

T4期结肠癌患者 106个肿大淋巴结全阴性病症一例

宋新明, 杨亮, 任晖, 许开武(中山大学附属第一医院胃肠外科中心, 广东 广州 510080)

结直肠癌是常见的恶性肿瘤之一, 其典型的临床症状包括大便性状或习惯的改变, 腹痛, 血便等。在结直肠癌的进展过程中, 淋巴道转移是最重要的转移路径。研究表明早期无淋巴结转移的结直肠癌患者的5年生存率可达到80%~90%^[1], 而伴淋巴转移或者侵犯肠壁或其他器官时, 患者的5年生存率下降到25%~60%^[2]。近期, 本中心收治一例T4期的结肠癌病人, 手术共检获106枚肿大淋巴结, 但病理检测及复检均为全阴性, 在临床上极为罕见。现将其报道如下。

1 病例摘要

患者45岁男性, 因“排便习惯改变伴消瘦8月余”入院。患者8个月前无明显诱因出现大便习惯改变, 排稀烂便, 每天2~3次, 间断有便中带脓血, 无发热, 伴有乏力, 体重下降约15 kg。既往身体健康状况良好, 否认高血压、糖尿病及冠心病, 无其他特殊病史。入院查体: 神志清楚, 贫血貌, 睑结膜苍白, 双肺未闻及干湿性啰音, 心律齐, 腹部平软, 无压痛、反跳痛及肌紧张, 腹部未触及肿块, 肠鸣音正常, 移动性浊音阴性, 双下肢无水肿。入院检查: HB 52 g/L, 白蛋白 26.7 g/L。CT检查提示升结肠肝曲癌, 侵犯周围脂肪间隙, 相邻肠系膜淋巴结转移(图1)。肠镜活检病理提示: ①升结肠癌腺癌, ②(降结肠)结肠绒毛状管状腺瘤, 局部上皮呈中度不典型增生(图2)。术前诊断为: ①横结肠癌; ②降结肠息肉; ③重度贫血。

2 诊治经过

患者入院后完善相关检查, 经多学科讨论后认为有手术指征。患者签署手术知情同意书, 于2017年3月21日在全麻下行剖腹探查。术中见肿



图1 结肠癌CT表现显示结肠肝曲癌(白色箭头), 侵犯周围脂肪间隙, 相邻肠系膜淋巴结转移, 肿大淋巴结(红色箭头)

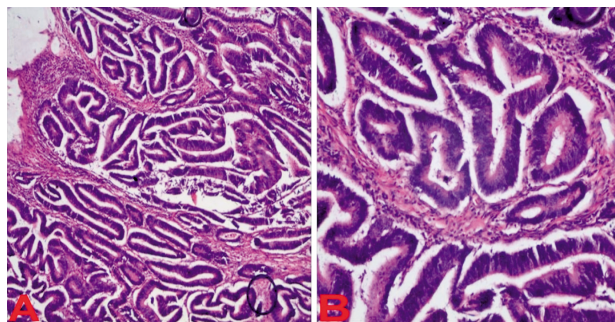


图2 活检病理切片常规染色 A. 升结肠肠壁肌层内癌细胞排列呈腺管样结构, 细胞核大深染, 异型性明显; B. 结肠中分化腺癌(HE染色, ×100)

瘤位于升结肠近肝曲处并浸出浆膜, 大小约15 cm×10 cm×10 cm, 累及右半结肠、右肾部分包膜、十二指肠肠壁及右侧部分侧腹膜(图3)。行升结肠癌扩大根治术+回肠-横结肠端侧吻合术+热灌注管置入术, 术中仔细结扎出血点, 分别于文氏孔、脾窝、左侧盆腔、右侧盆腔置入1条热灌注管, 术程顺利。

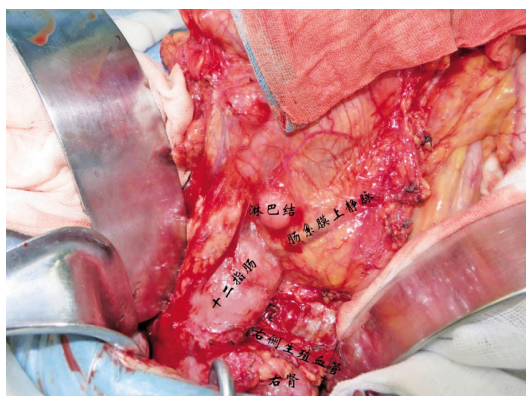


图3 结肠癌根治术探查结果

注:图中为术中视野,可见明显的肿大淋巴结

术后病理提示:①升结肠癌中分化腺癌,部分为黏液腺癌,浸润肠壁全层,达浆膜外组织;阑尾组织,呈慢性炎症改变,未见癌;②淋巴结非转移癌(0/106);③近切缘、远切缘未见癌。病理分期为pT4 bN0M0, II C期。术后予以3次腹腔热灌注治疗(奥沙利铂 150 mgD1+5-FU 1000 mgD2-D4),术后病情恢复可,于术后第8天无并发症出院。目前随访已满1年,未见明显复发病灶。

3 讨论

结肠的淋巴管走行与滋养血管并行,其路径是从肠壁内末梢淋巴管回流向肠旁淋巴结,再沿肠系膜淋巴结、系膜血管根部(即肠系膜上、下血管)淋巴结最终回流至腹主动脉周围淋巴结,最后汇入乳糜池,经胸导管注入静脉。结肠壁内的淋巴管起自黏膜下层,所以只有当肿瘤浸润至黏膜下层时才有机会发生淋巴结转移^[2]。本例患者病理提示肿瘤局部浸润已至T4期,且分选的肿大淋巴结达到106个,最大者为3 cm×3 cm×2 cm。然而,检获的所有淋巴结病理检测结果均为阴性,提示无淋巴转移,这在临床上实属罕见^[3]。临床上,淋巴转移严重影响患者的生存率^[4]。结肠癌患者手术时淋巴结的清扫数目与患者术后的复发转移率及生存率呈负相关。手术过程中检获淋巴结的数目与患者术后1年、3年甚至5年的术后复发及转移率有很大的影响^[5]。

本病例中,患者病史清楚,肠镜诊断升结肠癌明确,且术前未行新辅助化疗,手术治疗中分选出106个肿大淋巴结,术中肉眼判断肿瘤浸润深度已突破浆膜,侵犯周围组织,临床TNM分期应视为

T4期^[6]。然而,术后病理检查提示无淋巴结转移,这个现象可以从这几个方面进行讨论:①可能为淋巴炎性增生。然而淋巴结的炎性增生与肿瘤转移的肿大淋巴结在MRI影像学表现上两者的信号强度无明显差异,不可以在信号强度上进行区分^[7];②该患者在术中和术后都未做CK(cytokeratin)免疫组化染色,因而无法检测是否存在微小淋巴结转移灶。微小淋巴结转移对于II期以上结直肠癌是一个有效的预后标志物^[8]。研究显示,有微小淋巴结转移灶的患者与明显大淋巴结转移灶的患者的总体生存率相近,然而微小淋巴结转移灶(0.2~2 mm)在临床上很难发现^[9],本例患者未行CK免疫组化染色,所以不能排除微小淋巴结转移的可能;③当发现无淋巴结转移的进展期结直肠癌患者时,仍然应检查是否存在其他远处转移灶,研究表明结直肠癌中淋巴结转移灶和部分远处转移灶可能来源于同一个原发肿瘤,而远处转移灶可以独立于淋巴转移灶存在,即在结直肠癌中存在跳跃转移的可能^[10],因而不通过淋巴管和淋巴结通路依然伴有癌肿转移。

综上所述,未发现淋巴结转移灶并不能不代表结肠原发癌灶未发生转移。临床上对于该类患者的治疗需要考虑多方面的情况,给患者以最优的治疗方案。此患者因临床上少见,特此报道。

参考文献

- [1] Swanson R, Compton C, Stewart A, et al. The prognosis of T3N0 colon cancer is dependent on the number of lymph nodes examined[J]. *Ann Surg Oncol*, 2003, 10(1):65-71.
- [2] Huang C, Chen Y. Lymphangiogenesis and colorectal cancer [J]. *Saudi Med J*, 2017, 38(3):237-244.
- [3] 殷放, 孙昕. 结肠癌肿瘤浸润范围和淋巴结转移的关系[J]. *中国普通外科杂志*, 2008, 17(4):327-330.
- [4] 邹华. 结直肠癌患者淋巴清扫对手术疗效的影响[J]. *结直肠肛门外科*, 2015, 21(5):354-356.
- [5] 张玉科, 丁立, 等. 结肠癌淋巴转移初步探讨[J]. *实用肿瘤杂志*, 1986(2):37.
- [6] Compton C, Greene F. The staging of colorectal cancer: 2004 and beyond[J]. *CA Cancer J Clin*, 2004, 54(6):295-308.
- [7] 吴元魁, 黄其鏊, 许乙凯, 等. 淋巴结炎性增生和肿瘤转移动物模型的建立及其MRI初步研究 [J]. *中国医学影像学杂志*, 2003, 3(2):134-136.
- [8] Oh T, Moon S, Shin U, et al. Impact on Prognosis of Lymph Node Micrometastasis and Isolated Tumor Cells in Stage II Colorectal Cancer[J]. *J Korean Soc Coloproctol*, 2011, 27(2):71-77.

- [9] Markl B, Herbst C, Cacchi C, et al. Prognostic significance of histologically detected lymph node micrometastases of sizes between 0.2 and 2 mm in colorectal cancer. [J]. Int J Colorectal Dis, 2013, 28(7):977-983.
- [10] Naxerova K, Reiter JG, Brachtel E, et al. Origins of lymphatic and distant metastases in human colorectal cancer[J]. Science, 2017, 357(6346):55-60.

(收稿日期:2018-01-30)

·读者·作者·编者·

本刊对参考文献撰写的最新要求

针对多数作者来稿中参考文献书写不规范的情况,本刊在此将文稿书写要求刊登出来,烦请各位作者注意。本刊文稿引用参考文献时,必须与其原文核对无误,请按采用顺序编码著录,依照其在正文中出现的先后顺序用阿拉伯数字加方括号标出。未发表的观察资料一般不作为参考文献,确定需要引用时,可将其在正文相应处注明。2次文献不适宜作为参考文献。尽量避免引用摘要作为参考文献。文献作者在3位以内者,姓名均予以列出;3位以上者,只列出前3位,后加“等”、“et al”(西文)、“他”(日文)、“и.д.”(俄文);作者姓名一律姓氏在前,名字在后。外国人名字采用首字母缩写形式,缩写名后不加缩写点;日文汉字请按规定书写,勿与我国汉字及简化字混淆。不同作者姓名之间用“,”隔开,不用“和”、“and”等连词。文献类型和电子文献载体标志代码参照GB 3469《文献类型与文献载体代码》,题名后标注文献类型标志,电子文献必须标注著录项目。外文期刊名称用缩写,以美国国立医学图书馆编辑的*Index Medicus*格式为准。每条参考文献必须著录完整的起止页码。