

阑尾类癌的术中诊断分析——附 12 例报道

张康为, 项雄华, 钱英明, 杨煊, 张维军 (浙江省宁波市镇海龙赛医院外三科, 浙江 宁波 315200)

摘要:目的 探讨如何提高阑尾类癌患者的术中诊断率, 避免二次手术。方法 分析 1992 ~ 2000、2001 ~ 2007 年我院 12 例阑尾类癌患者的临床资料。结果 1992 ~ 2000 年阑尾类癌患者 7 例均在阑尾切除术后病理发现, 2 例行二次手术治疗; 2001 ~ 2007 年 5 例, 其中 4 例在术中探查阑尾管腔后行快速病理切片后发现, 1 例术中改行右半结肠切除术, 1 例在阑尾切除术后病理发现, 无二次手术病例。结论 术中常规剖开阑尾管腔探查, 对可疑者, 做快速病理切片并探查阑尾系膜及肠系膜淋巴结, 可以提高阑尾类癌的术中诊断率, 减少二次手术机会。

关键词: 阑尾; 类癌; 术中诊断

中图分类号: R730.49; R735.36

文献标识码: B

文章编号: 1007-7693(2008)07-0681-02

阑尾类癌临床少见, 由于缺乏特异性症状和体征, 术前诊断成功率极低^[1]。我院自 2001 年以来术中切除阑尾后常规剖开, 探查阑尾管腔内壁, 发现可疑病例即送快速病理切片, 同时探查阑尾系膜及肠系膜淋巴结, 提高了术中诊断率, 减少了二次手术率。现将分析报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

1992 ~ 2000 年我院阑尾切除病例共 3824 例, 其中急性阑尾炎 3056 例, 慢性阑尾炎 744 例, 阑尾黏液囊肿 17 例, 阑尾类癌 7 例。我们将这 7 例阑尾类癌病例设定为 A 组, 其中, 男性 2 例, 女性 5 例, 年龄 18 ~ 79 岁; 术前诊断为急性阑尾炎 6 例, 慢性阑尾炎 1 例, 均在术后病理切片中发现阑尾类癌。术后 2 例再行右半结肠切除术 (> 2 cm 位于阑尾尖端者和 1 ~ 2 cm 位于基底部者)。2001 ~ 2007 年我院阑尾切除病例共 2 479 例, 其中急性阑尾炎 2 137 例、慢性阑尾炎

329 例、阑尾黏液囊肿 8 例、阑尾类癌 5 例。我们将这 5 例阑尾类癌病例设定为 B 组, 其中, 男性 2 例、女性 3 例, 年龄 27 ~ 72 岁, 术前诊断为急性阑尾炎 4 例、慢性阑尾炎 1 例, 术中行快速病理切片后确诊 4 例, 探查见阑尾系膜淋巴结肿大 1 例, 予术中右半结肠切除术 (> 2 cm 位于中段者); 术后病理切片发现 1 例, 病变位于阑尾尖端, 直径约 0.5 cm, 未再行二次手术。两组病例都随访 1 ~ 5 年, 未见复发、转移的病例。

1.2 方法

自 2001 年以来, 我们在阑尾切除术中将阑尾标本常规剖开, 清洁纱布沾除管腔分泌物, 肉眼观察管腔有无结节、隆起, 用食指触摸阑尾管腔内壁, 当阑尾管腔触摸到较硬的圆形肿物或管壁增厚、变硬时, 送快速病理切片, 探查阑尾系膜及肠系膜淋巴结。

1.3 两组类癌病例情况对照

两组类癌病例情况对照见表 1。

作者简介: 张康为, 男, 副主任医师

Tel: (0574) 86299138

E-mail: Panjianya@nbip.net

表 1 两组类癌病例情况对照

	姓名	性别	年龄	术前 诊断	位置	大小	类癌 综合征	术后 病理	有无淋 巴结转移	是否 二次手术	术中 诊断率	二次 手术率	5年 生存率
A组	王芳	女	54岁	急阑	尖端	2.3 cm	无	腺类	未查	是	0%	29%	100%
	高宣华	男	68岁	急阑	基底	1.6 cm	无	典型	未查	是			
	张丽	女	18岁	急阑	尖端	0.8 cm	无	典型	未查	否			
	杨玉叶	女	79岁	急阑	中段	1.2 cm	无	典型	未查	否			
	赵彩虹	女	42岁	急阑	中段	0.9 cm	无	典型	未查	否			
	李小菊	女	64岁	慢阑	尖端	1.2 cm	无	腺类	未查	否			
	陈军	男	32岁	急阑	尖端	0.8 cm	无	混合	未查	否			
B组	李克学	男	42岁	急阑	尖端	0.8 cm	无	典型	未见	否	80%	0%	100%
	张小翠	女	72岁	急阑	中段	0.8 cm	无	典型	未见	否			
	王海松	男	35岁	急阑	尖端	0.5 cm	无	腺类	未查	否			
	孙燕 ¹⁾	女	27岁	慢阑	中段	2.2 cm	无	典型	有	否			
	邵梅	女	31岁	急阑	尖端	1.2 cm	无	典型	未见	否			

注:急阑表示急性阑尾炎;慢阑表示慢性阑尾炎;典型表示典型类癌;腺类表示腺类癌;混合表示混合性类癌;¹⁾病例术中改行右半结肠切除术。

2 结果

在 A组病例中,术前、术中无一例确诊病例,所有病例的确诊均在术后的常规病例检查后(即术中诊断率为 0),2例行二次手术治疗(即二次手术率约 29%);在 B组病例中,术中探查见可疑病例 9例,术中快速病理切片证实类癌 4例,术后常规病例检查证实 1例(即术中诊断率为 80%),无二次手术病例(即二次手术率为 0%)。

3 讨论

阑尾类癌临床发病率低,缺乏特异性症状和体征,很容易被忽视,哪怕是有丰富临床经验的外科医师亦难以在术前对阑尾类癌做出正确且及时的诊断,即使在西方国家,其术前诊断成功率也几乎为零;国内报道同样如此^[1,2]。

阑尾类癌术前诊断困难,往往以急、慢性阑尾炎入院治疗,通过术中常规探查阑尾管腔内壁及阑尾系膜淋巴结可以提高其术中诊断率。阑尾切除术是普外科医师最基本手术之一,多为 5年以下低年资医师操作,他们经验相对欠缺,考虑问题不够全面,容易引起阑尾类癌的术中漏诊。提高术中诊断率是减少二次手术的主要途径,而术中对阑尾的仔细检查和快速病理切片是提高阑尾类癌术中诊断率的两个关键。阑尾类癌多数表现为阑尾内壁黏膜下呈圆形或椭圆形坚韧的黄褐色结节,与周围分界清楚,无真正包膜。当术中探查阑尾管腔内壁时触摸到较硬的圆形或椭圆形肿物时应警惕此病,并送快速切片,同时探查阑尾系膜及肠系膜淋巴结,决定是否扩大手术范围。

提高阑尾类癌的术中诊断率,可以减少二次手术机会。以往认为,当阑尾类癌直径 <1 cm时,几乎不发生远处转移,行包括系膜在内的单纯阑尾切除已足够^[4];直径 >2 的肿瘤远处转移率高,原则上应行右半结肠根治切除手术;直径在 1~2 cm者应根据类癌的性质、部位、侵犯程度、有无淋巴结转移等多项情况来决定是否行右半结肠切除术^[1,3]。正常阑尾直径约 0.6±0.1 cm,急性单纯性阑尾炎的直径 1.07±0.21 cm,急性化脓性阑尾炎的直径 1.43±0.15 cm,急性坏疽性阑

尾炎的直径 1.50±0.44 cm^[5]。阑尾即使在炎症状态下管壁厚度也不会超过 0.97 cm(直径不超过 1.50+0.44=1.94 cm);当阑尾炎合并类癌时,若肿瘤直径 >1 cm,亦大于阑尾管壁厚度,肿瘤组织会突出于管腔或浆膜层,表现为结节、隆起,这种病变在仔细探查阑尾管腔内壁时是可以发现的,发现可疑病例术中快速病理切片检查确诊,必要时术中改行阑尾类癌的根治性手术;若肿瘤直径 <1 cm,术中有漏诊的可能,但这种直径 <1 cm的阑尾类癌,几乎不发生远处转移,行包括系膜在内的单纯阑尾切除已足够^[4],亦不需要二次行根治性手术。

术中剖开阑尾管腔探查是一种简单、可行而有效的方法。一般阑尾切除后,肉眼观察阑尾炎症情况后,关闭腹腔,切除的阑尾送病理检查;而术中常规规诊探查阑尾管腔内壁后再关闭腹腔,最多也只是延长 2 min的手术时间,同时快速病理切片作为一种检查方法,已经基本普及到二甲医院;在没有快切的医院,术中探查阑尾管腔后发现可疑病例,继续探查阑尾系膜及肠系膜淋巴结,探查结果也有助于向患方告知病情及判定是否术中改行扩大手术,减少了二次手术机会。

参考文献

[1] 陈道瑾,甘毅. 阑尾类癌的研究及治疗进展[J].中国现代手术学杂志,2005,9(4):317-320.
[2] 杨枫. 34例阑尾类癌临床病理观察[J].实用肿瘤杂志,1998,13(6):369-370.
[3] 周光文,蔡伟耀,等. 阑尾肿瘤 11 例诊治探讨[J].中国实用外科杂志,1999,19:675-673.
[4] Kulke MA, Mayer RJ.类癌最新进展[J].世界医学杂志,2000,4(10):18-19.
[5] 张颖,谢荣庆,等. 急性阑尾炎病理分型与超声图像的相关研究[J].中国基层医药,2004,11(12),1480.

收稿日期:2008-04-03