

肛周管状腺癌多发转移1例报告

温玉墀^{1*}, 张 燕², 卿为家³, 李广云³, 李宏伟³, 张明浩³

¹中国人民解放军63710部队医院急诊医学科, 山西 忻州

²中国人民解放军63710部队医院外科, 山西 忻州

³中国人民解放军63710部队医院内科, 山西 忻州

收稿日期: 2024年11月25日; 录用日期: 2024年12月18日; 发布日期: 2024年12月27日

摘 要

目的: 了解肛周管状腺癌的临床特征及病理表现, 探讨如何更好地及早诊断和治疗。方法: 回顾性总结2021年我院收治的1例肛周管状腺癌患者的临床和病理资料。结果: 本例患者为青年男性, 以肛周包块为主要表现, 术前诊断为肛瘘, 术后病理提示: 肛周管状腺癌, 并于术后2月左右出现腹股沟淋巴结转移。结论: 肛周管状腺癌非常少见, 早期易误诊, 病情进展较快, 容易发生转移, 预后较差。

关键词

肛周癌, 管状腺癌, 转移

A Case Report of Multiple Metastases in Perianal Tubular Adenocarcinoma

Yuchi Wen^{1*}, Yan Zhang², Weijia Qing³, Guangyun Li³, Hongwei Li³, Minghao Zhang³

¹Department of Emergency Medicine, PLA 63710 Military Hospital, Xinzhou Shanxi

²Department of Surgery, PLA 63710 Military Hospital, Xinzhou Shanxi

³Department of Medicine, PLA 63710 Military Hospital, Xinzhou Shanxi

Received: Nov. 25th, 2024; accepted: Dec. 18th, 2024; published: Dec. 27th, 2024

Abstract

Objective: To understand the clinical characteristics and pathological manifestations of perianal tubular adenocarcinoma, and to explore how to better diagnose and treat it early. **Methods:** A retrospective summary was conducted on the clinical and pathological data of a patient with perianal tubular adenocarcinoma admitted to our hospital in 2021. **Results:** The patient in this case was a

*通讯作者。

文章引用: 温玉墀, 张燕, 卿为家, 李广云, 李宏伟, 张明浩. 肛周管状腺癌多发转移1例报告[J]. 临床医学进展, 2024, 14(12): 1188-1191. DOI: 10.12677/acm.2024.14123204

young male with perianal mass as the main manifestation. The preoperative diagnosis was anal fistula, and postoperative pathology showed perianal tubular adenocarcinoma with inguinal lymph node metastasis around 2 months after surgery. Conclusion: Perianal tubular adenocarcinoma is very rare, prone to early misdiagnosis, progresses rapidly, and is prone to metastasis, with a poor prognosis.

Keywords

Perianal Cancer, Tubular Adenocarcinoma, Metastasis

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 前言

肛周癌是一种较为少见的恶性肿瘤, 占所有大肠癌的 2%~3%。肛门周围肿瘤以鳞癌常见, 腺癌少见, 管状腺癌少有报道, 本病易于漏诊。2021 年, 我院收治了 1 例肛周管状腺癌多发转移患者。现报道如下。

2. 病历摘要

患者男, 38 岁, 因“肛周包块术后 1 年, 左腹股沟疼痛 10 月, 发热 1 月”于 2021 年 2 月 20 日入院。患者 1 年前因左侧肛周黄豆大小疼痛包块就诊于外院, 查体: 左侧卧位: 肛缘 3~7 点可见一包块, 大小约 4*2 cm, 表面有一破溃口, 皮肤略泛白, 质略硬, 无出血, 可触及条索样物通向肛内。肛门指诊: 肛内 3~7 点可触及一质硬包块, 压痛(+), 6 点处可触及凹陷, 指套无染血。外生殖器未见明显异常。辅助检查: 肛周彩超: 截石位: 经直肠腔内扫查: 6 点皮下可见低回声区, 通向齿线附近, 范围约 4*1.6 cm。CDFI: 可见点状血流信号。6 点齿线附近可见内口, 范围约 1.2*0.5 cm。超声提示: 肛瘘伴感染。初步诊断: 肛瘘; 肛周感染灶? 于 2020 年 3 月 11 日在腰麻下行肛瘘切除术。术中先用探针由入口沿瘘管曲折方向深入, 直达内口, 用电刀切开全部瘘管, 敞开瘘管, 在敞开的瘘管两侧皮肤上各作切口, 作整块瘘管切除。同时将肛周肿物切除, 并行痔切除术。术后病理回报: (肛周)鳞状上皮见异形的管状腺体广泛浸润。免疫组化示: MUC-1+, P63-, CK5-, CEA+, BRAF-, HER-2 (0), Ki67 约 90%, CK7+, CK20 部分+, MUC-2-, SATB2 (-), MLH1+, PMS2+, MSH2+, MSH6+, GCDPF-15 (-), CDX-2 (+)。诊断: 管状腺癌 III 级, 浸润皮下、横纹肌及脂肪组织, 未见肯定的脉管神经侵犯, 微卫星稳定型, 瘤组织来源于肠道。10 月前发现左腹股沟多发肿物, 最大的两枚约桂圆大小, 伴有疼痛, 就诊于外院。查体: 左腹股沟可触及 3*2 cm 及 2*1 cm 两枚肿大淋巴结, 质韧, 边界不清, 活动度尚可, 轻压痛。盆腔 MRI 平扫 + 增强提示: 肛周癌术后改变。左侧腹股沟肿大淋巴结, 考虑转移可能; 余双侧髂血管区及腹股沟区淋巴结稍大。全身 + 脑 PET/CT 结果回报: 术区局部可见呈线样 FDG 摄取增高, SUVmax = 5.76; 左侧腹股沟区可见多发代谢增高淋巴结影, 最大约为 1.8*2.5 cm, SUVmax = 6.12, 考虑转移; 双侧髂血管及右腹股沟区未见增大和异常代谢淋巴结。胃肠镜检查提示: 慢性胃炎, 反流性食管炎, 直肠炎。肿瘤标志物: CA19-9: 146.43 U/ml+, CA242: 23.4 U/ml+, CA72-4: 30.53 U/ml+, CA50: 28.89 U/ml+, 余阴性。于 2020 年 4 月 27 日行左腹股沟淋巴结清扫术。送检左侧腹股沟淋巴结 10 枚。病理回报: 左侧腹股沟淋巴结转移性癌及癌结节: 6/10 (腺癌, 中 - 低分化)。免疫组化结果: GCDPF-15 (-), AR (-), SATB2 (-), CDX-2 (+), CK7 (+), CK20 (-), Ki67 (约+80%)。2020 年 6 月出现左侧腹股沟皮肤多发黄豆大小结节,

行自觉疼痛,B超引导下穿刺病理提示:有少数癌细胞,可符合腺癌。2020年6月12日开始应用“XELOX”方案(注射用奥沙利铂 220 mg 静滴(3 h), d1; 卡培他滨 1.75 g 口服 2/日, d1~14; 治疗 2 周后停药 1 周)化疗,共进行 3 个周期。患者服用卡培他滨期间出现恶心、呕吐症状,给予口服甲氧氯普胺片等对症治疗,症状缓解。后换用“FOLFIRI”方案(伊立替康注射液 0.3 g 静滴, d1; 左亚叶酸钙 675 mg 静滴, d1; 5-氟尿嘧啶 625 mg 静脉推注, d1, 然后 4 g 连续 46 小时持续泵入, d1)化疗,每 2 周重复 1 次,共进行 2 次,患者用药期间腹泻、呕吐症状明显,给予口服蒙脱石散、静脉推注盐酸昂丹司琼注射液后症状好转。最后给予“mFOLFOX6”方案(奥沙利铂 175 mg 静滴(2 h), d1; 左亚叶酸钙 675 mg 静滴(2 h), d1; 5-氟尿嘧啶 625 mg 静脉推注, d1, 然后 4 g 连续 46 小时持续泵入, d1)化疗,每 2 周重复 1 次,共进行 2 次,用药期间出现呕吐,给予静脉推注盐酸昂丹司琼注射液后症状好转。化疗期间,给予同步放疗。治疗后复查腹股沟淋巴结增大,伴疼痛。2020 年 12 月左侧腹股沟皮肤结节增多,并出现破溃,就诊于外院,行胸部 CT 平扫加增强,结果提示:右肺下叶背段结节,考虑 MT; 右肺上叶胸膜下结节; 双侧胸膜及左侧叶间胸膜结节状增厚,考虑 MT; 左侧胸腔积液; 心包少量积液。盆腔 CT 平扫 + 增强:肛门外右侧壁稍增厚,左侧腹股沟瘢痕区软组织增厚,请结合临床; 左侧髂血管区及腹膜后增大淋巴结,转移可能。患者左侧大腿皮肤创面逐渐增大,疼痛加重,并出现发热及寒战,体温最高 39℃,伴咳嗽、咳痰、喘息及呼吸困难,以活动后为著,休息后缓解。为求进一步治疗入我院。既往有哮喘病史 5 年,否认家族肿瘤病史。查体:体温 37.8℃,脉搏 100 次/分,呼吸 24 次/分,血压 101/74 mmHg,神志清楚,精神欠佳,慢性病容,表情痛苦,自动体位,查体合作,眼睑无浮肿,巩膜无黄染,球结膜无充血水肿,睑结膜无苍白,口唇无紫绀,胸廓对称无畸形,胸骨无压痛,呼吸稍促,腹式呼吸,呼吸动度两侧对称,双肺呼吸音粗,可闻及少量呼气相干鸣音,未闻及湿性啰音。左侧腹股沟区可见陈旧性手术瘢痕,大片状约 10 cm*5 cm 溃疡,基底发白,未见明显肉芽组织增生,伴大量黄色脓性分泌物,周围皮肤色素沉着,质硬,可见多发皮下结节,触痛明显,截石位 5 点方向可见 2 cm*1 cm 的皮肤缺损,并可见少量黄色分泌物,阴茎及阴囊明显水肿。

初步诊断:1. 肛周管状腺癌术后 肺转移 胸膜转移 多发淋巴结转移 皮肤转移 皮肤破溃并感染; 2. 支气管哮喘。入院后化验回报:血常规示:白细胞计数 $26.8 \times 10^9/L$ 、血红蛋白 100 g/L、中性粒细胞百分比 89%、淋巴细胞百分比 6%、中性粒细胞绝对值 $23.9 \times 10^9/L$ 、淋巴细胞绝对值 $1.6 \times 10^9/L$,生化示:白蛋白 34.1 g/L 降低,其余正常,C-反应蛋白定量 111.32 mg/L 升高,降钙素原检测 1.93 ng/ml 升高,血沉 110 mm/hr 升高。入院后给予持续低流量吸氧、注射用头孢哌酮舒巴坦钠及奥硝唑氯化钠注射液抗感染、补液、止痛、解痉、化痰、平喘、外科换药及营养支持等对症支持治疗。经过治疗,患者体温降至 37℃,好转出院。

3. 讨论

肛门是一形态学概念,系指位于消化道末端、排泄粪便和气体的出口。从解剖学上看,根据美国癌症联合会(American Joint Commission on Cancer, AJCC)给出的定义,肛门是指由肛管和肛周共同构成的解剖学区域[1]。根据 AJCC 给出的定义,肛管的上界位于肛管直肠环的上缘,在齿状线以上 1~2 cm,下界位于肛管黏膜与肛缘皮肤的交界处[2],这一概念对应我们通常所说的“外科学肛管”。肛缘也称肛周,是指从肛管黏膜与皮肤交界处向外延伸 5 cm 之内的区域,由鳞状上皮覆盖[2]。肛门癌包括肛管癌及肛周癌,常见病理类型有鳞状细胞癌、基底细胞样癌、粘液表皮样癌、一穴肛原癌等,是一种少见的消化道肿瘤,人群发生率约 0.5~0.9 人/10 万/年,占结直肠癌的 1%~4%,其中肛管癌较肛周癌多见[3]。肛管癌发病率大约是肛周癌的 3 倍,肛周周围癌多见于男性(男女比例为 4:1)。肛周肿瘤的发生和肛周部位的各种有害刺激有关,比如人乳头状病毒感染引起尖锐湿疣,进而诱发患者出现肛周肿瘤。痔疮、肛裂等肛

周疾病长期慢性的炎症刺激也可以导致肛周肿瘤的发生。此外,长期辛辣饮食及高脂肪食物的摄入,会反复刺激肛门,也容易出现肛周肿瘤。

肛周癌的临床表现呈多样性,易引起误诊和漏诊,最常误诊的是肛周脓肿[4]。大部分患者自觉局部肿块或溃疡,其他主诉有出血、疼痛、瘙痒及溢脓[5]。大多数肛周癌是鳞状细胞癌,其次是基底细胞癌,未分化小细胞恶性肿瘤也有报道[4],腺癌少见,最常见报道的是黏液腺癌,多数人认为肛周粘液腺癌来源于肛导管或肛腺。肛周腺癌发病女性多于男性,腺癌生长迅速,并向周围组织浸润生长,应行广泛全切除术。肿瘤易发生肺、肝、骨骼及淋巴结转移。如果发生淋巴结转移,行淋巴结清扫术。肛周恶性肿瘤在不能切除或切除不彻底时,辅以放化疗,可以延缓肿瘤发展,延长患者存活时间。

管状腺癌是最常见的直肠癌,恶性度不算最大,但发生于肛周的管状腺癌未见报道。本病例发现肛周黄豆大小疼痛包块4年,伴有瘙痒、疼痛及出血,在外院术前查体及彩超检查提示肛瘘伴感染,术中考虑肛瘘,术后病理才明确肛周管状腺癌的诊断,且胃肠镜检查均未发现肿瘤,最终确诊。患者后期出现肺转移、胸膜转移、淋巴结转移及皮肤转移,预后差。本病极容易误诊。笔者认为,为了提高对本病的认识,需要注意以下两点:(1)对于长期的肛瘘一定要提高警惕,避免平时习惯于该类常见病的诊治而忽视了肛门周围癌的多样化临床表现。(2)如果肛瘘症状加重,局部分泌物增多,分泌液性状发生改变,可见果冻样分泌物、胶冻样液和(或)血性液,有可能发生癌变[6],要尽快行活检病理检查。

基金项目

战支部队卫勤态势感知评估与保障研究,项目编号:ZZCWS23J1021。

参考文献

- [1] Benson, A.B., Venook, A.P., Al-Hawary, M.M., *et al.* (2023) Anal Carcinoma, Version 2.2023, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, **21**, 653-677. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2023.0030>
- [2] Steele, S.R., Varma, M.G., Melton, G.B., *et al.* (2012) Practice Parameters for Anal Squamous Neoplasms. *Diseases of the Colon & Rectum*, **55**, 735-749. <https://doi.org/10.1097/DCR.0b013e318255815e>
- [3] 顾晋. 直肠肛门部恶性肿瘤[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2007: 314.
- [4] 柳红盼, 田振国. 肛周癌误诊肛周脓肿1例[J]. 中国误诊学杂志, 2008(1): 99.
- [5] 喻德洪. 现代肛肠外科学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1997: 339.
- [6] 陈志康, 陈子华, 伍韶斌, 等. 慢性肛瘘癌变(附6例临床分析) [J]. 中国普通外科杂志, 2006, 15(10): 669-771.