116 例原发性小肠肿瘤临床分析

王毓彬, 齐东东, 黎 军 (开县人民医院普通外科, 重庆 开县 405400)

[摘 要] **目的** 分析原发性小肠肿瘤的临床病理类型及诊断手段。**方法** 回顾性分析经病理证实的 116 例原发性小肠肿瘤的临床病理资料。**结果** 术前明确诊断率 20.68%(24/116),病理类型恶性占 76.72%(89/116),以腺癌、平滑肌肉瘤,恶性淋巴瘤为主;良性以腺瘤、平滑肌瘤为主。主要临床表现为腹痛、腹块、贫血、出血等。**结论** 原发性小肠肿瘤病理类型呈多样性,恶性肿瘤多见。临床表现缺乏特异性,检查手段相对不足,易导致延误诊断。

[关键词] 小肠肿瘤;诊断方法;病理类型;临床表现
[中图分类号] R735.32 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2013)04-0429-02

Clinical Analysis of primary small bowel tumor in 116 cases

WANG Yu-bin, QI Dong-dong, LI Jun (Department of General Surgery, People's Hospital of Kaixian, Chongqing 405400, China)

Abstract: **Objective** To investigate the clinical manifestations, pathological pattern and the diagnosis method of primary tumor in small intestine (PTSI). **Methods** The clinical data of 116 cases with PTSI confirmed by pathology were retrospectively analyzed. **Results** The preoperative definite diagnosis rate was 20.68% (24/116). Malignant PTSI was 76.72% (89/116), which mainly included adenocarcinoma, leiomyosarcoma and lymphoma. Benign PTSI mainly included adenoma and leiomyoma. The common clinical manifestations were abdominal pain, abdominal mass, anemia and hemorrhage. **Conclusion** The pathology of PTSI shows diversity. Clinical manifestations are lack of specificity, which usually leads to misdiagnosis.

Keywords: primary small bowel tumor; diagnostic method; pathological pattern; clinical manifestation

原发性小肠肿瘤发病率较低,临床表现缺乏特异性,同时由于目前对小肠病变的检查有一定的局限性,临床上容易误诊和漏诊。有文献报道其误诊漏诊率高达 70% ~90%[1-2]。现收集我院 1990 年 1 月至 2012 年 5 月诊断为原发性小肠肿瘤的患者病理资料 116 例,现分析报告如下。

1 临床资料

本组患者 116 例,除 1 例因回肠血管瘤出血行经数字减影血管造影(digital subtraction angiography, DSA)诊治外,其余均经手术及病理检查诊断。男 68 例,女 48 例,男女比例为 1.42∶1。年龄 16 ~87 岁,平均 54.21 岁。收集并统计分析患者小肠肿瘤的临床表现、病理类型、病变部位、术前诊断情况、辅助检查阳性率等资料。

2 结果

2.1 术前诊断情况

入院时诊断小肠肿瘤 12 例,诊断符合率10.34%。其余 104 例诊断不明或误诊,误诊为消化性溃疡 18 例、肠结核 6 例、卵巢囊肿 3 例、胃炎及急性胃黏膜病变 5 例、钩虫病 4 例、消化道溃疡穿孔 4 例、Meckle 憩室炎 2 例、子宫内膜异位 1 例、子宫肌瘤破裂 1 例、盆腔脓肿 1 例。术前经进一步检查确诊为十二指肠肿瘤 6 例,空、回肠肿瘤 6 例,术前明确诊断的患者占 20.68%(24/116)。

2.2 病理类型及临床表现

本组患者小肠肿瘤从出现症状到就诊时间 4 h 至 8 年,平均 137.64 d,其中十二指肠肿瘤 4 h 至 13 个月,平均(76.32 ± 87.67)d,空、回肠肿瘤 38 h 至 11 年,平均(169.21 ±247.52)d,明显长于前者($P<0.05$)。各病理类型小肠肿瘤的临床表现特点见表 1。

2.2 辅助检查

胃镜及十二指肠镜检查 49 例,22 例(44.90%)确诊十二指肠肿瘤;B 超检查 83 例,其中 45 例(54.21%)提示腹部肿块;CT、PET-CT 或 MRI 检查 53 例,其中 28 例(52.83%)提示腹腔内肿块;上消化道钡餐 27 例,其中 11 例(40.74%)提示肿瘤可能;17 例行纤维结肠镜检查,其中 5 例(29.41%)发现回盲部肠套叠,6 例(35.29%)末端回肠新生物活检为小肠肿瘤,其中 5 例恶性肿瘤,1 例良性肿瘤;钡灌肠 13 例,其中 3 例(23.08%)提示肠套叠,1 例(7.69%)提示回盲部肿块;选择性腹腔动脉造影 9 例,其中诊断肿瘤性血管 6 例,阳性率(66.67%);胶囊内镜 7 例,其中 5 例提示有肿瘤性病变(71.43%)。

2.3 小肠肿瘤的分布特点

本组 116 例中小肠恶性肿瘤 89 例(76.72%),小肠良性肿瘤 27 例(23.28%),病变部位总体以十二指肠最多,恶性肿瘤病变部位同样以十二指肠最多,良性则以空肠最多。见表2。

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201304034
[收稿日期] 2013-02-05 [修回日期] 2013-02-28

表1 原发性小肠肿瘤的临床表现特点

病理类型	n	临床表现[例(%)]										
		腹痛	贫血	黄疸	出血	呕吐	消瘦	腹块	腹泻	肠梗阻	肠套叠	腹膜炎
恶性肿瘤	89	54(60.67)	36(40.45)	18(20.22)	30(33.71)	14(15.73)	12(13.48)	24(26.97)	5(5.62)	12(13.48)	4(4.49)	4(4.49)
良性肿瘤	27	12(44.44)	14(51.85)	2(7.41)	13(4.81)	2(7.41)	11(40.74)	7(25.93)	1(3.70)	6(22.22)	2(7.41)	0(0)

恶性肿瘤中腺癌52例,占恶性肿瘤的58.43%;平滑肌肉瘤15例,占16.85%;恶性淋巴瘤9例,占10.11%,类癌最少,只有2例。小肠良性肿瘤最多的是腺瘤和平滑肌瘤,分别为10例和7例,各占良性肿瘤的37.04%和25.93%,最少的是血管瘤和纤维瘤,都只有2例。

表2 116例原发性小肠肿瘤病理类型及分布特点

病理类型	n	分布[例(%)]		
		十二指肠	十二指肠	十二指肠
恶性肿瘤	89	42(47.20)	29(32.58)	18(20.21)
良性肿瘤	27	9(33.33)	12(44.44)	6(22.22)

3 讨论

原发性小肠肿瘤发病率较低,占整个消化道肿瘤的1% ~3.6%[3]。本组病例占同期消化道肿瘤的1.56%。国内报道恶性肿瘤以腺癌,恶性淋巴瘤,平滑肌肉瘤多见,类癌较少,国外报道以腺癌、类癌、平滑肌肉瘤、恶性淋巴瘤多见[4]。本组小肠恶性肿瘤病理分类特点与国内文献基本一致。原发性小肠肿瘤由于缺乏特异性症状体征,术前明确诊断的比例不高,大多在10% ~30%[2]。腹痛、消化道出血、贫血为最常见表现。本组病例中有56.90%(66/116)出现腹痛,接近所有病例的一半。因小肠肿瘤发病率低,易被忽视,当出现上述症状时多误诊为消化性溃疡、美克耳憩室炎、寄生虫病、粘连性肠梗阻等疾病。文献报道[2]1例原因不明的贫血患者,检查发现子宫肌瘤行子宫切除后仍贫血,再进一步检查发现胃溃疡行胃大部切除病理结果却为胃炎,且贫血未改善,第3次探查才发现空肠平滑肌肉瘤,切除后贫血痊愈。

最近韩国多中心的研究报道,约90%的小肠腺癌手术时已属晚期[5]。原发性小肠恶性肿瘤的预后与诊断时间直接相关[6],应重视探索此类疾病早期诊断方法。对于常规胃镜、结肠镜、钡灌肠等检查结果阴性的不明原因的消化道出血、腹痛、腹胀等病例,应警惕小肠肿瘤的可能。选择性腹腔动脉造影,有助于小肠肿瘤诊断,尤其是出血时确诊率更高,且能明确病变部位、范围和大小,本资料诊断符合率为66.67%。近年来胶囊内镜的开展提高了小肠肿瘤的检出率,可以很直观地发现小肠病变的部位,但不能进行活检,检查过程不可控制,并有一定盲区,可致误诊。推进式双气囊小肠镜可以弥补胶囊内镜的缺点[7]。有研究发现,胶囊内镜和推进式双气囊小肠镜联合应用可以明显提高小肠病变的检出率[8]。全消化道钡餐造影可以初步判断病变的位置,甚至病变的性质。如表现为肠腔内椭圆形充盈缺损,但黏膜光滑,常怀疑为平滑肌瘤,而肠腔内充盈缺损并伴有不规则龛影、黏膜破坏,常怀疑为平滑肌肉瘤。B超为腹部病变最常用筛查方法。CT、MRI超有助于发现腹腔肿块,能显示肠壁增厚、壁外压迫等征象,平扫加增强是对怀疑有腹部肿块,特别是小肠部位肿瘤患者的一项很重要的检查,不仅可以进一步确定病变部位,还可以了解病变与周围组织器官的关系,为手术指征的评估及手术方式的选择提供依据[9]。小肠肿瘤的最终确诊,仍需依靠病理诊断。

总之,小肠肿瘤是一种少见病,临床表现无显著特异性,早期诊断困难,大多数由手术确诊,临床医生应对其有足够的认识和警惕,一旦临床高度怀疑小肠恶性肿瘤,最可靠的处理方法是及时手术。

[参考文献]

[1] Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2008[J]. CA Cancer J Clin, 2008, 58(2): 71 - 96.

[2] 陈易人,汪 良. 国内小肠肿瘤近况[J]. 实用外科杂志, 1991, 11(8 -9): 437 - 439.

[3] 周志伟,万德森,石 明,等. 原发性小肠恶性肿瘤的诊治[J]. 中华肿瘤杂志, 1997, 19(4): 297 - 299.

[4] Chow JS, Chen CC, Ahsan H, et al. A population based study of the incidence of malignant small bowel tumours: SEER, 1973 - 1990[J]. Int J Epidemiol, 1996, 25(4): 722 - 728.

[5] Chang HK, Yu E, Kim J, et al. Adenocarcinoma of the small intestine: a multi-institutional study of 197 surgically resected cases[J]. H um Pathol, 2010, 41(8): 1087 - 1096.

[6] Paul L, Antia M, William P, et al. Treatment and prognosis of primary malignant small bowel tumor[J]. Am Surg, 1996, 62(9): 709 - 715.

[7] 徐 佶,李金明,来代莉,等. 原发性小肠肿瘤51例临床分析[J]. 复旦学报(医学版), 2011, 38(1): 51 - 53.

[8] 屈重行,赵 晔,李建生. 原发性小肠肿瘤121例临床分析[J]. 肿瘤基础与临床, 2012, 25(2): 147 - 149.

[9] 张 方,黄 勇,李文武,等. 胃肠道间质瘤的CT表现[J]. 肿瘤基础与临床, 2010, 23(3): 246 - 247.

(编辑:周小林)