DOI:10.16016/j.1000-5404.1981.03.019

肠道多发性原发性恶性肿瘤4例报告

第一附属医院普外科　姜　军　王代科

多发性原发性恶性肿瘤（以下简称多原癌）国外有较多报告[1,2]，国内亦有200余例报告[3]。但在临床上往往对它的认识不够，且与癌复发或转移不易鉴别，因而常常误诊，影响治疗，故值得重视。我院近年来经治了4例肠道多原癌，现报道如下：

例1 魏××，住院号44904，男，46岁。72年5月始感腹痛，腹泻5～7次/日，于右下腹扪及一包块。同年7月行右半结肠切除术，痊愈出院。病理报告为升结肠腺癌，无淋巴结转移。出院后恢复好，逐年随访。于77年1月又出现大便次数增多，伴下腹隐痛，至5月在左上腹扪及约鸡蛋大包块。曾在某医院检查考虑为癌复发，未予收治。8月再入我院。查体：左上腹扪及约4×4 cm大包块，质硬，尚活动。钡灌肠检查见降结肠有8 cm长环形狭窄，充盈缺损，诊断为降结肠癌。9月8日手术，见降结肠有4×4 cm大肿瘤，已浸润至浆膜；肠系膜淋巴结不肿大，其他部位未见肿瘤。遂切除肿瘤段结肠，行横、乙状结肠吻合。病理报告为降结肠腺癌（Ⅱ级），未见淋巴结转移。术后用5—Fu化疗，总量5克，痊愈出院，参加全日工作。随访至今，未见复发。

例2 蔡××，住院号68914，男，51岁。80年8月开始感下腹隐痛。10月25日因腹痛加重伴呕吐2天就诊。查体见腹稍隆起，有肠型及蠕动波，右下腹扪及约3×4 cm大包块，肠鸣亢进有气过水声。诊断为肠梗阻行急症剖腹探查。见距迴肠末端50cm处小肠、小肠套叠。套入肠段长约30cm，经手法复位后见套叠头部为一肿瘤。随后检查小肠全程，自屈氏韧带以下50cm至距迴肠末端27cm处有大小不等肿瘤25个，直径在0.5×0.5～4.5×4 cm之间；多呈浸润生长和结节样向肠腔内突出。肿瘤间距最小4～5 cm，最大50cm，肿瘤间肠管正常。小肠系膜及腹主动脉旁淋巴结明显肿大。胃、结肠、大网膜、肝、脾未见异常。姑息性切除肿瘤较密集处肠管4段，共长1.2米。恢复好。病理报告：小肠多发性网织细胞肉瘤伴肠系膜淋巴结转移。术后用环磷酰胺化疗。出院后4个月死亡。

例3 赖××，住院号68254，男，44岁。79年11月感右下腹隐痛，至80年4月腹痛加重，在右下腹扪及一包块。大便3～4次/日，为粘液稀便或脓血便，体重减轻10余斤。院外钡灌肠检查见升结肠近端有6 cm充盈缺损，未获确诊转来我院。查体：右下腹扪及6×4 cm大包块，边缘清楚，活动。诊断为升结肠癌于80年10月13日手术。术中见升结肠近端有6×4 cm大肿瘤，乙状结肠远端亦有相同大小的肿瘤。均已浸及浆膜，肠系膜淋巴结肿大。在右半结肠切除后，拟行肠吻合时又发现横结肠中段对系膜侧有2×2 cm大肿瘤。遂再扩大横结肠切除范围，行迴肠、横结肠端端吻合，然后距肿瘤上下端各15cm切除乙状结肠，行降结肠、直肠端端吻合。病理报告：多发性粘液腺癌（升结肠、横结肠、乙状结肠），伴肠系膜淋巴结转移3/5。肿瘤间肠组织正常。术后口服呋喃氟脲嘧啶化疗，总量20克，痊愈出院。现仍健在。

例4 余××，住院号72754，女，48岁。因下腹隐痛，排便困难，便次增多5月。同时

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

月经增多。曾在某医院钡灌肠检查，见乙状结肠有 6 cm长充盈缺损。诊断为结肠癌于81年 3 月18日转来我院。家族史中其兄和一侄儿患结肠癌。查体腹部无特殊发现。气钡灌肠检查发现除乙状结肠处病变外，升结肠近肝曲处又见 5.5cm 长充盈缺损，粘膜破坏。纤维结肠镜检查距肛门65cm处见一菜花样肿块，表面不平，肠腔明显狭窄。活检病理报告为结肠腺癌。81年 4 月 6 日手术，见乙状结肠近端和升结肠肝曲肿瘤分别为 5 × 4 cm、8 × 6 cm。子宫如 3 月孕大小，有突出结节。腹腔其他器官未见异常。遂行子宫附件全切除和结肠大部切除术，回肠乙状结肠端端吻合。术后恢复好，痊愈出院。病理报告：升结肠、乙状结肠溃疡型粘液腺癌，肿瘤间肠组织正常，肠系膜淋巴结无转移。子宫多发性平滑肌瘤。现健在。

讨　　论

在同一病人发生 2 个或 2 个以上的相互独立的原发性恶性肿瘤称为多发性原发性恶性肿瘤或多原癌。它可以同时或先后发生在同一器官的不同位置；同一系统的不同器官；或成对器官；亦可发生于无联系的 2 个器官。其发生率占全部恶性肿瘤的3.6～6.4%[4]。

在消化道，特别是结肠多原癌的发病率较高，占男性病人的首位。其同时发生者占 2 ～4.3%；若包括结肠息肉恶变，可达 12.9%[1,2]。而在最初的结肠原发癌切除后存活的病人中有⅓在同器官或结肠外发现新的癌瘤。一组结肠癌术后存活两年以上的病人中36%发生第二个原发癌[1]，其他资料亦有类似报告[5,6]。

小肠恶性肿瘤较罕见，发病率占胃肠道恶性肿瘤的 1.9% ，多为恶性淋巴瘤及类癌[7]。小肠类癌中多原癌占10.5～38%。本文例 2 为仅限于小肠的多发性网组细胞肉瘤，实属罕见。

由于对第二原发癌缺乏充分的认识，且与癌复发或转移不易鉴别，常常误诊。故在第一个原发癌治疗存活的病人，新的原发癌是最常见的死亡原因之一。

多原癌和癌转移或术后复发不同，再次出现的原发癌，仍可行根治手术，并可望获得长期生存。Cleary[5]报告发生三次以上的原发癌30例，第一癌术后平均存活时间男性为11年，女性13年；而第一癌至发生第二癌平均为 7 年，提出第二癌术后仍能长期存活。本文例 1 第二癌术后已 4 年余，现仍健在。因此值得强调的是：在一个病人同时发生几个癌瘤，或一个癌瘤手术切除后再次出现的肿瘤，应认真检查明确是否为原发癌，而不应盲目认为是癌转移而失去根治机会。结肠癌中多原癌可高达12.9%，故对结肠癌病人在术前和术中应对全消化道行细致检查，以免遗漏，而影响疗效。本文例 4 首次钡灌肠检查仅见乙状结肠癌，再行气钡双重对比造影又发现升结肠癌。例 3 钡灌肠仅发现升结肠癌，手术中初次检查发现升结肠和乙状结肠癌，后又发现横结肠癌，险被遗漏。

在临床上，多原癌和癌转移或术后复发的主要鉴别点为：1.发生于两个器官的原发癌其组织学类型可以各异，而转移病灶与原发癌组织学类型相同；2.新的原发癌多是单发的，而转移癌常是多个的；3.原发癌发生在器官实质中，而转移癌多发生在该器官的周围组织或引流方向的淋巴结中；4.术后新的原发癌常发生在另外的部位（如本文例 1 第一癌在升结肠，第二癌在降结肠），而癌复发常在首发癌的部位；5.转移癌和癌复发多在术后 1 ～2 年内发生，而多原癌的第一癌与第二癌诊断间隔时间可更长，平均为 7 年[5,6]，故再次出现的癌瘤与第一癌间隔时间越长，多原癌的可能性越大。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

综上所述，对恶性肿瘤术后病人应坚持定期的长期随访。对原发癌治疗健存 5 年以上者亦不能放松警惕。多原癌的初发年龄常较早[3,5]，因此初发癌时年龄小于50岁的病人在治疗后要特别警惕发生新的恶性肿瘤。凡消化道癌瘤在术前和术中应对全系统行细致检查，以免遗漏多原癌。对多发癌和再发癌，应采取各种检查措施，鉴别是多原癌还是癌转移或复发。确诊的多原癌应予积极手术治疗。

（本文经黄文教授审修）

参 考 文 献

（1）Polk HC, et al: Am J Surg 109:71, 1965

（2）Moertel CG, et al: Cancer 14:221—238, 1961

（3）杨世勇等：天津医药肿瘤附刊 7（2）:63, 1980

（4）李同光：肿瘤防治研究 3:120, 1974

（5）Cleary JB, et al: Am J Surg 129:686, 1975

（6）Healy MJ, et al: Am J Surg 119:343, 1970

（7）实用肿瘤学. 第一版第二册第49页，人民卫生出版社，1979

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net