

妊娠合并结肠癌 1 例

王洁 周桓生 李佳伟 李秋怡 车艳辞

(青岛大学附属医院妇产科, 山东 青岛 266003)

患者, 30 岁, 因“孕 3 产 1, 孕 34⁺ 周。发现腹部包块 1 月, 右下腹痛 1 d”于 2019 年 4 月 7 日收入我院产科。患者于外院定期行产科检查, 1 月前超声检查发现腹部占位, 20 d 前于我院行 MRI 检查: 右侧腹腔占位, 大小约为 112 mm×104 mm×90 mm, 与周围肠管分界不清, DWI 呈高信号, 病灶内可见管状伪影。肿瘤标记物: 癌胚抗原(CEA) 25.31 μg/L, 糖类抗原 125(CA125) 16.90 kU/L, 糖类抗原 19-9 (CA19-9) 6.79 kU/L, 建议手术。3 年前曾行子宫下段横切口剖宫产术。入院前 1 d 患者活动后出现右下腹痛, 呈持续性, 活动后加重, 无阴道流血、流液, 胎动如常, 急诊来院。入院时患者神志清楚, 心肺未见异常, 右侧腹部可触及直径约 5 cm 大小包块, 活动度难以查清。产科检查: 宫高 30 cm, 腹围 102 cm, 胎心率 163 min⁻¹, 胎位呈右枕横位。入院超声检查: 孕妇宫体右上方、肝右叶下方探及一约 9.69 cm×8.76 cm×7.14 cm 大小的低回声团块, 形状欠规则, 边缘可见分叶状突起, 团块内回声不均, 可见一较粗的蒂(直径约为 3.81 cm)连于深部, CDFI 示其内动脉血流的峰值流速约 11.86 cm/s, RI 0.59。实验室检查血红蛋白 89 g/L。入院诊断: ①腹痛原因待查: 疑为妊娠合并卵巢囊肿蒂扭转; ②腹腔包块性质待诊; ③孕 3 产 1 孕 34⁺ 周、单活胎、头位; ④瘢痕子宫; ⑤妊娠合并贫血。入院后给予促胎肺成熟治疗后于当日在硬膜外麻醉+全身麻醉下行子宫下段横切口剖宫产术+根治性右半结肠切除术。术中娩 1 女婴, 体重为 2 080 g, 1 min Apgar 评分 10 分, 转入新生儿科。术中见: 横结肠肝曲有一 18 cm×16 cm 大小的质硬肿块, 侵透肠壁, 与肝脏、侧腹膜、右肾脂肪囊及十二指肠粘连, 距回盲部约 30 cm 小肠及系膜与肿瘤浸润粘连。手术顺利。术后转入重症医学科给予抗感染、抑酸、输血浆等综合治疗。患者于术后 3 d 转入急诊普外科继续给予对症支持治疗。于术后 8 d 出院。术后病理检查: ①(回盲部) 低分化腺癌, 部分呈黏液腺癌(环周溃疡型, 约 13 cm×10 cm×9 cm 大小), 侵达浆膜, 脉管癌栓(+), 未累及小肠切缘、结肠切缘及送检远切缘, 肠周淋巴结内见癌转移(3/5), 另见癌结节(8 个)。②阑尾黏膜下、肌层及浆膜层多处血管腔内见癌栓。免疫组化结果: CKpan(+), Syn(-), CgA(-), CD56(-), SATB2(+), CDX-2(+), Villin(+), CK7(-), CK20(+), 并且 Ki-67 阳性率约 95%。术后基因检测示 BRAF、MSH2、MSH6、POLE、APC、BRCA2 等多个基因突变。肿瘤病理分期: T4bN2bM1 IV 期。术后第 39 天于本院肿瘤科给予周期化疗, 第 1 周期给予奥沙利铂+卡培他滨方案, 患者服用卡培他滨胃肠道不耐受。第 2~6 周期给予 FOLFOX 方案治疗。患者目前仍在化疗中, 病情无进展。随访新生儿情况好。

讨论 GENS 等^[1] 的研究显示, 妊娠期结肠癌(CC) 的发病率约 0.002%~0.100%。约 3% 的 CC 患者年龄在 40 岁以下。妊娠期 CC 的症状缺乏特异性, 容易导致诊断延迟。妊娠期随着子宫不断增大, 腹部器官位置发生移位, 孕妇本身可出现与胃肠道肿瘤相似的症状, 如腹痛、便秘、贫血等, 这是延误诊断的主要原因。妊娠期腹部超声检查是一种相对安全的诊断方法, 但只有在腹腔有明显占位时价值较大。MRI 检查具有高分辨率和无创性, 已被证明是临床前肿瘤诊断的一种有效检查手段。由于对子宫施加机械压力导致胎盘早剥的

风险增加, 因此结肠镜检查相对禁忌^[1]。本例孕妇 30 岁, 以腹痛为首发症状。因产检行超声检查发现腹腔包块于普外科首诊, 随后进行了 MRI 检查, 如此巨大的包块也往往提示病情处于晚期, 术后病理检查结果也证实了这点。

SAIF^[2] 的研究显示, 正常孕期中, CEA 和 CA199 在羊水中的含量相当高, 而两者在母体血清中的水平却持续保持低值, 不随孕期进展而变化, 因此对 CC 诊断有一定的临床价值。本例患者 CEA 值高于正常范围, 但 CA199 值处于正常, 因此肿瘤标记物更多地用于对治疗疗效的评估和对肿瘤复发的监测。

对于孕期发现 CC 的患者, 终止妊娠的时机主要取决于孕周。XU 等^[3] 的研究显示, 妊娠期≤20 周在确诊后需立即进行手术切除病灶, 以最大程度地阻止病情进展。同时, 应根据个人意愿及生育要求考虑是否终止妊娠; 孕周≥20 周, 如不存在紧急情况, 则可以考虑将手术推迟到胎肺成熟或分娩后^[4]。分娩方式首选经阴分娩, 但是腹腔肿瘤在顺娩时易破裂、出血, 并且难以保证孕妇短时间内分娩, 而行剖宫产手术的同时可以切除病灶, 安全有效。术后应根据病理分期进行放疗或化疗, 研究显示, 晚期辅助化疗在手术 6~8 周内开始时可提高患者总体生存率^[5-6]。本例患者的腹腔肿瘤从发现到怀疑恶性, 经历的时间很短, 在完成促胎肺成熟后迅速终止妊娠, 并于术后第 39 天行静脉化疗, 与普遍共识基本一致。

妊娠合并 CC 早期诊断仍然存在一定的困难, 临床医师应该提高对 CC 的认识和识别风险的能力, 对妊娠期症状同样不容忽视。这样才能在肿瘤早期进行鉴别和诊断, 为尽早诊治提供帮助。

[关键词] 结肠肿瘤; 妊娠; 产前诊断; 体征和症状; 治疗

[中图分类号] R714.255; R735.35 **[文献标志码]** B

[参考文献]

- [1] GENS H M C, BARBOSA L E R. Colorectal cancer in pregnant women[J]. J Coloproctology, 2017, 37(3): 255-262.
- [2] SAIF M W. Management of colorectal cancer in pregnancy: A multimodality approach[J]. Clin Colorectal Cancer, 2005, 5(4): 247-256.
- [3] XU Y Z, KONG B H, SHEN K. Adenocarcinoma of the ascending colon in a 31-year-old pregnant woman: A case report[J]. Medicine (Baltimore), 2018, 97(51): e13707.
- [4] BIAGI J J, RAPHAEL M J, MACKILLOP W J, et al. Association between time to initiation of adjuvant chemotherapy and survival in colorectal cancer: A systematic review and meta-analysis[J]. JAMA, 2011, 305(22): 2335-2342.
- [5] PETRELLI F, ZANIBONI A, GHIDINI A, et al. Timing of adjuvant chemotherapy and survival in colorectal, gastric, and pancreatic cancer. A systematic review and meta-analysis[J]. Cancers (Basel), 2019, 11(4): E550.
- [6] MAUS M K, HANNA D L, STEPHENS C L, et al. Distinct gene expression profiles of proximal and distal colorectal cancer: Implications for cytotoxic and targeted therapy[J]. Pharmacogenomics J, 2015, 15(4): 354-362. (本文编辑 耿波 厉建强)

[收稿日期] 2020-01-25; **[修订日期]** 2020-03-27

[通讯作者] 车艳辞, Email: cheyanci@126.com