

# 消化道多原发癌的X线病理诊断(附11例报告)

周庆为 高丽

【摘要】 目的:探讨消化道多原发癌的X线病理诊断,提高诊断能力。方法:11例有消化道症状的患者均经X线钡剂造影检查,其中8例内镜检查活检,4例手术,最终均经病理确诊为多原发癌。结果:同时多原发癌10例,其中1例食管二处癌肿,贲门一处癌肿;6例食管、胃各一处癌肿;1例胃内二处癌肿;2例结肠2~3处癌肿。异时多原发癌1例,先为胃窦癌,术后一年又患贲门癌。结论:诊断消化道多原发癌,病理组织学检查是根据,X线检查为首选的重要方法,内镜活检是必要的手段,两者联合应用检出率和诊断正确率最高。

【关键词】 消化系统 多原发癌 X线 病理学 诊断

【中图分类号】 R730.44, R816.5 【文献标识码】 A 【文章编号】 1000-0313(2002)06-0484-03

The X-ray and pathologic diagnosis of digestive tract polynetic primary carcinoma ZHOU Qingwei, GAO Li. The First People Hospital of Tai'an, Shandong 271000

【Abstract】 Objective: To explore the X-ray findings of digestive tract polynetic primary carcinoma in correlation with pathology, and improve its diagnostic accuracy. Methods: 11 cases with symptoms of digestive tract had taken X-ray barium examination. Of them, 8 cases had additional endoscopic biopsy and 4 had operation. All were diagnosed as polynetic primary carcinoma by pathologic findings. Results: There were 10 homochronous polynetic primary carcinoma, which included 2 tumors in oesophagus and one tumor in cardiac orifice ( $n=1$ ), one tumor in oesophagus and stomach respectively ( $n=6$ ), 2 tumors in stomach ( $n=1$ ), 2 to 3 tumors in colon ( $n=2$ ). 1 case was heterochronous polynetic primary carcinoma, where cardiac carcinoma occurred 1 year later after gastric antrum carcinoma was resected. Conclusion: The diagnosis of digestive tract polynetic primary carcinoma ought to be based on pathologic examination. X-ray is important but endoscopy is essential. The combined use of them can improve the diagnostic accuracy.

【Key words】 Digestive system Polynetic primary carcinoma X-ray Pathology Diagnosis

消化道多原发癌国内报道较少<sup>[1-4]</sup>。笔者30年间遇到11例,现予以总结报道,着重探讨其X线病理诊断,旨在提高诊断能力。

## 材料与方法

11例中男8例,女3例,年龄在47~83岁间,平均69.5岁,均因有消化道症状如吞咽困难、进食后呕吐、腹痛或腹部包块而就诊。11例均先经X线钡剂造影检查发现消化道内两个不同部位见两个以上互不联系的肿瘤样病变,其中8例经内镜检查活检,有4例手术治疗,最后病理均确诊为多原发癌。

## 结果

本组11例中有10例为同时多原发癌,其中1例为食管二处癌肿,贲门一处癌肿;1例胃内二处癌肿;6例食管、胃各一处癌肿;2例结肠2~3处癌肿。异时多原发癌1例,为先发现胃窦癌,术后1年又发现胃贲门癌。病例报告如下。

病例1,男,59岁,钡透见食管上段5cm长充盈缺损、粘膜破坏、条状龛影。胃窦部充盈缺损、粘膜破坏、斑片状龛影、幽门梗阻(图1)。食管镜检,见粘膜隆起糜烂,取活检。为解除胃窦幽门梗阻,做胃空肠吻合术。病理诊断:食管鳞癌、胃窦部腺癌。

病例2,女,47岁,钡灌肠检查见降结肠中段15cm长对称狭窄、僵硬;横结肠脾曲及结肠肝曲各一约6cm充盈缺损性狭窄,粘膜不整。手术病理检查:结肠多发腺癌( $T_3N_3M_1$ )。

病例3,男,65岁,钡透见胃窦部充盈缺损性狭窄、粘膜破坏。行胃大部切除术一年,又经钡透胃贲门侧肿块、粘膜破坏、中断并有条状龛影(图2),故又行手术治疗。病理诊断:胃窦部腺癌、贲门癌( $T_3N_0M_0$ )。

病例4,男,73岁,钡透见食管下端贲门管狭窄,粘膜破坏、中断。胃窦部充盈缺损狭窄,小弯侧见斑片状龛影,粘膜破坏、结节状压迹。内镜见食管下端粘膜隆起破坏;胃窦部粘膜隆起、坏死溃疡,各取活检(图3)。病理诊断:食管鳞癌、胃窦部腺癌。

病例5,男,64岁,钡透见食管下段5cm长充盈缺损性狭窄、粘膜破坏、条状龛影。于胃贲门处见结节状块影,粘膜破坏、中断(图4)。内镜见食管下段粘膜隆起糜烂;胃贲门后壁粘膜隆起,各取活检。病理诊断:食管鳞癌、胃贲门腺癌。

病例6,男,83岁,钡透见食管下段约1cm局限狭窄,粘膜破坏、中断,胃小弯角处局限性充盈缺损性狭窄、粘膜破坏、僵硬。内镜见食管下段粘膜隆起,胃小弯粘膜糜烂,各取活检。病理诊断:食管鳞癌、胃腺癌。

病例7,女,58岁,钡透见胃窦部局限性充盈缺损,粘膜破坏;胃体大弯局限性充盈缺损,粘膜破坏。内镜见胃窦部粘膜隆起、表面糜烂;胃体大弯粘膜隆起坏死、出血。病理诊断:二处均为低分化腺癌。

作者单位:271000 山东,泰安市第一人民医院放射科  
作者简介:周庆为(1943~),男,山东泰安人,副主任医师,主要从事医学影像诊断工作。

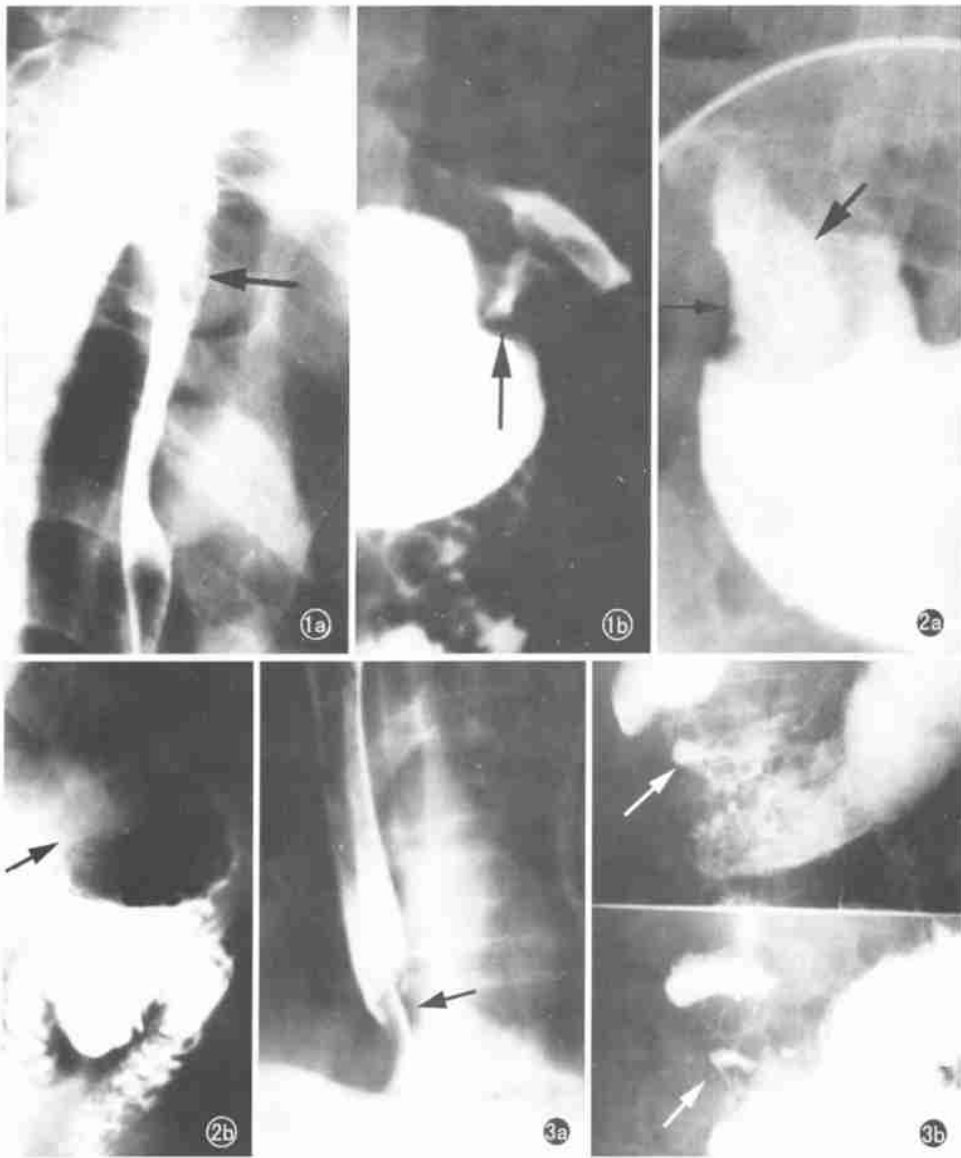


图 1 a) 食管上段 5cm 长充盈缺损, 粘膜破坏、中断, 可见条状龛影(箭); b) 胃窦部充盈缺损, 斑片状龛影(箭)。 图 2 a) 胃窦部充盈缺损性狭窄, 粘膜破坏、斑片状龛影(箭); b) 胃大部切除术后一年, 钡透见贲门肿块, 粘膜破坏(箭)。 图 3 a) 食管下段贲门管狭窄, 粘膜破坏、中断(箭); b) 胃窦部充盈缺损性狭窄, 小弯侧斑片状龛影, 粘膜破坏, 结节状压迹(箭)。

病例 8, 女, 73 岁, 钡透见食管中段充盈缺损性狭窄、粘膜破坏、条状龛影。胃底贲门肿块影, 粘膜破坏, 见斑片状龛影。内镜见食管中段粘膜隆起、溃疡; 贲门粘膜隆起, 表面溃疡, 中度狭窄, 各取活检。病理诊断: 食管、胃贲门二处均为腺癌。

病例 9, 男, 78 岁, 钡透见食管中段约 4cm 长充盈缺损性狭窄, 粘膜破坏; 食管下段局限性结节状缺损, 粘膜破坏中断, 胃贲门后壁亦见局限性充盈缺损, 粘膜破坏。内镜见食管 30~33cm 处粘膜隆起, 中度狭窄; 食管 36~39cm 处粘膜隆起。胃贲门后壁粘膜隆起, 表面坏死。各取活检 2 枚。病理诊断: 食管中、下段二处均为鳞癌、胃贲门为腺癌。

病例 10, 男, 63 岁, 钡透见食管下段 4cm 充盈缺损性狭窄、

粘膜破坏; 胃窦部充盈缺损、粘膜破坏。内镜见食管下段粘膜隆起; 胃窦部粘膜隆起、表面糜烂, 各取活检。病理诊断: 食管鳞癌、胃窦腺癌。

病例 11, 男, 72 岁, 钡灌肠见直肠、乙状结肠交界处狭窄、僵硬。乙状结肠中段狭窄、僵硬, 于乙状结肠近端见“钳口征”呈螺旋状粘膜, 并见膀胱充盈(图 5)。X 线诊断为多发性乙状结肠癌并肠套叠、膀胱癌。手术见乙状结肠多发癌肿侵及膀胱, 病理诊断为腺癌。

讨 论

1. 消化道多原发癌的定义

消化道多原发癌是指发生在食管、胃肠道内 2 个不同部位、二者互不联系、非它处转移的癌瘤。分为同时多发和异时多发两种。同时多发癌即于发病后在不同部位同时发现 2 个以上癌瘤。异时多发癌为先后不同时间在不同部位发现 2 个以上的癌瘤。本文例 3 为异时多发癌, 其余 10 例均为同时多发癌。

2. 诊断标准与鉴别诊断

1932 年 Warren 和 Gafes 提出多原发癌的分类标准, 即各肿瘤必须具有明确无误的恶性疾病的不同特征, 且需排除它是另一癌转移而来的可能性<sup>[5]</sup>。据此, 笔者认为, 在诊断多原发癌时, 首先必须与单发性癌肿的局部蔓延或转移相鉴别。诊断标准是: ①每个癌瘤要经病理切片检查明确组织学类型; ②2 个以上癌瘤发生在不同器官和部位, 组织学不同; ③2 个以上癌瘤发生在同一器官, 组织学相同, 但两者界限分明, 有正常组织隔开; ④根据组织学形态特点和发病时间间隔, 无邻近淋巴管转移和远处转移, 可以排除一个肿瘤为另一肿瘤的蔓延或转移, 以及后发癌瘤为先发癌瘤的复发或转移。本文 11 例均按上述标准确立诊断。

在消化道钡餐造影检查中, 常遇到一器官有癌而邻近器官或组织同时也有破坏, 这不可贸然地视为多原发癌。例如常见的胃贲门癌, 同时食管下端有癌侵犯征象; 食管下段癌肿同时贲门处亦有癌侵犯征象。前者应视为原发贲门癌侵及食管下

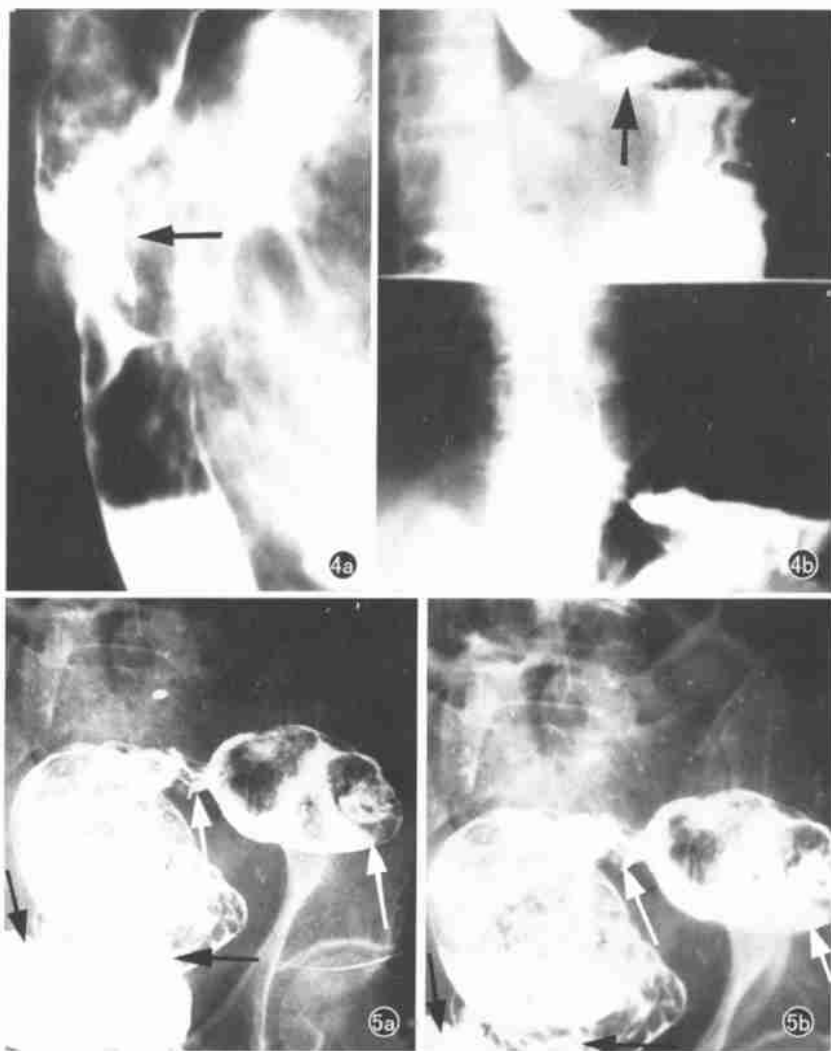


图4 a)食管下段5cm长充盈缺损性狭窄,粘膜破坏,条状充盈(箭);b)胃贲门处见结节状肿块,粘膜破坏、中断(箭)。

图5 直肠、乙状结肠交界处狭窄、僵硬,

乙状结肠中段狭窄、僵硬,于乙状结肠近端钳口征(白箭),并见膀胱充盈(黑箭)。

端;后者应视为食管下段癌侵犯贲门。当然,如经病理组织学检查,认定食管下端系鳞癌,胃贲门为腺癌,这理应视为多原发癌。有人称它为贲门部碰撞癌。所谓碰撞癌是指2个不同组织学的癌肿同时累及一个器官,二者碰撞时没有逐渐转变区。这种碰撞癌十分少见,最后需依赖病理组织学来认定。异时多原发癌的诊断,特别是第二个原发癌的认定,需与第一个癌肿的转移或手术后复发相鉴别。如本文病例3,第一个癌肿发生在胃窦部,胃大部切除术后一年,经钡透又于胃贲门部发现癌

肿,但病变距吻合口约3cm,吻合口部位无异常。经手术病理认定贲门癌肿亦为原发。这说明,X线检查是发现多原发癌的重要方法,而病理组织学检查则是认定多原发癌的根据。

### 3. 检查方法的选择应用

消化道多原发癌极易漏诊,由于检查中往往满足于已经发现的病变而忽略系统、全面彻底检查,这是造成第二个原发癌漏诊的主要原因。如X线发现了食管癌而忽略了再行胃肠道检查;或满足于乙状结肠镜查出的乙状结肠癌而不做钡灌肠检查等,都可能漏掉同时存在的另一个原发癌。这是本病检出率低的原因所在。应强调对可疑患者进行消化道的全程细致检查,特别是双重对比造影检查是必要的。当经X线检查,发现消化道不同部位2个以上癌瘤时,应想到多原发癌,适时选择内镜检查是非常必要的手段。它可进一步认定癌肿的形态、部位、范围,并可获活检病理证实。对手术后的癌肿病人应定期随访复查,注意警惕发生新的癌瘤。只要我们对有临床症状可疑患者进行系统全面的消化道检查,特别是X线检查与内镜检查联合应用,相信多原发癌的检出率和诊断正确率定会提高,同时对病人选择手术切除有重要意义。

### 参考文献

- 1 黄卓英,徐家兴.食管多发癌的X线诊断(附4例报告)[J].中华放射学杂志,1984,18(3):182-183.
- 2 周楚材.食管多发癌一例[J].中华医学杂志,1965,51(8):670.
- 3 郑国梁.食管多发癌及上消化道重复癌(附21例分析)[J].中华肿瘤杂志,1980,24(2):112-113.
- 4 寇仁业,孙桂武,李晓华,等.食管和食管贲门双原发癌的诊断和外科治疗[J].中国癌症杂志,1999,9(2):90-91.
- 5 上海杨浦区肿瘤防治院翻译组.癌的流行病学和预防丛书(第18分册):儿童癌和多原发癌[M].上海:上海翻译出版公司,1986.30.

(2001-11-26 收稿 2002-02-20 修回)