

## 个案报道

DOI: 10.13406/j.cnki.cyxh.001954

## 原发性肺腺癌胃转移 1 例及文献复习

季 文, 陈伟庆, 刘邦伦

(重庆大学附属肿瘤医院 重庆市肿瘤研究所 重庆市肿瘤医院肿瘤转移与个体化诊治转化研究  
重庆市重点实验室, 重庆 400030)

## One case of primary lung adenocarcinoma with gastric metastasis and literature review

Ji Wen, Chen Weiqing, Liu Banglun

(Chongqing Key Laboratory of Translational Research for Cancer Metastasis and Individualized Treatment,  
Chongqing University Cancer Hospital & Chongqing Cancer Institute & Chongqing Cancer Hospital)

【中图分类号】R734.2

【文献标志码】B

【收稿日期】2018-10-30

原发性肺癌常见的转移部位为脑、肝、骨等,胃肠道少见累及,肺癌胃转移病例更是罕见。检索文献发现国内有关肺癌胃转移的病例报道不足 10 例,因其症状无特异性,诊断较为困难。本文报道的病例中的患者为原发性肺腺癌已确诊,在治疗过程中发现胃内转移癌,以下将患者诊治过程进行报告。

## 1 临床资料

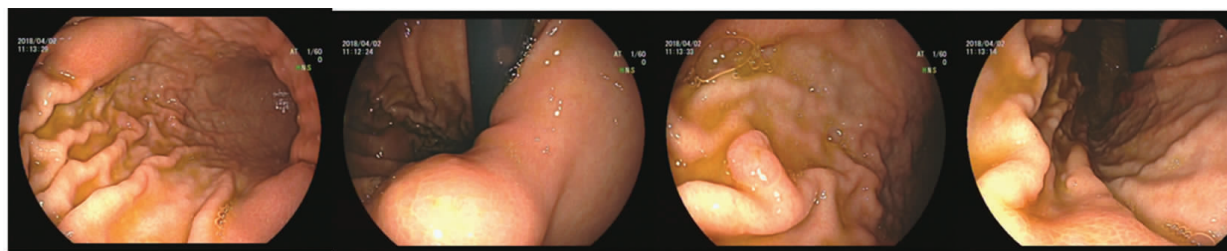
患者男性,49 岁,因“反复腰背部疼痛 1 个月,加重 1 周”于 2017 年 11 月入我院。患者无咳嗽、咳痰、咯血、畏寒、发热,无潮热、盗汗,无恶心、呕吐,无腹痛、腹泻、四肢乏力等不适。行颈部淋巴结活检示:转移性低分化癌,符合转移性低分化腺癌,完善正电子发射计算机断层显像(positron emission tomography/computed tomography, PET/CT)检查后明确诊断为:左肺腺癌 T2N3M1(骨,双侧肾上腺、远处淋巴结)IV 期。完善血液表皮生长因子受体(epidermal growth factor receptor, EGFR)基因检测未见有意义的阳性突变。于 2017 年 11 月 15 日行第 1 程紫杉醇+奈达铂方案化疗。具体剂量为:紫杉醇脂质体 240 mg d1,顺铂 40 mg d2~4,化疗中出现明显消化道反

应(恶心、呕吐)及肝功能损伤,予对症处理后好转出院。于 2017 年 12 月 14 日行第 2 程化疗,调整用药为:紫杉醇脂质体 240 mg d1,奈达铂 130 mg d2,化疗后再次出现肝功能损伤,予对症处理后好转出院。两程化疗后疗效评价病变稳定,之后分别于 2018 年 1 月 9 日、2018 年 2 月 24 日行第 3、4 程化疗,用药剂量为:紫杉醇脂质体 210 g d1,奈达铂 100 mg d2,并联合重组人内皮抑制素抗血管生成治疗,化疗中患者出现明显消化道反应:恶心、呕吐及上腹胀痛,疼痛的数字评分法(numerical rating scale, NRS)4 分,无Ⅲ度以上相关副反应。院外患者腹部胀痛较前加重, NRS 6 分,口服盐酸吗啡缓释片 30 mg Q12h 止痛治疗,疼痛控制可, NRS 2 分。但随后患者反复出现上腹部烧灼感伴恶心、呕吐,呕吐物为胃内容物,无咖啡色样物,无呕血、黑便、发热、腹泻、胸闷、头晕、心悸等不适,于 2018 年 3 月 19 日再次返院治疗。2018 年 4 月 2 日行胃镜(图 1)示:①胃多发腺瘤及息肉样病变,请结合病理。②胃体中部及胃角前壁隆起;外压性? 黏膜下肿瘤? 胃镜活检病理(图 2-3): (胃体)低分化腺癌,不排除转移性。第 2 次报告(胃体)低分化腺癌,考虑肺癌转移。免疫组化(immunohistochemical, IHC)结果:CDX-2(-), CK8/18(++), Villin(-), CK7(+), CK20(+)部分, glypican-3(-), hepatocyte(-), CEA(-), AFP(-), Ki-67(++)50%, Syn(-), CgA(-), TTF1(-), NapsinA(-), EGFR(+), ALK(VENTANA D5F3):(-)。超声胃镜(图 4):胃角外压性肿块。局部多枚淋巴结肿大。考虑患者肺癌晚期,全身多处转移癌明确,一般情况差,不具备全身抗肿瘤指征,治疗以对症支持治疗为主。遗憾的是,该患者最终放弃治疗,自杀死亡。

作者介绍:季 文, Email: hellovip5@126.com,

研究方向:消化道肿瘤。

优先出版: <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1046.R.20190103.1652.010.html>  
(2019-01-05)



A. 胃体中部前壁

B. 胃角

C. 胃体大弯

D. 胃体下部前壁

图 1 胃镜所见

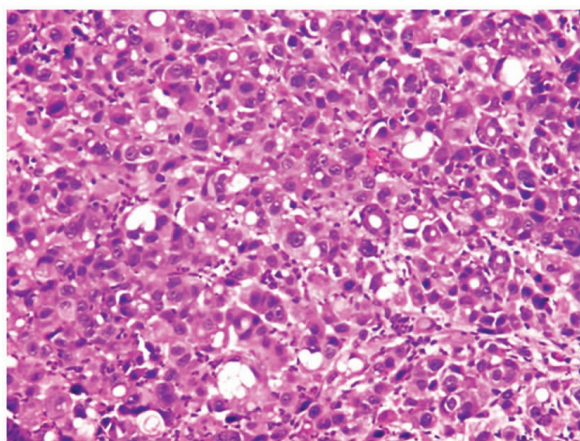


图 2 胃镜活检病理 (HE, 100 ×)

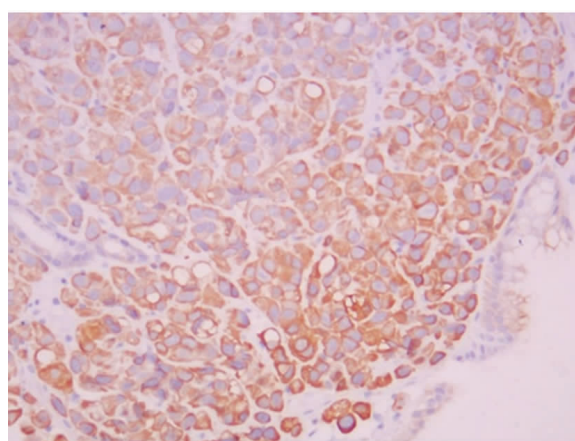
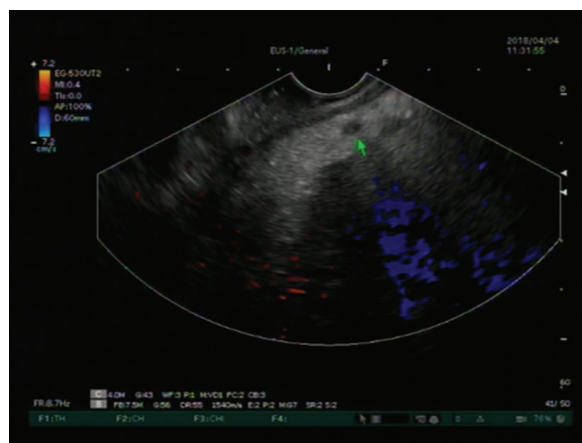


图 3 胃镜活检病理 (IHC, 100 ×)



A. 胃角外压性肿块



B. 局部肿大的淋巴结

图 4 超声胃镜

## 2 讨论

查阅文献,报道的原发性肺癌的胃肠道继发性癌的发生率为 0.5%~14%<sup>[1-3]</sup>,总体发生率较低。原发性肺癌继发到胃肠道转移癌大体形态表现各异,可表现为黏膜层肿瘤样病变、黏膜下病变甚至黏膜正

常。近日,澳大利亚格拉茨大学 Gilg 等<sup>[4]</sup>做了目前为止最大规模的胃肠道继发性肿瘤临床特点的回顾性总结研究,其单位在 1985 至 2014 年间胃肠道继发性肿瘤发生率仅为 0.2%~1.7%。有大体及内镜描述记录的病例中,最常见为肌壁间病变,其次为息肉样肿物或黏膜溃疡。从组织学上,病变活检的病理标本应具有与原发肿瘤一致的特征,肺癌胃肠道

转移患者的胃镜活检小标本有时候在光学显微镜下判别困难,HE 染色结合 TTF-1、CK7、CK20、CDX2 标记的免疫组化检查结果有助于明确肿瘤是肺来源或胃肠道来源,若 TTF-1、CK7 阳性,而 CDX2、CK20 阴性多提示为肺来源的消化道肿瘤<sup>[5]</sup>。

肺癌是如何累及胃肠道的呢?肺与胃肠道分别位于胸腔及腹腔,并有膈肌的阻隔,因解剖位置的原因肺癌直接侵犯胃部可能性极小,考虑主要有 2 种途径可能导致肺癌的胃肠道转移。一种是脉管播散,肺癌细胞可随着体循环血流种植在胃肠道;另一种可能是肺癌患者痰中脱落的癌细胞经吞咽动作直接进入消化道内,从而导致胃肠道癌细胞种植。

原发性肺癌发生胃肠道转移时可出现腹痛、腹胀、恶心、呕吐、呕血、黑便、便血等消化道症状,但总体而言症状无特异性。对于肺癌患者新近出现的消化系统症状,并除外原发肿瘤所引起或者正在进行治疗(口服药物、放疗、化疗等)所致的副反应后,应考虑胃肠道转移癌的可能<sup>[6]</sup>。辅助检查方面,内镜及病理活检是最重要的确诊方法。腹部 CT 也可能发现消化道管壁及腔内外肿物,但是电子计算机断层扫描(computed tomography,CT)对空腔脏器肿瘤的诊断阳性率不高,并非最佳选择。不明原因的持续粪便潜血试验阳性肿瘤患者也应考虑是否存在消化道转移可能。PET/CT 对于肺癌患者的全身转移灶的评估更有意义。

原发性肺癌患者的胃肠道一旦出现肿瘤累及,则诊断为 IV 期,且通常发生胃转移时多伴有脑、骨、肝等多处转移,总体预后差,中位生存期为 66~96.5 d<sup>[4,7-8]</sup>。原发性肺癌合并胃转移的治疗尚无统一标准,对于晚期肺癌患者,全身多处转移失去手术治疗机会,可考虑全身化疗、放疗、靶向治疗等综合治疗。值得注意的是,该类患者在化疗过程中出现消化道出血、消化道穿孔的风险也增高。有文献支持若患者消化道为孤立病灶,同时行肺原发肿瘤及消化道孤立转移灶的姑息性切除术,并联合化疗可能使该类患者获益<sup>[9]</sup>。

本病例为原发性肺腺癌晚期发生胃内转移,患者在病程中出现恶心、呕吐症状而行胃镜检查,因肺癌伴胃转移的病例较少见,内镜医生在为该患者行内镜检查时首先考虑其胃部息肉样病变为良性腺瘤可能,取之活检后经病理检查证实为“胃转移

癌”,险些造成误诊。

结合本病例及文献复习的有所收获及心得:①原发性肺癌患者发生胃肠道转移时症状常无特异性,对于新发的不明原因的消化道症状的肺癌患者应考虑有消化道转移的可能,并建议其行内镜检查协助诊断。②胃肠道转移癌的内镜下表现可能不典型,可表现为黏膜下病变、类似胃肠道原发癌表现、肌壁间病变、息肉样肿物或黏膜溃疡,对于黏膜层病变建议活检,黏膜下病变可借助超声内镜协助诊断,同时内镜医生遇少见病、疑难病例需多翻阅病历及相关文献,并且加强临床科室联系和主管医生沟通患者病情,内镜结合临床、病理,有助于提高诊断准确率。③肺癌发生胃肠道转移提示疾病晚期,通常预后较差,根据患者的自身情况可考虑全身化疗、放疗、靶向治疗等综合治疗,可能延长生存期,但对此尚需进一步研究证实。

## 参 考 文 献

- [1] Hillenbrand A, Strater J, Henne-Bruns D. Frequency, symptoms and outcome of intestinal metastases of bronchopulmonary cancer. Case report and review of the literature[J]. Int Semin Surg Oncol, 2005, 2: 13.
- [2] Kim MS, Kook EH, Ahn SH, et al. Gastrointestinal metastasis of lung cancer with special emphasis on a long-term survivor after operation[J]. J Cancer Res Clin Oncol, 2009, 135(2): 297-301.
- [3] McNeill PM, Wagman LD, Neidfeld JP. Small bowel metastasis from primary carcinoma of the lung[J]. Cancer, 1987, 59(8): 1486-1489.
- [4] Gilg MM, Gröchenig HP, Schlemmer A, et al. Secondary tumors of the gastrointestinal tract: origin, histology, and endoscopic findings[J]. Gastrointestinal Endoscopy, 2018, 88(1): 151-158.e1.
- [5] Rossi G, Marchioni A, Romagnani E, et al. Primary lung cancer presenting with gastrointestinal tract involvement: clinicopathologic and immunohisto-chemical features in a series of 18 consecutive cases[J]. J Thorac Oncol, 2007, 2: 115-120.
- [6] Casella G, Di BC, Cambareri AR, et al. Gastric metastasis by lung small cell carcinoma[J]. World J Gastroenterol, 2006, 12: 4096-4097.
- [7] Yang CJ, Hwang JJ, Kang WY, et al. Gastro-intestinal metastasis of primary lung carcinoma: clinical presentations and outcome[J]. Lung Cancer, 2006, 54: 319-323.
- [8] Lo CK, Kao SS, Tai DKC, et al. Gastrointestinal metastasis from primary lung cancer[J]. Surgical Practice, 2009, 13: 73-76.
- [9] Kim MS, Kook EH, Ahn SH, et al. Gastrointestinal metastasis of lung cancer with special emphasis on a long-term survivor after operation[J]. J Cancer Res Clin Oncol, 2009, 135: 297-301.

(责任编辑:唐秋姗)