

肺肉瘤样癌回肠转移并出血坏死1例

荣万水, 王云帆, 于明川

荣万水, 北京大学首钢医院普通外科 北京市 100144
王云帆, 北京大学首钢医院病理科 北京市 100144
于明川, 北京大学首钢医院影像中心 北京市 100144
荣万水, 主要从事胃肠道、乳腺及肝、胆、胰、脾等系统疾病的治疗。
北京市自然科学基金资助项目, No. 7132081
北京市科学技术委员会基金资助项目, No. z131107002213103
作者贡献分布: 本文由荣万水负责病案整理及论文撰写; 王云帆负责病理资料的采集; 于明川负责影像学资料的采集
通讯作者: 荣万水, 主任医师, 100144, 北京市石景山区晋元庄路9号, 北京大学首钢医院普通外科。
rongwanshui1968@sina.com
电话: 010-57830366
收稿日期: 2013-05-29 修回日期: 2013-07-15
接受日期: 2013-07-18 在线出版日期: 2013-08-08

Ileal metastasis of pulmonary sarcomatoid carcinoma with hemorrhagic necrosis: A case report

Wan-Shui Rong, Yun-Fan Wang, Ming-Chuan Yu

Wan-Shui Rong, Department of General Surgery, Peking University Shougang Hospital, Beijing 100144, China
Yun-Fan Wang, Department of Pathology, Peking University Shougang Hospital, Beijing 100144, China
Ming-Chuan Yu, Medical Imaging Center, Peking University Shougang Hospital, Beijing 100144, China
Supported by: Beijing Municipal Natural Science Foundation, No. 7132081; Beijing Municipal Science and Technology Commission, No. z131107002213103
Correspondence to: Wan-Shui Rong, Chief Physician, Department of General Surgery, Peking University Shougang Hospital, 9 Jinyuanzhuang Road, Shijingshan District, Beijing 100144, China. rongwanshui1968@sina.com
Received: 2013-05-29 Revised: 2013-07-15
Accepted: 2013-07-18 Published online: 2013-08-08

Abstract

Pulmonary sarcomatoid carcinoma (PSC) is a rare clinical entity, and small intestine metastases of PSC are even rarer. Here we report a case of ileal metastasis of PSC with hemorrhage and necrosis. The surgeon should raise their awareness of this rare tumor. Lung cancer can transfer to various tissues and organs, and digestive tract metastases of lung cancer are not rare. Clinical manifestations of PSC are not specific, and small intestine metastases of PSC can cause intestinal obstruction, intussusceptions, intestinal necrosis and perforation.

© 2013 Baishideng. All rights reserved.

Key Words: Lung; Sarcomatoid carcinoma; Ileal metastasis; Diagnosis; Treatment

Rong WS, Wang YF, Yu MC. Ileal metastasis of pulmonary sarcomatoid carcinoma with hemorrhagic necrosis: A case report. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2013; 21(22): 2237-2240
URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/21/2237.asp>
DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v21.i22.2237>

摘要

肺肉瘤样癌(lung sarcomatoid carcinoma, LSC)临床少见, LSC小肠转移临床报道罕见, 本例患者为LSC回肠转移伴出血坏死, 外科医师要拓宽思路, 肺癌可以转移至全身各个组织、器官, 肺癌消化系转移并非罕见。LSC临床表现无特异性, 发生小肠转移时同样可以引起肠梗阻、肠套叠甚至肠坏死、穿孔。

© 2013年版权归Baishideng所有。

关键词: 肺; 肉瘤样癌; 回肠转移; 诊断; 治疗

核心提示: 肺癌可以转移至全身各处组织、器官, 肿瘤的转移可以是肿瘤结构内任何组织成分的转移。肺癌小肠转移的发生率比我们想象的高。当肺癌患者出现一些非特异性的症状如腹胀、腹痛、腹泻以及进行性的贫血等症状时, 应高度怀疑胃肠道转移的可能。

荣万水, 王云帆, 于明川. 肺肉瘤样癌回肠转移并出血坏死1例. *世界华人消化杂志* 2013; 21(22): 2237-2240 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/21/2237.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v21.i22.2237>

0 引言

肺肉瘤样癌(lung sarcomatoid carcinoma, LSC)是一种含有肉瘤样成分的低分化非小细胞肺癌, 临床少见, 原发于肺部的肉瘤样癌(sarcomatoid carcinoma, SC)占肺部恶性肿瘤的0.3%-4.7%^[1,2]. 转移性小肠肿瘤临床罕见, 来源于LSC的小肠转移性SC就更为罕见, 我们检索文献, 至今报道LSC小肠转移仅6例^[3-6], 国内尚无相关报道。本

■背景资料

作者在临床上遇到一例肺肉瘤样癌(lung sarcomatoid carcinoma, LSC)回肠转移并出血坏死患者, 检索文献, 肺癌可以转移至全身任何组织、脏器, 肺癌小肠转移临床少见, 完全以肉瘤样癌成分转移至小肠的病例更为罕见, 本文提示临床医师注意肺癌所有病理类型均可发生小肠转移。

■同行评议者

侯风刚, 副教授, 副主任医师, 上海中医药大学附属市中医院肿瘤科

■相关报道

Hsu等报道一例LSC小肠转移并套叠的患者。Bal-dassarre等报道3例LSC空肠转移并穿孔患者,指出治疗措施需要包括放疗在内的综合治疗,但预后差。Felsher等报道1例LSC空肠转移并梗阻患者,对该患者实施了腹腔镜肠切除肠吻合术。

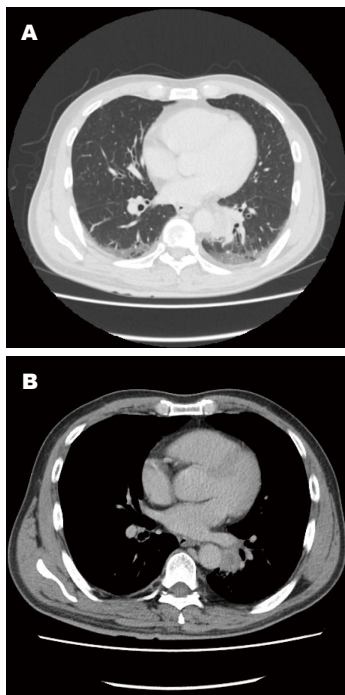


图1 左肺下叶肺癌。A: 肺窗影像; B: 纵膈窗影像。

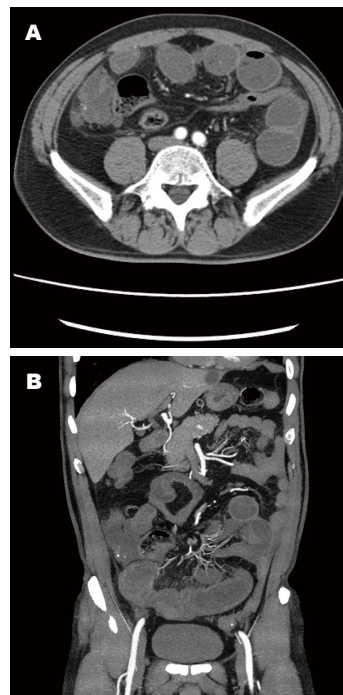


图3 小肠梗阻、肠管扩张、水肿。A: 横断面影像; B: 冠状位影像。

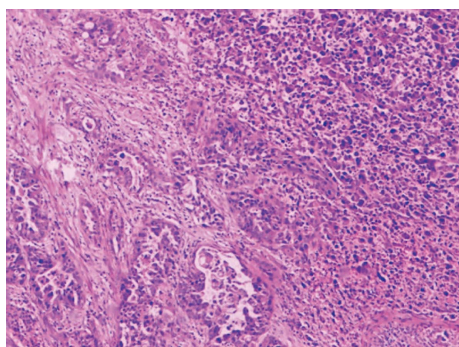


图2 肺部占位, 病理可见肉瘤样癌成分(H&E × 40)。



图4 回肠肠壁出血、坏死。

文报道LSC小肠转移1例。

1 病例报告

男, 57岁, 慢性起病。既往吸烟约40年, 40支/d。患者于2012-06因刺激性咳嗽、咳痰1 mo, 痰中带血1 wk入院。胸部CT扫描示: 左肺下叶结节, 考虑肺癌可能, 间隔旁肺气肿、局部肺大泡, 右肺胸膜下小结节(图1)。入院体检: 全身浅表淋巴结无肿大, 双肺听诊呼吸音清, 查体无特殊。血常规、尿便常规、肿瘤标志物等实验室检查无明显异常。于2012-06行左肺下叶切除、系统淋巴结清扫术。术后病理: 左下肺结节型腺鳞癌, 部分区域呈SC分化; 肿瘤大小约3.5 cm×3.0 cm×3.0 cm, 癌侵至肺被膜; 支气管断端未见癌; 支气管旁淋巴结可见癌转移。NUT-1免疫组织化学染色结果: CK7(部分+), P63(部分+), CK8和CK18(部分+), CD56(-), CD34(-), Ki-67(80%+), TTF1(部

分+)(图2)。手术前后腹、盆部CT扫描未见占位性病变。手术后化疗: 紫杉醇+卡铂方案化疗3个疗程。复查CT疗效评价为病情进展。2012-09患者无明显诱因出现右侧腹部疼痛, 伴恶心、频繁呕吐, 急查腹部CT(图3)提示“急性肠梗阻”并收入院。当日急诊行剖腹探查, 术中见回肠末段距回盲部约30 cm肠管对系膜缘肠壁红肿, 局部有一约2 cm破溃, 肠壁肿胀, 周围肠管粘连聚集, 肿物浸润浆肌层及小肠系膜(图4)。行回肠肿物切除术、端端吻合术, 将切除标本剪开, 黏膜未见明显浸润。病理会诊示: 回肠溃疡型SC, 癌从肠系膜及浆膜浸润肠壁至外肌层, 癌未侵及浅肌层、黏膜下层及黏膜层, 脉管内未见明显癌栓, 癌未见侵及神经, 肠周淋巴结未见癌转移。免疫组织化学示CK(-), EMA(+), CK5(-), CK8(-), CK18(-), TTF1(-), P63(-), CK7(-), NapsinA(-), Vimentin(+), LCA(-), CD34(血管

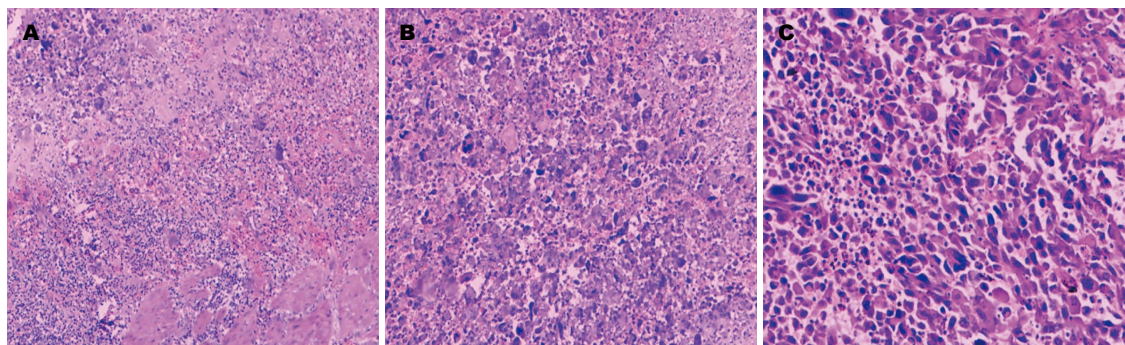


图5 免疫组织化学结果. A: 小肠占位, 病理可见高度异型的肿瘤细胞浸润肠壁肌层(HE, ×40). B, C: 肺部和小肠占位的肿瘤细胞形态一致, 均为肉瘤样癌(HE, ×60).

■应用要点

临床医师要高度重视肺癌小肠转移情况, 肺癌患者一旦出现腹痛、恶心、呕吐、便血等症, 及早进行影像学检查, 以明确诊断. 非手术治疗无效时, 应及时手术.

+) (图5). (复习前次肿瘤切片, 本次肠肿瘤细胞形态学与肺肿瘤相像, 结合病史, 符合肺癌转移至回肠; 本次标本肿瘤细胞从肠壁外向内累及外肌层, 未见到鳞状细胞及腺样结构, 全部为SC). 术后6 wk, 患者全身多处转移, 死亡.

2 结果

SC是一种癌和肉瘤样形态混合于一个瘤体内的恶性肿瘤, 发生在全身许多部位, 以上呼吸道、肺、乳腺和肾常见. 2004年WHO肺肿瘤分类将肺癌分为鳞状细胞癌、小细胞癌、腺癌、大细胞癌、腺鳞癌、肉瘤样癌即SC、类癌、唾液腺型肿瘤8个类型, 其中SC被定义为含有肉瘤样成分的低分化非小细胞肺癌^[7].

LSC多为中老年男性, 平均年龄60岁左右, 男女比例约7.25:1, LSC的临床表现无特异性, 也主要表现为咳嗽、咳痰、痰中带血、胸痛等, 症状与发生部位有关. 肿瘤大小在确诊时平均约为7 cm, 且往往已有转移^[8]. LSC的首选治疗方法是手术, 术后可辅助化疗, 但预后极差, Vidal Losada等^[9]研究认为, 发生转移的LSC的6 mo生存率仅为27%左右.

转移性小肠肿瘤主要为原发恶性肿瘤细胞通过腹腔种植、血行播散和淋巴管播散至小肠肠壁形成转移, 临床少见, 原发病灶可来源于宫颈癌、恶性黑色素瘤、大肠癌、卵巢癌、肾癌、胃癌、肺癌及皮肤癌等, 转移灶多见于回肠, 尤其是末端回肠, 其次为空肠, 十二指肠较少见^[10].

肺癌患者中, 所有的病理类型均可发生小肠转移, 但LSC小肠转移的报道非常罕见, 国内尚无相关报道. Yoshimoto等^[11]认为, 肺癌小肠转移其实并不少见, 近年来临床报道病例增多的主要原因可能为: (1)肺癌治疗的进步, 尤其是化疗的发展, 患者长期带瘤生存; (2)内镜和CT扫描日

益普及; (3)免疫组织化学技术在病理中的应用. 就目前而言, 腹部增强CT扫描和内镜是发现肺癌消化系统转移的有效方法.

总之, 临床医师要提高对LSC和小肠转移性肿瘤的认识, 做到早诊断、早治疗. 此病例给予临床医师的启示: (1)肿瘤的转移可以是肿瘤结构任何组织成分的转移, 本例中转移成分未见到鳞状细胞及腺样结构, 全部为肉瘤样结构; (2)肺癌小肠转移的发生率比我们想象的高. 当肺癌患者出现一些非特异性的症状如腹胀、腹痛、腹泻, 以及进行性的贫血等症状时, 应高度怀疑胃肠道转移的可能; (3)对切除的肿瘤组织应常规做免疫组织化学检查; (4)对于肺癌小肠转移的患者, 可行小肠姑息性切除手术.

3 参考文献

- Pelosi G, Sonzogni A, De Pas T, Galetta D, Veronesi G, Spaggiari L, Manzotti M, Fumagalli C, Bresola E, Nappi O, Viale G, Rosai J. Review article: pulmonary sarcomatoid carcinomas: a practical overview. *Int J Surg Pathol* 2010; 18: 103-120 [PMID: 19124452 DOI: 10.1177/1066896908330049]
- Koss MN, Hochholzer L, Frommelt RA. Carcinosarcomas of the lung: a clinicopathologic study of 66 patients. *Am J Surg Pathol* 1999; 23: 1514-1526 [PMID: 10584705 DOI: 10.1097/00000478-199912000-00009]
- Hsu YF, Huang CY, Chen TJ, Chou YH. Small bowel intussusception due to metastatic intestinal carcinosarcoma from a pulmonary primary. *Int Med Case Rep J* 2011; 4: 1-5 [PMID: 23754896]
- Baldassarre E, Maggi P, Ramieri MT, Torino G, Graziano P, Barone M, Siani A. Jejunal perforation secondary to metastatic sarcomatoid carcinoma of the lung. *Minerva Gastroenterol Dietol* 2008; 54: 225-228 [PMID: 18319694]
- Eng J, Sabanathan S. Carcinosarcoma of the lung with gastrointestinal metastasis. Case report. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg* 1992; 26: 161-162 [PMID: 1439648 DOI: 10.3109/1401743920909072]
- Felsher J, Brodsky J, Brody F. Laparoscopic small bowel resection of metastatic pulmonary carcinosarcoma. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2003; 13:

■同行评价

LSC小肠转移临床罕见, 临床医师需要提高对LSC及转移性小肠肿瘤的认识。肺癌小肠转移并非临床罕见, 但报道较少, 说明这是临床易忽略的问题。本文选题新颖, 对肺癌小肠转移在诊断、治疗上具有指导意义。

- 397-400 [PMID: 14733704 DOI: 10.1089/109264203322656478]
- 7 Richard SM, Vinary K, Abul KA. Robbins basic pathology. 8th ed. Philadelphia: Saunders Inc, 2007: 174-182
 - 8 Yang CJ, Hwang JJ, Kang WY, Chong IW, Wang TH, Sheu CC, Tsai JR, Huang MS. Gastro-intestinal metastasis of primary lung carcinoma: clinical presentations and outcome. *Lung Cancer* 2006; 54: 319-323 [PMID: 17010474 DOI: 10.1016/j.lungcan.2006.08.007]
 - 9 Vidal Losada MJ, Bernal Monterde V, Amores Arriaga B, Ferrer Pérez AI, Serrano Solares S, Tobeña

- Puyal M. Lung carcinosarcoma. *Clin Transl Oncol* 2010; 12: 303-305 [PMID: 20462841 DOI: 10.1007/s12094-010-0508-6]
- 10 McNeill PM, Wagman LD, Neifeld JP. Small bowel metastases from primary carcinoma of the lung. *Cancer* 1987; 59: 1486-1489 [PMID: 3028602 DOI: 10.1002/1097-0142(19870415)59:8<1486::AID-CNCR2820590815>3.0.CO;2-W]
 - 11 Yoshimoto A, Kasahara K, Kawashima A. Gastro-intestinal metastases from primary lung cancer. *Eur J Cancer* 2006; 42: 3157-3160 [PMID: 17079136 DOI: 10.1016/j.ejca.2006.08.030]

编辑 黄新珍 电编 闫晋利



ISSN 1009-3079 (print) ISSN 2219-2859 (online) DOI: 10.11569 2013年版权归Baishideng所有

• 消息 •

《世界华人消化杂志》正文要求

本刊讯 本刊正文标题层次为 0 引言; 1 材料和方法, 1.1 材料, 1.2 方法; 2 结果; 3 讨论; 4 参考文献。序号一律左顶格写, 后空1格写标题; 2级标题后空1格接正文。以下逐条陈述: (1)引言 应包括该研究的目的和该研究与其他相关研究的关系。(2)材料和方法 应尽量简短, 但应让其他有经验的研究者能够重复该实验。对新的方法应该详细描述, 以前发表过的方法引用参考文献即可, 有关文献中或试剂手册中的方法的改进仅描述改进之处即可。(3)结果 实验结果应合理采用图表和文字表示, 在结果中应避免讨论。(4)讨论 要简明, 应集中对所得的结果做出解释而不是重复叙述, 也不应是大量文献的回顾。图表的数量要精选。表应有表序和表题, 并有足够具有自明性的信息, 使读者不查阅正文即可理解该表的内容。表内每一栏均应有表头, 表内非公知通用缩写应在表注中说明, 表格一律使用三线表(不用竖线), 在正文中该出现的地方应注出。图应有图序、图题和图注, 以使其容易被读者理解, 所有的图应在正文中该出现的地方注出。同一个主题内容的彩色图、黑白图、线条图, 统一用一个注解分别叙述。如: 图1 萎缩性胃炎治疗前后病理变化。A: …; B: …; C: …; D: …; E: …; F: …; G: …。曲线图可按●、○、■、□、▲、△顺序使用标准的符号。统计学显著性用: ^a $P<0.05$, ^b $P<0.01$ ($P>0.05$ 不注)。如同一表中另有一套 P 值, 则^c $P<0.05$, ^d $P<0.01$; 第3套为^e $P<0.05$, ^f $P<0.01$ 。 P 值后注明何种检验及其具体数字, 如 $P<0.01$, $t=4.56$ vs 对照组等, 注在表的左下方。表内采用阿拉伯数字, 共同的计量单位符号应注在表的右上方, 表内个位数、小数点、±、-应上下对齐。“空白”表示无此项或未测, “-”代表阴性未发现, 不能用同左、同上等。表图勿与正文内容重复。表图的标目尽量用 t/min , $c/(\text{mol/L})$, p/kPa , V/mL , $t/^\circ\text{C}$ 表达。黑白图请附黑白照片, 并拷入光盘内; 彩色图请提供冲洗的彩色照片, 请不要提供计算机打印的照片。彩色图片大小 $7.5\text{ cm}\times 4.5\text{ cm}$, 必须使用双面胶条粘贴在正文内, 不能使用浆糊粘贴。(5)志谢 后加冒号, 排在讨论后及参考文献前, 左齐。