

原发性小肠腺癌合并胶囊内镜致术后 二次肠梗阻 1 例报告

张迪 邓欣 赖建勤 黄华平 王利勇 龚瑾*

(暨南大学附属第一医院胃肠外科, 广州 510630)

文献标识: D 文章编号: 1009-6604(2021)01-0087-03

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2021.01.021

小肠腺癌患病率低, 临床症状不典型, 术前诊断主要通过影像学检查和内镜检查确定。肠梗阻为胶囊内镜的检查禁忌证, 胶囊内镜导致术后肠吻合口梗阻在临床较为少见。我科 2019 年 7 月收治 1 例原发性小肠腺癌合并术前胶囊内镜残留肠吻合口致二次肠梗阻, 报道如下。

1 临床资料

女, 55 岁。主因上腹痛 1 年, 加重伴恶心呕吐 1 个月于 2019 年 7 月 1 日入院。患者 1 年前间断出现上腹部疼痛, 未予重视及治疗, 1 个月前反复呕吐, 可见胆汁样胃内容物。2019 年 6 月 25 日在外院行胶囊内镜检查, 胶囊内镜一直没有排出, 为求进一步治疗来我院(在外院未行影像学检查)。该患者 10 年前曾诊断为癫痫, 一直口服拉莫三嗪治疗。入院查体: 腹部平坦, 未见胃肠型及其蠕动波, 肠鸣音稍亢进, 腹软, 上腹部压痛, 全腹未触及肿块, 震水音阳性, 叩诊鼓音。入院腹部 X 线片示: 左侧腹部不典型气液平, 盆腔投影区可见胶囊内镜(图 1)。甲胎蛋白、糖类抗原 199 及癌胚抗原水平正常。全腹增强 CT 示: 第 3 组小肠肠管局限性狭窄, 狭窄段长约 1.8 cm, 管壁增厚, 近段小肠肠管可见气液平面; 第 2 组小肠内见结节状金属致密影(图 2)。经科室讨论后拟行腹腔镜探查 + 部分小肠切除术, 腹腔镜下见距 Treitz 韧带 40 cm 处近端肠管扩张, 远端肠管空虚, 二者交界处的梗阻点见一约 1.5 cm 肿物(图 3)。从 Treitz 韧带开始向远端探查全段小肠至回盲部, 未见胶囊内镜, 考虑胶囊内镜术后自行排出, 延长脐下切口, 将目标小肠拖出体外, 直线切割闭合器切除包括肿瘤在内的 10 cm 小肠(图 4), 用直线切割闭合器在体外行肠管侧侧吻合, 手指检查

吻合口通畅良好(吻合完成后常规检查吻合口是否通畅的方法: 使用肠钳分别探视吻合口近端及远端; 牵开吻合口, 在直视下检查吻合口是否通畅; 用手指触摸吻合口两侧)^[1], 血运尚可。小肠肿物切除顺利, 手术时间 2 h, 术中出血 50 ml。

术后第 2 天患者自诉腹痛、腹胀, 无排气、排便, 腹平片检查示腹部肠管扩张积气(图 5)。怀疑胶囊内镜导致吻合口肠梗阻, 留置胃管行胃肠减压并当天对该患者进行开放手术探查。术中见胶囊内镜卡在吻合口处, 探查吻合口通畅性, 肠吻合口可通过 1 根手指。切除吻合口, 取出胶囊内镜(图 6), 用直线切割闭合器重新行肠管侧侧吻合术。第 2 次手术后第 3 天患者排气, 当天拔除胃管, 术后第 5 天全流饮食, 术后第 8 天半流饮食, 术后 11 d 拆除切口缝线、恢复正常饮食, 顺利出院。第 1 次手术后病理: 小肠中度至低分化腺癌(图 7), 切除 14 枚淋巴结未见癌转移, 根据病理及影像学检查分期为 II A 期(pT3N0M0)^[2], 尚属于早期小肠腺癌。患者身体素质差, 不能耐受化疗(BMI 为 15.1), 综合考虑暂不予进一步治疗, 嘱患者定期复查。电话随访, 患者无诉不适, 饮食及大小便正常, 未到医院进行复查。

2 讨论

小肠癌仅占有胃肠道恶性肿瘤的 1% ~ 2%, 其中腺癌占小肠癌的 30% ~ 40%^[2]。小肠腺癌好发于十二指肠(50%), 其次是空肠(30%)和回肠(20%)^[3]。小肠腺癌的临床表现不典型, 早期仅表现为腹痛、腹胀及黑便^[4]。常用的影像学检查包括: 腹部 X 线、CT 或 MRI。腹部 X 线片可对肿瘤造成的肠梗阻有诊断意义。CT 或 MRI 可以评估局部肿瘤浸润的程度及远处转移情况。对于小肠疾病和

* 通讯作者, E-mail: gongjin153@163.com

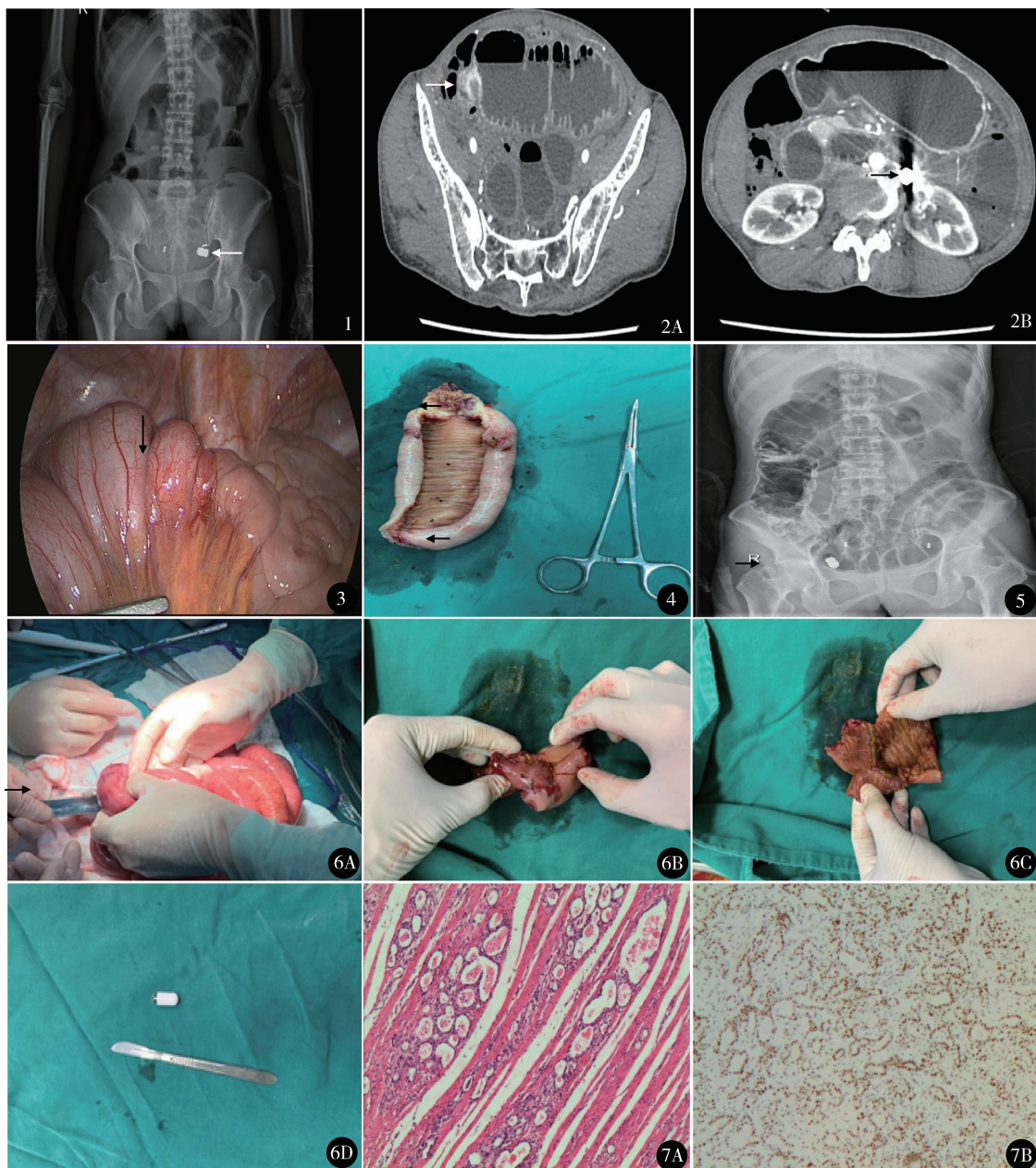


图1 腹平片:左侧腹部不典型气液平面;右下腹金属致密影,考虑胶囊内镜 图2 A.腹部增强CT:第3组小肠肠管局限性狭窄,狭窄段长约1.8 cm,管壁增厚,增强扫描明显强化,近段小肠肠管扩张,可见气液平面;B.第2组小肠内见结节状金属致密影 图3 腹腔镜下黑色箭头为小肠梗阻点,钝头钳可触及肠管肿物,近端肠管明显扩张,远端空虚 图4 切除小肠肿瘤和近端肠管。红色箭头示肠内肿瘤;黑色箭头示肠管近端切缘,肠管内黑色颗粒为患者入院前吃下的火龙果籽 图5 小肠肿瘤切除、肠吻合术后第2天X线显示肠管明显扩张,盆腔右侧可见胶囊内镜影 图6 A.检查吻合术的通畅性,见胶囊内镜在吻合口处停留;B.切除的小肠吻合口;C.肠吻合处未发现明显狭窄;D.从小肠中取出胶囊内镜 图7 A.(小肠)中-低分化腺癌,癌组织浸润至浆膜层,脉管未见癌侵犯,神经可见癌侵犯(HE染色 $\times 100$);B.免疫组化染色($\times 100$):CK8(+),CDX-2(+),P53(-),MLH1(+),MSH6(+),PMS2(+),MSH2(+),Syn(-),Ki-67 50%(+)

肿瘤疾病的整体检测,MR与CT肠道造影的敏感性要更高一些^[5,6]。内镜检查包括:双气囊小肠镜、胶囊内镜。双气囊小肠镜可以观察整个小肠的情况并对小肠病变进行干预^[7],但是该检查操作时间较长,对操作者技术水平要求较高,且经口检查过程中患者会有些许不适^[8]。胶囊内镜检查舒适性高,对

整个小肠黏膜检查详细,但无法对肠道肿物进行活检,且肠道狭窄的患者有存在梗阻的风险^[9]。测试小肠通畅性的探路胶囊可以在消化道内自发溶解^[10],剩余的不溶性薄膜包衣仍会在消化道内停留并引起肠梗阻^[11]。因此,在胶囊内镜甚至是探查小肠通畅性的探路胶囊使用之前,评估胃肠道通畅性

对减少胶囊内镜残留有重要意义。

本例以反复腹痛入院,外院考虑胃镜和肠镜检查中使用麻醉药可诱发癫痫^[12],未对该患者进行胃肠镜检查。双气囊内镜检查和胶囊内镜最主要的适应证是不明原因的消化道出血,2 种检查在慢性腹痛中的应用存在争议。胶囊内镜在慢性腹痛患者中诊断价值有限,一项系统评价研究表明^[13],只有 2.1% 的长期腹痛患者被胶囊内镜诊断为小肠肿瘤。对于仅患有慢性腹痛,并且缺乏炎症肠病标志物或内镜、影像学检查结果的患者,美国胃肠病学协会不建议直接使用胶囊内镜进行检查^[14]。

我们采用延长脐下切口的方式进行开放探查,术中见吻合口血供尚可,包括吻合口在内的近端肠管扩张,肠蠕动差,胶囊停留在吻合口处。考虑梗阻存在原因如下:①患者长期存在小肠梗阻,近端肠管扩张明显,肠管本身蠕动能力差,行侧侧吻合时,肠管两端均将环形肌切断,吻合口段的肠管蠕动功能进一步下降,排空功能不全。②肠管侧侧吻合口在肠管内无内容物的情况下基本上处于关闭状态。肠管内容物下行时往往先冲击残端,受阻后引起强烈蠕动,再自残端反流,经过吻合口向下运行。胶囊内镜不能像食糜一样随着肠道蠕动改变形状,有停留在吻合口处的可能。③近端肠管扩张明显,吻合口存在炎性水肿,患者近端肠管内残留的少许食物可能会进一步加重梗阻。

小肠手工吻合主要采取肠管双层吻合技术,即间断或连续肠管全层内翻缝合,加上肠壁浆肌层缝合,包埋层次多,操作时间长,术后常容易发生吻合口狭窄^[15]。直线切割型吻合器集切割、吻合功能于一体,术中操作时简便,不需要过多的游离吻合口周围的系膜,保证吻合口的血供,减少吻合口缺血坏死的发生^[16]。相比于手工吻合,直线切割型吻合器可减少吻合口早期水肿和后期瘢痕而导致的狭窄,利于肠内容物的通过,减少吻合口张力,较快恢复肠功能。

由于小肠腺癌患病率低,临床表现不典型,缺乏特异性的筛查方法,小肠腺癌确诊难度高于结直肠癌^[3]。胶囊内镜仍是小肠疾病诊断的重要手段,在进行胶囊内镜检查前仔细的询问病史,使用影像学手段评估消化道的通畅性,可以降低胶囊滞留的风险。胶囊内镜滞留的大部分患者无任何临床症状,仅有少部分滞留的胶囊可引起肠道梗阻及肠道穿孔等严重的并发症。胶囊内镜发生滞留的地方多是病变的位置,如果发生急性肠梗阻或者肠道穿孔等急性并发症,可以通过手术取出停滞的胶囊并对原发病进行治疗。

在进行诊断时我们要掌握小肠腺癌各项检查的适应证和禁忌证,充分评估消化道的通畅性,减少因

检查或肠道准备导致的肠梗阻或者肠道穿孔等急性并发症,做好围手术期准备,减少意外情况的发生。

参考文献

- 1 彭朝阳,丁恒一,司建伟. 不规范使用管状吻合器导致吻合口梗阻(附 40 例报道). 中国普外基础与临床杂志,2017,8(1): 1003-1005.
- 2 Benson AB, Venook AP, Al-Hawary MM, et al. Small bowel adenocarcinoma, version 1.2020, NCCN clinical practice guidelines in oncology. J Natl Compr Cancer Netw,2019,17(9):1109-1133.
- 3 Halfdanarson TR, McWilliams RR, Donohue JH, et al. A single-institution experience with 491 cases of small bowel adenocarcinoma. Am J Surg,2010,199(6):797-803.
- 4 Lech G, Korcz W, Kowalcayk E, et al. Primary small bowel adenocarcinoma: Current view on clinical features, risk and prognostic factors, treatment and outcome. Scand J Gastroenterol, 2017,52(11):1194-1202.
- 5 Masselli G, Casciani E, Poletti E, et al. Magnetic resonance imaging of small bowel neoplasms. Cancer Imaging,2013,13(1): 92-99.
- 6 Masselli G, Di Tola M, Casciani E, et al. Diagnosis of small-bowel diseases: prospective comparison of multi-detector row CT enterography with MR enterography. Radiology, 2016, 279(2): 420-431.
- 7 Mitsui K, Tanaka S, Yamamoto H, et al. Role of double-balloon endoscopy in the diagnosis of small-bowel tumors: the first Japanese multicenter study. Gastrointest Endosc,2009,70(3):498-504.
- 8 Cazzato IA, Cammarota G, Nista EC, et al. Diagnostic and therapeutic impact of double-balloon enteroscopy (DBE) in a series of 100 patients with suspected small bowel diseases. Dig Liver Dis, 2007,39(5):483-487.
- 9 Cheung DY, Lee IS, Chang DK, et al. Capsule endoscopy in small bowel tumors: a multicenter Korean study. J Gastroenterol Hepatol, 2010,25(6):1079-1086.
- 10 Römmele C, Brueckner J, Messmann H, et al. Clinical experience with the PillCam patency capsule prior to video capsule endoscopy: a real-world experience. Gastroenterol Res Pract, 2016, 2016: 9657053.
- 11 Seike T, Yamato M, Suda T, et al. A case of small bowel adenocarcinoma that caused intestinal obstruction after administration of patency capsule. Clin J Gastroenterol,2020,13(4):522-526.
- 12 Zhao X, Wang X. Anesthesia-induced epilepsy: causes and treatment. Expert Rev Neurother,2014,14(9):1099-1113.
- 13 Xue M, Chen X, Shi L, et al. Small-bowel capsule endoscopy in patients with unexplained chronic abdominal pain: a systematic review. Gastrointest Endosc,2014,81(1):186-193.
- 14 Enns RA, Hookey L, Armstrong D, et al. Clinical practice guidelines for the use of video capsule endoscopy. Gastroenterology, 2017,152(3):497-514.
- 15 沈凯,周刚,叶颖江,等. 不同肠管吻合方式对吻合口愈合的影响. 中华实验外科杂志,2012,29(1):89-91.
- 16 Law WJ, Chu KW, Ho JW, et al. Risk factors for anastomotic leakage after low anterior resection with total mesorectal excision. Am J Surg,2000,179(2):92-96.

(收稿日期:2020-05-10)

(修回日期:2020-08-14)

(责任编辑:李贺琼)