细胞组织来源<sup>[3,8]</sup>。原发性肺鳞癌P40、CK5/6阳性,而CK20、CDX-2阴性,原发性肠癌CK20、CDX-2阳性,而CK7、TTF-1阴性。结合患者鳞癌病史,考虑为原发性肺鳞癌肠转移。不足的是患者后续并未进行全身系统治疗,最终因肿瘤多发转移,循环呼吸衰竭死亡。

本病例为肺鳞癌出现少见部位转移,因急腹症发现小肠转移,治疗效果差,预后差,采用经鼻肠梗阻导管减压,小肠造影明确定位,有助于减少术中损伤。姑息手术后存

活172 d。如果术后联合全身系统治疗,有望提高疗效,延长生存期,改善生活质量。

## 参考文献

- [1] Parker NA, McBride C, Forge J, et al. Bowel obstruction caused by colonic metastasis of lung adenocarcinoma: a case report and literature review[J]. World J Surg Oncol, 2019, 17: 63.
- [2] Janez J. Acute intestinal obstruction due to metastatic lung cancer-case report[J]. J Surg Case Rep, 2017, 2: 1-3.
- [3] Li X, Li S, Ma Z, et al. Multiple gastrointestinal metastases of squamous-cell lung cancer: a case report[J]. Medicine(Baltimore), 2018, 97: e11027.
- [4] 曹世长,程建平,于久飞. 肺腺癌结肠转移1例并文献复习[J]. 肿瘤防治研究, 2018, 45:609-611.
- [5] 李二生,穆吉兴,孟庆聚,等. 改良肠梗阻导管技术在难治性粘连性肠梗阻的临床应用[J]. 介入放射学杂志, 2018, 27:645-650.
- [6] Paul Olson TJ, Pinkerton C, Brasel KJ, et al. Palliative surgery for malignant bowel obstruction from carcinomatosis: a systematic review[J]. JAMA Surg, 2014, 149: 383-392.
- [7] Hu Y, Feit N, Huang Y, et al. Gastrointestinal metastasis of primary lung cancer: an analysis of 366 cases[J]. Oncol Lett, 2018, 15: 9766-9776.
- [8] Taira N, Kawabata T, Gabe A, et al. Analysis of gastrointestinal metastasis of primary lung cancer: clinical characteristics and prognosis[J]. Oncol Lett, 2017, 14: 2399-2404.

(收稿日期:2019-12-17)

(本文编辑:俞端纲)