

阑尾类癌一例

许孟君, 黄艳丽, 华利洪, 江曦, 钟华成

【中图分类号】R735.36; R814.4; R445.2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2004)07-0540-01

病例资料 患者,男,68岁。10余年前发现右下腹无痛性包块,蚕豆大小,活动度好,表面皮肤无红肿,未予处理。8个月前肿块呈进行性增大,近2个月肿块明显增大且伴腹胀,排尿次数增多,自行口服中草药无效。无腹痛、腹泻、尿急、尿痛,大便无异常,因腹胀进食减少,体重减轻约10斤。查体:右下腹有一圆形包块隆起,直径约10cm,边界清,质中,尚可推动,轻压痛,无反跳痛,表面皮肤无红肿。

钡剂灌肠检查:盲肠与回盲部可见不规则偏心性破坏、变形及弧形压迹影,肠腔狭窄,粘膜破坏,阑尾未显示,钡剂可经回盲部逆流流入回肠内(图1)。X线诊断:盲肠与回盲部占位性病变,考虑肠癌。MR检查:右中下腹部可见一巨大肿块,包膜欠完整,大小约14cm×13cm,呈长T₁、长T₂信号,其内似有分隔,信号不均,并有一片状无信号气体影(图2)。注射Gd-DTPA扫描,肿块明显增强,其内有斑片状无强化区;边缘尚清楚,小肠受压左移,肠腔无扩张,肠系膜呈不规则小片状稍增强,无明显腹水征(图3)。MR诊断:右中下腹部巨大占位性病变,恶性肿瘤,肠源性可能性大。

术中所见:右下腹腔内一巨大椭圆形肿物,大小约17cm×16cm×16cm,质地硬,表面与薄面大网膜粘连,并在粘连的大网膜上形成一约5.0cm×1.5cm×1.0cm结节。肿物外下侧浸润髂窝腹壁及盲肠,内侧浸润升结肠末端系膜及回结肠系膜;约有10cm的末段回肠粘连于肿物表面,回盲部未见阑尾。升结肠系膜、回结肠系膜处分别见多枚肿大淋巴结,最大约1.0cm×1.5cm,腹腔内少量淡黄色渗液。

病理所见:阑尾腔内、肿块中癌细胞组织形态类似,部分癌细胞散在分布,胞浆充满粘液,核偏位,部分癌细胞片状腺样分布,胞浆嗜酸,核类圆形,间质中可见粘液湖形成。肠粘膜上皮分化好,未见癌细胞浸润。肿块旁淋巴结(0/2)未见癌细胞转移,切缘及切圈均未见癌累及。免疫组化:癌细胞部分CK(+),NSE(+),Syn(±),Pgp高表达,GST-π低表达,TOPO II高表达,Ki-67为7%阳性表达(图4)。病理诊断:(阑尾)粘液性类癌。

讨论 阑尾原发癌少见,在手术切除的阑尾标本中约占0.3%^[1]。类癌是一种特殊的恶性肿瘤,类癌细胞与一般细胞不同的特点是,恶性程度较低一些,局限性生长而较少转移,主要发生于消化道如直肠、阑尾、结肠、小肠等处。阑尾类癌是起源于阑尾粘膜上皮嗜银细胞的一种肿瘤,又称为“嗜银细胞瘤”,是阑尾肿瘤最常见的一种,也是消化道类癌最好发的部位^[2]。阑尾类癌在临床上较少见,但在消化道类癌中约占半

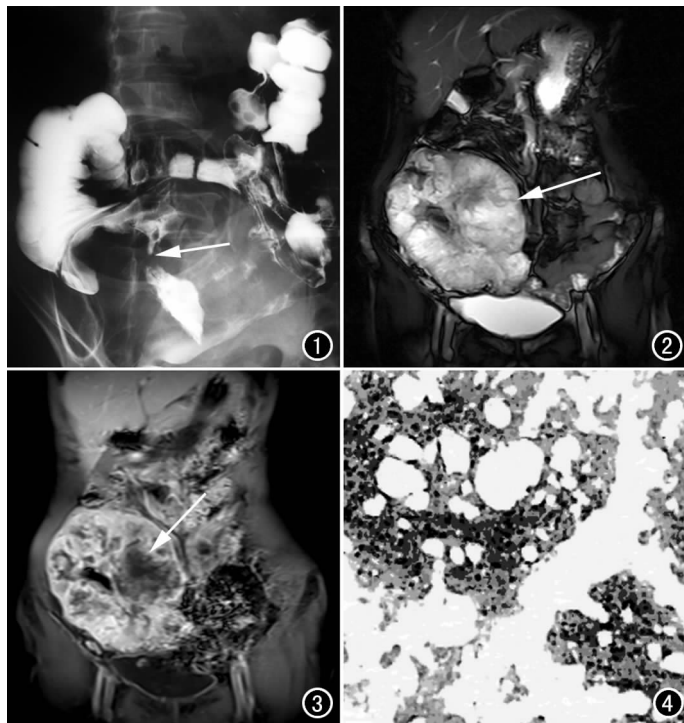


图1 钡剂灌肠检查,盲肠偏心性破坏、狭窄及弧形挤压(箭)。

图2 T₂WI肿瘤呈高信号(箭),内部信号不均,可见片状无信号区(空洞)。图3 注射Gd-DTPA扫描,肿瘤显著增强,内有斑片状无强化区(箭)。图4 肿瘤免疫组化,NSE×100肿瘤细胞表达阳性。

数,常缺乏特异性症状和体征,大部分被误诊为阑尾炎而收治入院。瘤体直径<1cm者约占70%~90%,直径1~2cm约占4%~25%,直径>2cm极少数^[3]。

阑尾类癌临床报道较多,有关阑尾类癌影像学报道极少,本例类癌之大实属罕见,术后标本显示内有直径约3~4cm大小不规则空洞影,为肿瘤液化坏死后吸收形成。MRI T₂WI与增强扫描,肿瘤内信号很不均匀;钡剂灌肠检查可明确肿瘤与肠道关系,优于MRI;但MRI显示肿瘤形态、大小、结构及与周围组织关系具有明显的优越性。

参考文献:

- [1] 许孟君. 阑尾腺癌1例报告[J]. 中国罕见疾病杂志, 1997, 4(3): 61-62.
- [2] 莫军. 阑尾类癌5例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(7): 546.
- [3] 李保东. 阑尾类癌32例临床分析[J]. 中国现代医学杂志, 2000, 10(7): 79.

(收稿日期:2004-03-31)

作者单位:363000 福建,解放军第175医院放射科

作者简介:许孟君(1956-),男,山东人,副主任医师,主要从事影像诊断及介入治疗工作。