

结肠癌误诊为克罗恩病 1 例报道

过文昊 杨雅婷 叶玲娜

结肠癌是消化道常见恶性肿瘤,起病隐匿,早期常仅见粪便隐血试验阳性,在临床症状上与克罗恩病亦有许多相似之处。临床上结肠癌误诊为克罗恩病的报道很少见,现报道 1 例结肠癌误诊为克罗恩病的诊治体会。

1 临床资料

患者,46 岁男性,工人,因“腹泻便血 8 个月余,反复恶心呕吐 4 个月余”入院。患者 2021 年 4 月无明显诱因下出现腹泻,每日大便 3 次,不成形,可见血便,色鲜红,当地医院完善结肠钡餐造影、肠镜等提示升结肠病变,考虑克罗恩病可能,予美沙拉嗪片抗炎治疗后症状好转。2021 年 8~10 月反复肠梗阻发作,分别至多家三甲医院就诊,腹部增强 CT (2021 年 9 月)提示:升结肠管壁增厚,并局部小穿孔肠周围炎性渗出,回结肠系膜区多发肿大淋巴结;小肠重建 CT(2021 年 10 月)提示:回肠末段、升结肠、结肠肝曲及右半横结肠肠壁不均匀增厚毛糙伴异常强化,周围多发饱满淋巴结及渗出改变,炎症改变可能;周围多发囊性占位,肠瘘伴包裹可能,部分病变与十二指肠降段分界不清,可疑管腔相通。2 次肠镜均示升结肠黏膜结节增生改变并管腔狭窄,炎症性病变可能性大;肠镜病理示:黏膜急慢性炎,部分隐窝结构改变、隐窝炎,考虑克罗恩病并发肠瘘可能,存在手术指征,但手术难度大,建议全肠内营养后再次评估手术,但患者全肠内营养不耐受,遂至我院进一步就诊。一般情况:自起病以来体重下降 15 kg。既往史、个人史、家族史无殊。入院查体:无阳性体征。辅助检查:营养状态评估:血红蛋白 90 g/L,白蛋白 25.9 g/L,前白蛋白 5.4 mg/L。

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2022.009.025

作者单位:310016 浙江杭州,浙江大学医学院附属邵逸夫医院病理科(过文昊),消化内科(杨雅婷、叶玲娜)

通讯作者:叶玲娜,Email:13777429719@163.com

炎症负荷评估:超敏 C 反应蛋白 42.5 mg/L;血沉 5 mm/hr;粪钙卫蛋白:27 $\mu\text{g/g}$ 。感染筛查:结核感染 T 细胞试验、结核菌素试验、EB 病毒 IgM、巨细胞病毒 IgM 阴性。肿瘤指标:癌胚抗原 5.4 ng/ml。胸部 CT:右上肺及左下肺斑片模糊影,炎症考虑。肛周评估:肛管 MR 显示肛管后半壁黏膜及内括约肌炎症。患者反复肠梗阻,升结肠病变,提示肠瘘可能,肠内营养不耐受,拟行外科手术。术前检查:CT 小肠造影(CT enterography, CTE)示结肠肝曲及十二指肠降部间软组织影,并可见多发瘘管形成,余肠壁未见明显增厚;结肠造影检查:提示十二指肠降部见条状对比剂延伸至升结肠内,升结肠显影;胃镜:十二指肠降部乳头对侧一大小约 0.7 cm 的瘘口,周围黏膜略增生,靠近瘘口大量粪水涌出,从瘘口处远眺可透见对侧肠腔(见封三图 7)。患者于 2022-1-10 行外科手术,术中见肿块位于结肠肝曲,直径约 5 cm,局部已浸润至浆膜层(见封三图 8)。术中冰冻:(肠壁结节)腺癌。遂行腹腔镜转开腹右半结肠切除术+肠系膜淋巴结清扫+肠粘连松解术+十二指肠修补术+回肠造口+空肠营养性造口术+胆囊切除术+胆总管切开引流术。术后病理:中-低分化腺癌(肿瘤芽分级:3 级),累及浆膜层,未见明显淋巴结转移(见封三图 9)。最终诊断:结肠腺癌并结肠-十二指肠瘘。患者术后一般情况可。

2 讨论

结肠癌具有高发病率和致死率的特点,是消化道常见恶性肿瘤。年龄、饮食、家族遗传、生活习惯、肠道疾病等都与结肠癌的发生息息相关^[1]。克罗恩病是一种慢性炎性肉芽肿性疾病,多见于末端回肠和邻近结肠,但从口腔至肛门各段消化道均可受累,呈节段性分布。以腹痛、腹泻、体重下降为主要临床表现,常有发热、疲乏等全身表现,肛周脓肿或瘘管等局部表现,以及关节、皮肤、眼、口腔黏膜

等肠外损害。影像学上克罗恩病、溃疡性结肠炎、结肠癌有时亦很难轻易去鉴别。

结肠癌常表现为肠壁偏侧性增厚,形成的软组织肿块一般较大,累及范围较局限,肿块强化程度较克罗恩病更低,侵及肠管外时可出现脂肪间隙密度增高,但不会出现炎症引起的“齿梳征”表现^[2]。结肠癌肠段病变较为局限,而克罗恩病为多节段,病变范围不局限,而且克罗恩慢性穿透所导致的肠瘘在影像和内镜下多有菊花瓣样黏膜纠集的表现且瘘口多较小。

少部分结肠癌可合并肠瘘,不同部位结肠癌累及的肠段不一,少数肝曲部的局部进展期结肠癌还会累及周边脏器,以侵及十二指肠最常见,甚至穿透肠管形成十二指肠结肠瘘,病人常出现腹痛、腹泻、消化道出血等不典型症状,容易漏诊^[3,4]。结肠癌侵及十二指肠形成结肠-十二指肠瘘病例于1862年由Haldane首次报道,至2017年只报道70例^[5],较为少见。

本次研究患者因结肠癌而导致肠腔狭窄,因此结肠镜及下消化道造影检查结果与克罗恩病比较相似,而克罗恩病病程后期也可因肠腔狭窄导致肠梗阻。并且患者具有结肠癌和克罗恩病的相似临

床表现,如腹泻、消瘦等。如果肠镜检查因病变狭窄无法完成时,应及时行下消化道造影、腹部CT检查或者CT仿真模拟肠镜,以帮助诊断。总之,临床上遇到病变局限的结肠狭窄,需高度警惕肿瘤的可能,并发肠瘘时需考虑及时手术以明确诊断。

参考文献

- 1 伊遥,徐朝晖.结直肠癌56例病因调查与分析[J].中国肛肠病杂志,2019,39(6):75.
- 2 梁建业,张玉婷,史长征,等.结肠克罗恩病误诊为结肠癌1例[J].广东医学,2016,37(20):3005.
- 3 Kamath AS, Iqbal CW, Pham TH, et al. Management and outcomes of primary coloduodenal fistulas[J]. J Gastroint Surg, 2011, 15(10):1706-1711.
- 4 余嘉贤,曾新宇,吕剑波,等.右半结肠癌侵及十二指肠伴内瘘一例报道[J].腹部外科,2022,35(2):141-142.
- 5 Timbol ABG, Co VCO, Djajakusuma AV, et al. Duodenocolic fistula diagnosed by endoscopy: A rare complication of colon cancer[J]. BMJ Case Reports, 2017, 2017 (feb06 2):bcr2016218050.

(收稿日期 2022-05-16)

(本文编辑 高金莲)

(上接第853页)

析,发现其中36.1%合并DIC,3.5%合并血栓性血小板减少性紫癜相关表现,7.8%合并溶血性尿毒征相关表现。不同病因处理措施不同,血栓性血小板减少性紫癜、溶血性尿毒需即刻采取血浆置换等进一步治疗,因此进一步区别肿瘤相关性MAHA的原因非常重要。本例患者早期有MAHA表现,但凝血功能等正常,后期出现血浆凝血酶原时间及活化部分凝血酶原时间延长、低纤维蛋白原血症,血小板进行性下降,因此合并DIC可能性大。

实体肿瘤并发MAHA预后极差,目前无有效方法,明确病因并及时采取血浆置换、替代性输注新鲜冰冻血浆和血小板可延长生存时间。有效的抗肿瘤治疗,包括靶向药物、生物免疫治疗、姑息性减瘤治疗,亦有助于延长患者生存时间。本例患者行姑息性肿瘤切除后,生存时间2个月左右,值得参考。

实体肿瘤合并MAHA,症状隐匿,容易漏诊,临床工作中,特别是基层卫生工作人员更应引起重视,重视病史采集,对于不能解释的进行性贫血,血小板

减少,需要关注实验室检查中的胆红素、乳酸脱氢酶、网织红细胞细胞计数、凝血功能,及时采集外周血涂片、骨髓检查等,有助于早期发现,及时诊治。

参考文献

- 1 王荷花,周振海,欧阳涓,等.隐匿性弥漫性癌肿相关微血管病性溶血性贫血4例并文献分析[J].中国肿瘤临床与康复,2011,18(4):316-319.
- 2 Antman KH, Skarin AT, Mayer RJ, et al. Microangiopathic hemolytic anemia and cancer: A review[J]. Med Clin (Baltimore), 1979, 58(5):377-384.
- 3 Lechner K, Obermeier HL. Cancer-related microangiopathic hemolytic anemia: Clinical and laboratory features in 168 reported cases[J]. Medicine (Baltimore), 2012, 91(4): 195-205.
- 4 Maria TP, Alessandro B, Francesco F, et al. Thrombotic thrombocytopenic purpura secondary to an occult adenocarcinoma[J]. Oncologist, 2005, 10(4):299-300.

(收稿日期 2022-01-20)

(本文编辑 葛芳君)