

■ 技术·思维

罕见的碰撞癌： 肺腺癌与前列腺癌碰撞

□陈海洋 浩利丹 王莉莉 文/图

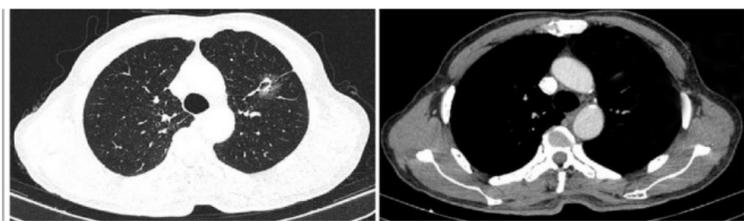


图1

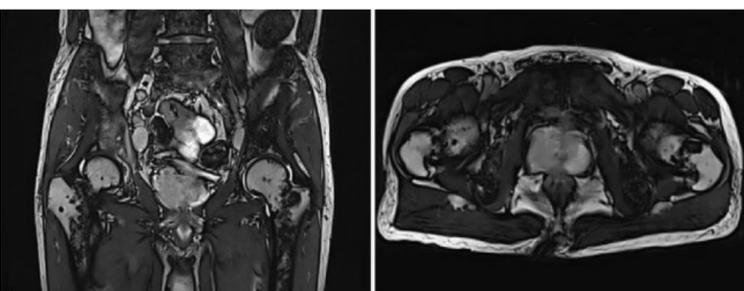


图2

临床病例

患者为男性，71岁，平素体弱，吸烟史30余年（每天20支），因上腹部不适伴胸闷1个多月就诊。2020年8月7日，患者的胸部CT（计算机断层扫描）检查结果提示：左肺上叶混杂磨玻璃结节，恶性可能（图1）。由于患者的肿瘤标志物NSE（神经元特异性烯醇化酶）值为27.01纳克/毫升，于是我们给他做了肺穿刺活检，结果提示：原位腺癌，浸润不排除。肺腺癌（肺癌的一种类型）诊断明确。盆腔MRI（磁共振成像）检查结果提示：前列腺右侧外周带异常信号，前列腺癌可疑（图2）。肿瘤标志物PSA（前列腺特异性抗原）值

为1552纳克/毫升，fPSA（游离的前列腺特异性抗原）值为138.9纳克/毫升，fPSA/PSA为0.09，CEA（癌胚抗原）值为4.39纳克/毫升。ECT（一种利用放射性核素的检查方法）检查结果提示：1.前列腺右侧异常浓聚，考虑前列腺癌；2.左肺上叶不规则磨玻璃密度灶，考虑肺癌；3.腹膜后及盆腔多发淋巴结转移（考虑前列腺癌淋巴结转移）；4.多发骨转移。PSMA（前列腺特异性膜抗原）检查结果提示：骨转移来源于前列腺癌。

结合上述检查结果，临床诊断为：左肺上叶原位腺癌合并前列腺癌骨转移的双原发癌。根据患者的实际情

况，专家会诊后，建议进行左肺腺癌手术切除，同时给予口服阿比特龙联合醋酸戈舍瑞林治疗前列腺癌。2020年9月3日，患者接受了胸腔镜下左肺上叶切除+系统性淋巴结清扫术。患者的术后病理检查结果令人感到意外。术后病理检查结果提示：（右肺上叶）肿瘤总大小1.8厘米×1.3厘米×1.6厘米，肺浸润性腺癌，以腺泡型为主，未累及脏层胸膜，其间可见少许筛状异型细胞巢。免疫组化检查结果及病史均支持前列腺癌转移（碰撞癌），在第5组淋巴结内两癌碰撞。

同时，明确有驱动基因对于肺腺癌患者的辅助治

疗具有重要意义。对患者的术后肺组织进行肺腺癌26基因检测，结果提示：EGFR（表皮生长因子受体）19号外显子缺失突变。PD-L1（程序性死亡受体配体1）<1%。最终，患者被明确诊断为：左肺腺癌和前列腺癌碰撞，前列腺癌伴肺、淋巴结、骨多发转移（IV期）。

2020年10月23日，患者开始接受奥希替尼80毫克（每天一次）术后辅助靶向治疗。术后，患者按照上述方案维持治疗，并定期复查，肿瘤控制良好，未见复发（图3）。

临床讨论

碰撞癌是指2种或2种以上相邻而组织学上不同的恶性肿瘤存在于同一器官，之间没有组织学混合物或中间细胞群区域，它们有独立的形态学，相互之间没有移行性改变，且分界清楚。

碰撞癌的相关理论基础有：1.两种不同肿瘤细胞系的同时增殖。2.分化为两种成分的多能前体干细胞的共同起源。3.两个不相关的肿瘤的机会并列。有人提出，碰撞癌的发生是随机事件。有人则认为，碰撞癌在组织学上是具有差异的瘤内肿瘤，可能继发于先前经过手术、创伤或放射治疗的原发性肿瘤。还有人假设是邻近的原发性肿瘤可能诱导周围细

胞转化为不同类型的肿瘤，从而形成碰撞。

前列腺癌最常见的淋巴结转移应该是腹盆腔淋巴结转移，常见的远处器官转移分别是肝转移、肺转移和骨转移。肺门及纵隔淋巴结引流区是肺癌常见的淋巴结转移部位，前列腺癌转移至胸淋巴结并不常见。目前，关于碰撞癌的发生机制似乎并不能解释我们所遇到的这个肺腺癌与前列腺癌的胸部碰撞。为了找到这个碰撞癌的发生原因，目前，我们正通过病理显微切割及高通量测序的方法进行进一步的研究。

因为碰撞癌比较少见，因此目前对于碰撞癌没有统一的治疗方案，应结合具体病例制订个体化的治疗策略。在病理活检对于碰撞癌的确诊至关重要。要明确碰撞癌的类型，以便选择最佳治疗方案。

对于这个患者，我们针对早期原发性肺腺癌进行了根治性手术，并结合患者的驱动基因状态在术后应用EGFR靶向药物辅助治疗，可以大大改善患者的预后；同时，针对患者是晚期前列腺癌，对他进行内分泌治疗结合双磷酸盐抗骨转移治疗，病情控制良好。

（作者供职于河南省肿瘤医院）

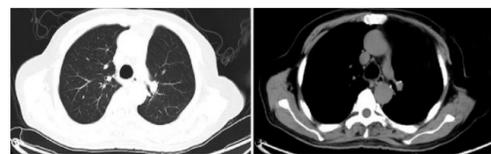


图3

■ 医技在线

临床讨论

本组5名有手术切除史的患者术前均被告知简单切除。其中，3名患者术中未发现囊肿壁与直肠壁关系密切。对这3名患者，手术人员担心损伤直肠壁出现肠瘘而残留部分囊肿壁，导致骶前囊肿6个月后复发。另外2名患者因为囊肿壁与骶前筋膜关系密切，术中出现骶前静脉出血，被姑息性切除部分囊肿壁。需要注意的是，相当多的外科医生没有认识到骶前囊肿复发后，由于囊肿壁受炎症、粘连、结构改变等因素的影响，再次手术时极难找到囊肿边界，从而不能根治性切除。对于这2名患者，因为他们多次手术，囊肿边界无法显示，最终没有达到根治性切除，要长期留置引流管，形成顽固性窦道，给他们的身体带来巨大的痛苦。

骶前囊肿外科切除理念

我和同事认为，骶前囊肿虽然为良性病变，但是在囊肿壁与直肠壁、阴道壁或骶尾骨关系密切而导致分离困难时，宁可切除受累的部分直肠壁及阴道壁，进行横结肠造瘘术；宁可切除受累的骶尾骨韧带，一定要彻底切除囊肿壁，否则囊肿复发，再难有根治性切除的机会。然而，骶前囊肿为良性病变，多范围切除受累脏器，可能导致脏器功能障碍，让手术人员及患者均难以接受。国内有的学者对残留的囊肿壁给予化学物质，进行腐蚀处理。但我们认为这样做难以根除病变。

骶前囊肿切除的技巧

- 1.主要根据个人习惯选取取刀位或截石位。
- 2.如果骶前囊肿的位置较低、体积小，不需要开腹，可根据习惯采取取刀位或截石位。
- 3.如果骶前囊肿的位置较高、体积大，需要联合开腹，主要采取截石位。

截石位具有以下优点：一般不用切除骶尾骨，可暴露术野；术中用骶尾骨做参照物，不易伤及周围神经；术中不用变换体位。

开腹的适应证：骶前囊肿位置高，突入盆腔，需从上面分离，或从骶前分离容易误伤盆腔脏器（可在腹腔镜下监视），抑或需要预防性造瘘。

近端肠管预防性造瘘的指征：直肠浆肌层广泛剥离；直肠壁受损伤破溃；直肠壁部分切除；直肠游离后裸露严重，阴道受损。

在会阴部进行手术时，需要注意：

- 1.术中可能出现囊内压力升高而致溃破，可将手伸进囊内顶起囊肿壁，以分辨其与周围组织的关系；如果囊肿壁不完整，一定要严格检查是否有囊肿壁残留。
- 2.如果术中骶前出血或广泛渗血，可以采用骶前棉垫压迫止血法；术后直肠内放置尿管。

本组骶前囊肿切除的优点

- 1.减少盆腔脏器损伤。
- 2.盆腔组与会阴组手术人员相互引导分离方向。盆腔空间相对狭小，如果没有会阴组手术人员的指引，盆腔组手术人员很难沿着组织间隙分离囊肿至骶尾前。
- 3.降低了骶内血管出血的概率。如果术中出现盆腔侧壁血管严重出血，通过盆腔可直接缝扎双侧骶内动脉，以控制出血。
- 4.会阴部的弧形切口有利于骶前暴露。
- 5.会阴部的弧形切口有利于棉垫填塞止血，经骶前辅助性切口填塞棉垫是简单有效的止血方法。
- 6.横结肠预防性造瘘。

总而言之，对于骶前囊肿，不能仅凭影像学表现就轻易地进行手术切除。手术人员要充分考虑到该病的临床特点及技术操作难点，选择合适的手术方式，争取彻底切除病变，尽可能降低复发的概率。

（作者供职于郑州大学第一附属医院）

□王刚成

手术理念和技巧（下）

■ 临床笔记

对一例主动脉壁间血肿病例的 诊治分析

□李顺启 文/图

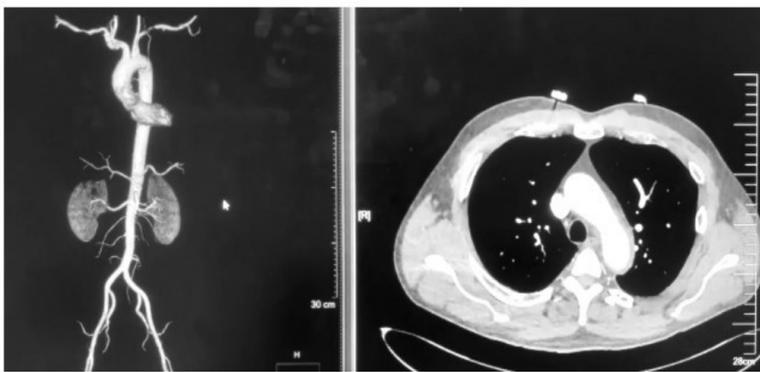


图1

病例

40岁的张先生因“突发胸背部疼痛20小时”在当地医院就诊，后被急诊转至河南省胸科医院心血管外科十病区。

张先生入院后，病区主任肖长波查看影像资料，发现张先生的左锁骨下动脉远端、胸主动脉壁呈新月形及环形增厚，内缘光滑，未见明显血流灌注，诊断为B型主动脉壁间血肿。

医务人员给予张先生控制血压、镇痛等对症治疗，采取等待观察策略，并定期进行主动脉CTA（非创伤性血管成像技术）复查。

3月26日，张先生进行主动脉CTA复查，结果显示仍有明显血肿，未完全吸收（图1）。医务人员给予控制血压、心率和卧床休息等对症治疗。

4月5日，张先生进行主动

脉CTA复查，结果显示血肿已明显吸收，可见左锁骨下动脉远端有一个小溃疡（图2）。医务人员继续给予控制血压、心率等对症

4月11日，张先生进行主动脉CTA复查，结果显示血肿基本吸收，左锁骨下动脉远端可见一个非常小的溃疡（图3），暂时不需要手术处理。

分析

主动脉壁间血肿是指主动脉壁内出血或主动脉壁内局限血肿形成。

为什么会发生主动脉壁间血肿？常见的原因是主动脉中层囊性坏死、滋养血管破裂或主动脉壁梗死，使血液溢出至中膜外层靠近外膜的部分。慢性高血压和马方综合征是主动脉壁间血肿的两个主要危险因素，其他危险因素包括糖尿病、妊娠、

有大量连续吸烟史或腹主动脉疾病等。

主动脉壁间血肿分为A型与B型。A型主动脉壁间血肿累及升主动脉，伴或不伴有累及降主动脉；B型主动脉壁间血肿未累及升主动脉。

A型主动脉壁间血肿

单纯进行药物保守治疗的A型主动脉壁间血肿患者发生不良临床事件（进展为主动脉夹层、需要手术治疗或死亡）的概率约为32%。若合并心包积液、升主动脉溃疡、升主动脉瘤，一般应紧急进行手术。

严格的药物治疗适应证：

- 1.主动脉直径<50毫米且血肿厚度<10毫米。
- 2.血压控制良好。
- 3.疼痛缓解。

对于选择药物治疗的患者，若病情稳定，建议定期进行主动

脉CTA复查，以评估病情变化。

外科手术治疗的适应证：

- 1.合并心包积液、升主动脉溃疡、升主动脉瘤。
- 2.进展为典型的主动脉夹层或主动脉瘤样扩张、破裂。
- 3.血肿厚度>10毫米。

B型主动脉壁间血肿

药物治疗是B型主动脉壁间血肿的首选方案。

药物保守治疗的适应证：

- 1.收缩压控制在100毫米汞柱~120毫米汞柱（1毫米汞柱=133.322帕），心率<60次/分。
- 2.镇静止痛、镇咳。
- 3.预防和治疗电解质紊乱、肺栓塞、大便秘结等。
- 4.密切随访，建议在发病初期14天~30天内进行影像学复查，首选CTA复查。

外科手术治疗的适应证：

- 1.合并局限性强化血池和/或溃疡样凸起表现，且复查结果提示病情加重。
- 2.持续胸痛或胸痛复发，用药物控制无效。
- 3.近期出现胸腔或心包积液进行性增加，疑有破裂倾向。

（作者供职于河南省胸科医院）

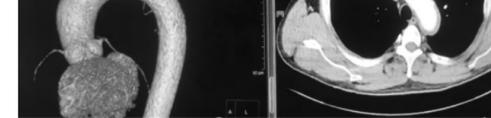


图2



图3

征稿

科室开展的新技术，在临床工作中积累的心得体会，在治疗方面取得的新进展，对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《临床提醒》《误诊误治》《医学影像》等，请您关注，并期待您提供稿件。

稿件要求：言之有物，可以为同行提供借鉴，或有助于业界交流学习；文章可搭配1张~3张医学影像图片，以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

电话：(0371)85967002

投稿邮箱：337852179@qq.com

邮编：450046

地址：郑州市金水东路河南省卫生健康委8楼医药卫生报社总编室