

肿 瘤

DOI: 10.13406/j.cnki.cyxh.001832

腹膜后肠源性囊肿腺上皮癌变 1 例

王 晗,高启贤,程 雯,衡海艳,郭盛仁,陈光强

(苏州大学附属第二医院影像诊断科,苏州 215008)

【摘 要】本文介绍 1 例被覆腺上皮癌变的后腹膜肠源性囊肿的诊治过程。该患者初诊时行增强 CT 检查提示右后腹膜囊性占位,恶性可能性大。患者行“腹腔镜下右肾上腺腺瘤切除+保留肾单位右肾囊肿切除+右侧腹膜后囊肿切除术”,术后行 4 周期 XELOX 方案化疗。半年后复查见癌变的肠源性囊肿复发转移。

【关键词】后腹膜肠源性囊肿;被覆腺上皮;癌变;复发

【中图分类号】R445.4

【文献标志码】A

【收稿日期】2018-08-06

Retroperitoneal enterogenous cyst with glandular epithelial carcinogenesis: A case report

Wang Han, Gao Qixian, Cheng Wen, Heng Haiyan, Guo Shengren, Chen Guangqiang

(Department of Imaging Diagnosis, The Second Affiliated Hospital of Suzhou University)

【Abstract】This article reports the diagnosis and treatment process of a patient with retroperitoneal enterogenous cyst with glandular epithelial carcinogenesis. Contrast-enhanced computed tomography performed at initial diagnosis showed right retroperitoneal cystic space-occupying lesions which were likely to be malignant. The patient underwent laparoscopic resection of right adrenal adenoma+neuron-sparing right renal cyst resection+right retroperitoneal cyst resection, as well as four cycles of XELOX chemotherapy after surgery. Reexamination performed half a year later showed recurrence and metastasis of cancerous enterogenous cyst.

【Key words】retroperitoneal enterogenous cyst; glandular epithelium; carcinogenesis; recurrence

1 病例资料

患者 女, 55 岁, 因“体检 B 超发现右侧肾上腺占位半年”于 2017 年 6 月 27 日入院。既往有“高血压病”史及“胆囊切除手术”史。入院查体: 双肾区平坦、对称, 未见异常隆起, 平卧位双肾下极未触及, 双肾无明显叩击痛, 未闻及血管杂音, 双侧输尿管径路无压痛。血常规及肿瘤标志物未见明显异常。CT(GE 64-VCT)所见: 右下腹降结肠外后方见类圆形囊性灶, 平扫示(图 1A)囊性灶大小约 85 mm(AP)×84 mm(LR)×102 mm(CC), 形态不规则, 边缘光整, 密度均一, CT 值约 27 HU, 囊壁厚薄不均, 右前方见凸出囊外的壁结节, CT 值约 47 HU, 余部分囊壁伴环形钙化; 增强示(图 1B)囊性成分各期均未见明显强化, 囊壁及壁结节呈较均一的中度强

化, 三期 CT 值分别约 65 HU、69 HU 及 61 HU; 囊性灶冠状位重建示病灶与邻近降结肠(图 1C)及阑尾(图 1D)分界清晰; 右侧肾上腺见长径约 26 mm 的类圆形欠均强化结节, 右肾上极见长径约 40 mm 的类圆形无强化囊性灶伴中等强化壁结节。CT 诊断: ①右下腹膜后间隙囊性占位, 不排除恶性肿瘤可能; ②右侧肾上腺腺瘤; ③右肾上极复杂性囊肿。

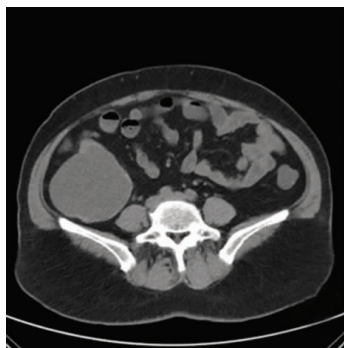
行“腹腔镜下右肾上腺腺瘤切除+保留肾单位右肾囊肿切除+右侧腹膜后囊肿切除术”。术中所见: ①距右肾脏下极 3 cm 处长径约 100 mm 的囊性灶与腹膜紧密粘连, 难以分离, 遂打开腹膜进入腹腔, 避开肠管切除肿瘤及与囊肿粘连的腹膜, 手术顺利; ②右侧肾上腺外侧支长径约 20 mm 的类圆形肿瘤, 与肾上腺及周围组织紧密粘连; ③右肾上极长径约 40 mm 的类圆形囊性灶; 术后患者安返病房。术后病理: ①腹膜后囊肿内壁见异型腺体浸润(图 2), 免疫组化(图 3): CK7(+), CK20(-), Villin(-), CEA(-), EMA(+/-), CDX-2(-), 肾细胞(-), CD10(-), CgA(-), syn(-), CD34(血管+), Ki67(+, 50%), P53(-); 免疫组化诊断: 腹膜后肠源性囊肿, 被覆腺上皮癌变, 浸润囊壁; ②右肾上腺皮质腺瘤; ③右肾脏上极囊肿, 纤维囊壁组织伴出血及胆固醇结晶形成。

作者介绍: 王 晗, Email: 1124553175@qq.com,

研究方向: 腹盆影像诊断。

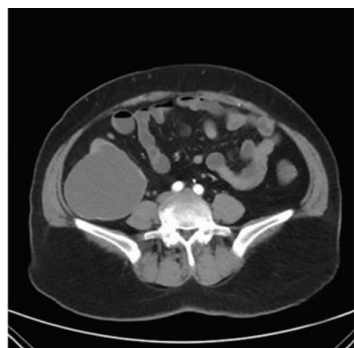
通信作者: 郭盛仁, Email: gshrgcl@21cn.com。

优先出版: <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1046.R.20180910.1546.002.html>
(2018-09-12)



右下腹降结肠外后方类圆形囊性灶,平扫密度均一,囊壁厚薄不均

A. CT 平扫示



囊性成分各期均未见明显强化,囊壁及壁结节呈较均一的中度强化

B. CT 动脉期



重建囊性灶与降结肠分界清晰

C. CT 静脉期冠状位



重建囊性灶与阑尾(→)分界清晰

D. CT 静脉期矢状位

图 1 肠源性囊肿 CT 表现

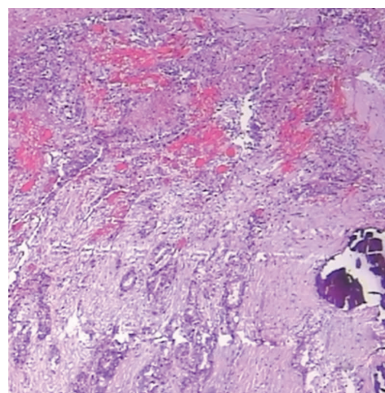
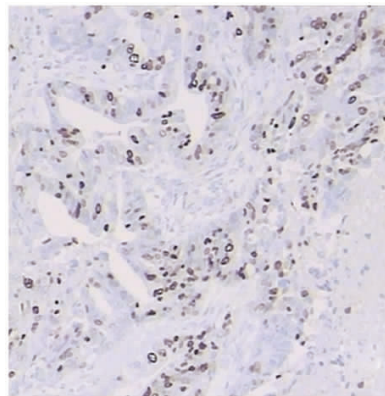
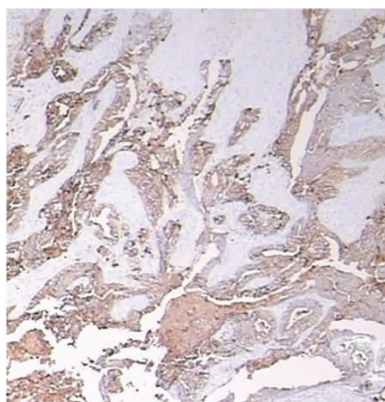


图 2 病理:右下后腹膜囊性灶异型腺体浸润(HE,100×)



A. Ki67(+,50%)

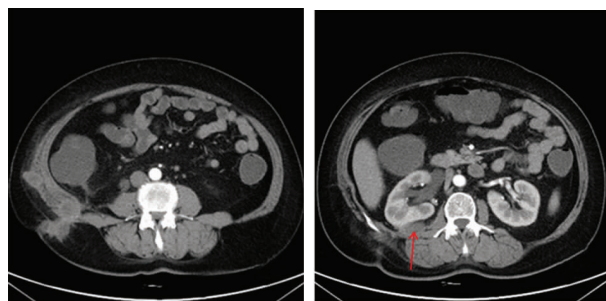


B. CK7(+)

图 3 腹膜后囊肿免疫组化

患者术后恢复良好,2017 年 7 月 11 日出院。出院后分别于 09-26、10-24、11-20、12-18 行四周期 XELOX 方案化疗,具体方案:奥沙利铂(乐沙定)85 mg/(m²·d),溶于 5%葡萄糖 250 mL 中静脉滴注,滴注 2~4 h。第 1 天;卡培他滨片(希罗达)1250 mg/m²,2 次/d,早、晚各 1 次,餐后 30 min 内用水吞服,维持 1~14 d。XELOX 组以 3 周(21 d)为 1 个周期。化疗后无明显胃肠道反应。2018 年 1 月 17 日复查 CT(GE 64-VCT)所见:腹膜后间隙、右侧腹壁切口处皮下脂肪层及肌肉组织内多发类圆形低/等密度结节(图 4A),长径 16~30 mm,较大一处位于右肾周后间隙(图 4B),范围约 30 mm×14 mm,边缘毛糙,周缘伴多发絮状索条影,病灶平扫 CT 值约 30 HU,增强后呈环形明显强化;其中部分结节与回盲部

后壁相邻(图 4C),伴肠壁局部增厚且明显强化,部分结节包绕右侧输尿管(图 4D),伴其上端输尿管及肾盂肾盏扩张、积水,延迟期右侧集尿系统未见明显造影剂充盈;CT 诊断:右侧腹膜后癌变囊肿切除术后复发伴转移,累及回盲部后壁及右侧输尿管,伴其上端输尿管扩张、右肾积水。患者复发后身体条件欠佳,再次手术困难,行第 5 周期 XELOX 化疗后病情好转出院。

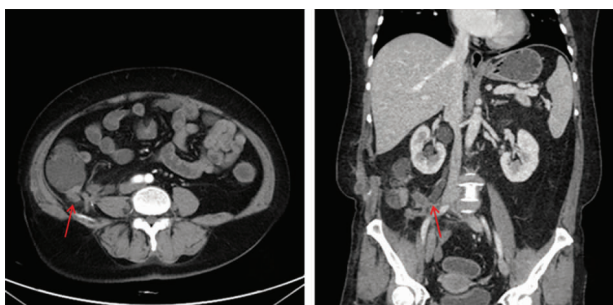


膜后间隙,右侧腹壁切口附近的皮下脂肪层及肌肉组织内多发类圆形环形强化结节

A. CT 动脉期腹

右肾后方 1 枚复发病灶

B. CT 动脉期



回盲部后壁受累

C. CT 动脉期

重建示右侧输尿管受累(→)

D. CT 静脉期冠状位

图 4 腹膜后肠源性囊肿复发的 CT 表现

2 讨论

肠源性囊肿是一种罕见的消化道重复畸形^[1]。多见于儿童,好发于椎管及颅内,少见于后腹膜^[2],且腹膜后的肠源性囊肿多位于回肠系膜附近或肠壁肌层内。孤立性肠源性囊肿罕见^[3],文献报道的发生癌变的肠源性囊肿更为罕见^[4]。本病发病机制至今不清,多数学者认为,肠源性囊肿发生于胚胎发育的前 3 周,因中胚层与内胚层分离不全,故未分离的内胚层组织发育为前肠,继而形成肠源性囊肿^[5]。此外,胚胎期肠道在发育时,肠道壁多发芽生样憩室,部分从肠道壁脱落的憩室坠入肠系膜二叶腹膜之间或腹膜后,也可发育为肠源性囊肿^[1]。肠源性囊肿被覆消化道上皮,存在完整的平滑肌层,能分泌黏液,以此特征可鉴别其他源性囊肿,故部分可分泌大量盐酸的囊肿会导致囊肿本身及相邻的组织器官发生溃疡、出血、穿孔^[6]。本病例为腹膜后的孤立性肠源性囊肿,被覆腺上皮癌变,极为罕见。

诊断肠源性囊肿主要依据病理及免疫组化,囊肿壁上皮多样,可为立方上皮、柱状上皮、单层扁平或复层扁平上皮,

可见纤毛及黏液分泌细胞,囊肿壁外为纤维结缔组织,CEA 及 EMA 染色为阳性,S-100、CK 不固定,Vimentin、GFAP、NSE 阴性^[7]。本病的影像学表现缺乏特异性,囊壁通常完整、厚薄不均,可伴钙化或乳头样壁结节,囊内可伴出血,增强后囊壁强化不均,囊腔无强化^[8],本例表现与之相同。本例肠源性囊肿需与腹膜后的黏液性囊性病灶相鉴别,如阑尾黏液性肿瘤、后腹膜黏液性囊腺瘤及卵巢源性囊性肿瘤等,前者起源于阑尾,可存留有阑尾的管状形态^[9]。此外,血液 CEA、CA19-9 及 CA125 的升高有助于阑尾黏液性囊腺瘤卵巢源性囊性肿瘤的诊断^[10]。

肠源性囊肿治疗首选手术,手术关键在于能否完整切除囊壁,囊壁切除不完全是术后复发的主因^[1],但当囊肿与重要组织脏器或血管发生严重粘连而无法完整切除时,可酌情保留部分囊壁,于囊壁内涂抹 10% 甲醛^[8],残余部分也可用电刀、碘酊烧灼破坏囊壁黏膜,以防复发^[11]。本例肠源性囊肿被覆腺上皮癌变,故加用 XELOX 方案辅治治疗,预防复发。XELOX 方案多应用于消化道恶性肿瘤,相较于其余方案,XELOX 方案严重毒副反应发生率,且可行性高^[12],但本例病灶与腹膜紧密粘连,囊壁分离不全,导致术后复发,因此尽早准确诊断对患者治疗方案的选择有重要临床价值。

参 考 文 献

- [1] 孙 杰,陈其民. 腹膜后肠源性囊肿[J]. 中华小儿外科杂志, 2003,24(4):9.
- [2] Michael D, Cohen CR, Northover JM. Adenocarcinoma within a rectal duplication cyst: case report and literature review[J]. Ann R Coll Surg Engl, 1999, 81(3):205-206.
- [3] Sington JD, Warren BF, Manek S. Reduplication cyst of appendix with mucinous carcinoma and Müllerian metaplasia: a case report[J]. J Clin Pathol, 2002, 55(7):551-553.
- [4] 周 丽,宋林红,熊 焰,等. 腹膜后肠源性囊肿伴腺癌 1 例[J]. 临床与实验病理学杂志, 2005, 21(6):751.
- [5] 郭 雄,李年丰,刘 勤,等. 腹膜后肠源性囊肿的诊断与治疗[J]. 中国现代医学杂志, 2013, 23(27):75-77.
- [6] 杜育达,曹路宁,赵 刚. 肠源性囊肿 12 例报告[J]. 中华外科杂志, 1994, 32(1):49-50.
- [7] 岳盛琳,方静宜,罗 麟. 中枢神经系统肠源性囊肿的形态及免疫组化研究[J]. 中华神经外科杂志, 1998, 14(3):164.
- [8] 宋 彬,边 琪,周颖奇,等. 后腹膜肠源性囊肿——附 3 例报告[J]. 罕少疾病杂志, 2006, 13(4):37-38.
- [9] 潘江峰,马周鹏,厉学民,等. 阑尾黏液性囊腺瘤的 CT 表现及临床分析[J]. 中华普通外科杂志, 2016, 31(4):350-351.
- [10] Shankar S, Ledakis P, El Halabi H, et al. Neoplasms of the appendix: current treatment guidelines[J]. Hematol Oncol Clin North Am, 2012, 26(6):1261-1290.
- [11] 王先福,董米连,郑海红,等. 腹腔内先天性肠源性囊肿 1 例[J]. 医学信息(中旬刊), 2010, 5(1):119-120.
- [12] 顾 军,董章霞. XELOX 方案在消化道肿瘤中的应用进展[J]. 医学研究生学报, 2010, 23(10):1108-1111.

(责任编辑:唐秋珊)