

## 原发性直肠黑色素瘤病例报道

通讯作者：陈思（1982-），女，硕士，吉林大学第一医院结直肠肛门外科护士长

第一作者：王立杰（1989-），女，本科，吉林大学第一医院结直肠肛门外科护士

### 摘要：

**目的** 提高对原发性直肠黑色素瘤的临床认识以及总结其治疗方法。**方法** 回溯性分析本院收治的 1 例直肠原发性黑色素瘤患者的临床病例资料，并结合国内对黑色素瘤的相关报道总结临床诊治经验。**结果** 原发性黑色素瘤临床表现缺乏特异性，且术前诊断较为困难，主要依赖于病理手段。而且，其治疗主要以手术为主，而直肠黑色素瘤根治术后，多需要永久造口，造口过程中，多发生造口旁疝以及肠管外漏。**总结** 原发性直肠黑色素瘤术前诊断难，术后需要永久造口，且经常伴随造口旁疝的发生。因此，后期的护理对于延长生命和提供生活质量具有重要意义。

### 关键词：

直肠、黑色素瘤、原发性、造口旁疝

### 1 病理资料

患者，女性，51 岁，排便习惯改变半年余，患者自述半年来排便习惯改变，排便频繁、偶有便秘、腹痛，排便偶有带血 1 年余。主诉就诊于吉林大学中日联谊医院，行肠镜并病理（报恶性肿瘤），为求系统诊疗转于吉林大学第一附属医院。门诊以“直肠肿物”收入我科。病程中无恶心、呕吐，无发热、无尿频、尿痛、尿急、血尿，睡眠尚可。患者浅表淋巴结未触及肿大；头颅：外形无畸形，无包块，毛发分布均匀，颅骨无压痛，无瘢痕；眼：眼睑无水肿，双眼球无突出，双眼球无震颤，无眼球活动受限，结膜无充血、无水肿，巩膜无黄染，角膜透明，角膜反射存在，双侧瞳孔等大等圆，直径：左 3.0 mm，右 3.0 mm，对光反射灵敏，辐辏反射正常；耳：耳廓外形正常，外耳道无分泌物，乳突无压痛，听力粗测正常。鼻：鼻外形正常，鼻中隔居中，无鼻翼扇动，无分泌物，无出血，鼻腔通畅，鼻唇沟对称，额窦、无压痛异常情况描述；口腔：口唇无苍白，牙龈无肿胀、无出血，口腔粘膜完整，伸舌居中，无震颤，口腔无异味，无缺齿；咽：咽无充血，悬雍垂居中，扁桃体双侧无肿大，无脓性分泌物，发音清晰；颈项运动自如，无颈抵抗，未见颈动脉异常搏动，未见颈静脉怒张，未及血管杂音，气管位置居中。甲状腺未触及肿大，质软，无压痛，未及震颤，未闻及血管杂音；胸廓：正常，运动对称描述，无胸骨压痛，无皮下气肿；肺：呼吸运动一致，语颤双侧对称，双肺叩诊清音叩诊异常描述，语音传导正常语音传导异常描述，双肺呼吸音清，未闻及干湿性啰音。无胸膜摩擦音；心：心前区无隆起，心尖搏动点位于左侧第 5 肋间锁骨中线心尖搏动点位于左锁骨中线距离 0.5cm，未见异常搏动异常搏动请描述部位，未触及震颤，未触及心包摩擦感，心率 77 次/分，心律齐，心音正常，P2<A2，无杂音，无心包摩擦音；腹部平坦，腹式呼吸正常，未见肠胃蠕动波，未见腹壁静脉曲张，腹软，无肌紧张，无压痛及反跳痛有压痛及反跳痛情况时请具体描述，未触及腹部包块如有包块请描述部位、大小、形状、硬度、压痛、移动度、搏动，腹部叩诊音鼓音，移动性浊音阴性，肠鸣音 4-5 次/分，未及血管杂音；肝（胆）：肝肋下未触及如触及请描述大小、质地、表面边缘有无结节、压痛和搏动情况。Murphy 征阴性，肝颈静脉回流征阴性；脾：脾肋下未触及如触及请描述大小、质地、表面边缘有无结节、压痛和搏动情况脾区无叩痛，如触及请描述肋下、脐下、过中线长度、质地表面边缘移动度；肾：双肾未及，季肋点无压痛，上输尿管点无压痛，中输尿管点无压痛，肋脊点无压痛，肋腰点无压痛，肾区无叩痛；肛门及外生殖器异常；脊柱生理弯曲存在，活

动无受限，无压痛，无叩压痛；四肢无畸形，关节无红肿及压痛，主动正常，无杵状指趾，无肌肉萎缩，无静脉曲张，无水肿；腹壁反射正常异常内容描述；神经系统反射反射对称异常内容描述。Babinski 阴性,Kernig 征阴性,Brudzinski 征阴性；直肠指诊：胸膝位：肛门 12 点到 15 点位可见一肿物脱出，肛周皮肤未见明显红肿破溃，肛周无触痛，直肠指诊：入指肛门松紧度正常，距肛缘约 4cm 约 4 点到 6 点可触及一隆起型肿物，约 0.8-1.4CM，活动欠佳，质软，无触痛，退指未见指套脓血染。

患者辅助检查结果：直肠占位盆腔薄层高分辨率平扫+增强+弥散(2022-09-28)；检查所见：肿瘤 T-分期，病变定位，腹膜反折以下、未受累 参照肿瘤下缘至肛缘。下段直肠癌：5cm 以内，肿瘤下缘距肛直肠环距离 (3.9cm) 大小测量，肿块型，斜轴位测量：1.3x1.5cm。矢状位测量 (纵径)：1.9cm 病变环绕肠周径 1/2-3/4 周，肿瘤浸润程度描述-T 分期，T2:肿瘤侵犯固有肌层，但未穿透固有肌层。

诊断及治疗：直肠恶性黑色素瘤(pT2N0M1 IV 期)，行直肠黑色素瘤根治术后，发现右侧髂血管旁转移瘤。病理诊断：[直肠]恶性黑色素瘤 伴粘膜表面溃疡形成；肿瘤体积 3.3cm\*3cm\*1cm 浸润深度约 1cm；肿瘤侵及固有肌层 累及齿状线；核分裂象约 10-15 个/平方毫米；脉管及神经未见明确肿瘤浸润；两切缘及环周切缘未见肿瘤；肠周淋巴结未见肿瘤转移 (0/19)；免疫组化：Ki-67(+50%)，CK-pan(-)，Vimentin(+), HMB45(+), S-100(+), CD117(-), Cyclin D1(部分+), SOX10(+), CD20(-), CD3(-), Melan-A(+). 2022-11-08 上腹部、下腹部、盆腔多排 CT 平扫+三期增强。

2022 年 11 月 16 日开始行[卡瑞利珠单抗+白蛋白紫杉醇+安罗替尼]治疗 1 疗程，然后合并用药：奥美拉唑 40 mg，2022.12.08 静点，预防保胃；多烯磷脂酰胆碱 3 支，2022.12.08 静点，预防保肝；碳酸氢钠注射液 2.00 g，2022.12.08 静点，碱化尿液；盐酸帕洛诺司琼注射液 0.25 mg，2022.12.08 静脉注射，预防呕吐；地塞米松磷酸钠注射液：2022.12.08，5.00mg，1/日，静脉注射，预防呕吐。患者及家属要求出院后继续口服安罗替尼治疗，嘱其出院注意事项，办理出院手续。

出院后病人共进行了 8 次定期复查，复查结果如下：① 右肺上叶、左肺下叶结节 (2022-9-29-至今) 尚无法定性，定期复查。② 血沉增高：2022 年 11 月 16 日-至今，CTCAE 5.0 1 级，暂无特殊处置，定期复查。③ 无症状性菌尿：2022 年 12 月 07 日-至今，CTCAE 5.0 1 级，与卡瑞利珠单抗可能无关，与白蛋白紫杉醇可能无关，与安罗替尼可能无关，患者无不适，暂无处置，定期复查。④ 高甘油三酯血症：2023 年 03 月 12 日-至今，CTCAE 5.0 1 级，与卡瑞利珠单抗可能有关，与白蛋白紫杉醇可能有关，与安罗替尼可能有关，患者无不适，暂无处置，定期复查。⑤ 甲状腺毒症：2022 年 12 月 27 日-2023 年 03 月 12 日，CTCAE 5.0 1 级，与卡瑞利珠单抗可能有关，与白蛋白紫杉醇可能有关，与安罗替尼可能有关，患者无不适，暂无处置，定期复查。⑥ 高低密度脂蛋白胆固醇血症：2023 年 2 月 16 日-至今，CTCAE5.0 1 级，与卡瑞利珠单抗可能有关，与白蛋白紫杉醇可能有关，与安罗替尼可能有关，患者无不适，暂无处置，定期复查。⑦ 高胆固醇血症：2023 年 2 月 16 日-至今，CTCAE5.0 1 级，与卡瑞利珠单抗可能有关，与白蛋白紫杉醇可能有关，与安罗替尼可能有关，患者无不适，暂无处置，定期复查。⑧ 甲状腺功能减退症：2023 年 03 月 12 日-至今，CTCAE 5.0 2 级，与卡瑞利珠单抗可能有关，与白蛋白紫杉醇可能有关，与安罗替尼可能有关，患者无不适，给予优甲乐治疗，定期复查。

## 2 并发症

本患者诊断为直肠黑色素瘤（pT2N0M1 IV 期），然后行直肠黑色素瘤根治术，并进行腹部造口，造口出现造口旁疝及肠管外漏（如图 1）。



图 1 患者造口旁疝及肠管外漏（2023.3.22）

随后用普朗特对患者造口旁疝处进行消毒冲洗，然后使用银离子敷料进行敷育，最后贴美皮康保护（如图 2）。经过 24 天的护理，患者的造口旁疝完全愈合。



图 2 对患者造口旁疝及肠管外漏处进行护理

## 3 讨论

黑色素瘤是一种起源于黑色素细胞的高度恶性肿瘤，多发生于皮肤，也见于黏膜、内脏器官、眼葡萄膜和软脑膜等部位(1)。而我国人群好发于肢端皮肤（足底、足趾、手指末端和甲下等部位）。值得注意的是恶性黑色素瘤不会传染，但可能存在个别的家族性多发现象(2)。流行病学调查显示黑色素瘤常发于成人，极少见于幼童，且皮肤白皙的白种人发病率明显高于深色皮肤的亚洲人和非洲人。研究表明，恶性黑色素瘤多由先天性或获得性的良性黑色素细胞痣演变而成，也可由发育不良的痣恶变而来(3)。目前，黑色素瘤大约占全部肿瘤的 4%，近年来，黑色素瘤的发病率和死亡率连年升高，且致死年龄逐渐偏低。目前，有关黑色素瘤的治疗，仍以早期手术原位切除为主，且没有特效药(4)。

正如我们上文所提到，黑色素瘤多发于皮肤部位，但是近年来有许多案例报道黑色素瘤也会发生于一些非常见部位。如原发性卵巢恶性黑色素瘤(5)、原发性肝脏黑色素瘤(6)、尿道外口恶性黑色素瘤(7)、纵隔原发性巨大恶性黑色素瘤(8)和肺原发恶性黑色素瘤(9)。目前仍不清楚这些部位黑色素瘤的发生机制。而我们在本文中报道的原发直肠恶性黑色素瘤，属于罕见且鲜有人报道的病例。因此，该病例的发现和报道将进一步为认识黑色素瘤的发生机制提供新的视角。黑色素瘤作为一种恶性肿瘤，多会经血液转移到肝脏、肺部、骨骼等脏器，但是，我们在本病例中，未见直肠部位的黑色素瘤发生转移。

在本病例中，对患者行直肠黑色素瘤根治术后，由于直肠黑色素瘤位置偏低，需要为患

者永久性造口。但是，患者永久性造口后，出现了造口旁疝及肠管外漏的并发症。目前，仍不清楚出现造口旁疝的原因，我们推出可能有以下几种可能性：手术操作不当：造口旁疝就是指腹腔内组织或器官在腹壁切除口中突出形成的一种物质。如果患者在做腹腔手术的时候，术中操作比较粗心，就会使局部的血管以及神经损伤过多或手术操作过程中消毒不严格、止血不彻底，都有可能会导致患者出现切口感染，或者造口旁疝的发生；造口位置选择不当：如果患者在做手术的时候造口位置选择不当，就有可能增加患者出现造口旁疝的几率，而且经腹切口高于腹部切口出现造口旁疝的几率；营养状况不佳：如果患者本身比较肥胖或有贫血的情况，做完手术之后也会增加患者出现造口旁疝的几率；腹内压力升高：如果做完手术之后，患者出现剧烈的咳嗽或腹胀，就有可能导致腹内压力升高，出现造口旁疝的现象。

尽管出现造口旁疝的可能性原因有很多，但是，我们仍不清楚其出现旁疝的具体原因和机制。在本病例中，患者出现造口旁疝后，我们历经 17 天的精心护理，成功解决了造口旁疝，并使患者的造口逐渐痊愈。

1. Rastrelli M, Tropea S, Rossi CR, and Alaibac M. Melanoma: epidemiology, risk factors, pathogenesis, diagnosis and classification. *In Vivo*. 2014;28(6):1005-11.
2. Ahmed B, Qadir MI, and Ghafoor S. Malignant Melanoma: Skin Cancer-Diagnosis, Prevention, and Treatment. *Crit Rev Eukaryot Gene Expr*. 2020;30(4):291-7.
3. Bobos M. Histopathologic classification and prognostic factors of melanoma: a 2021 update. *Ital J Dermatol Venerol*. 2021;156(3):300-21.
4. Chattopadhyay C, Kim DW, Gombos DS, Oba J, Qin Y, Williams MD, et al. Uveal melanoma: From diagnosis to treatment and the science in between. *Cancer*. 2016;122(15):2299-312.
5. 唐易然, 黄小琴, 罗春等.原发性卵巢恶性黑色素瘤 1 例[J]. 现代医药卫生 2022,38(14):2515-2518.
6. 潘志宏, 毛家玺, 薛源等.原发性肝脏黑色素瘤汇总分析[J].中华肝脏外科手术学电子杂志 2021, 10(6):612-617.
7. 王超, 田升日, 吴文元等尿道外口恶性黑色素瘤 2 例报告并文献复习[J]. 吉林医药学院学报 2022, 43 (3):189-191.
8. 曾令聪, 周玲, 周娇等纵隔原发性巨大恶性黑色素瘤 1 例[J].牡丹江医学院学报 2022,43(6):112-115.
9. 夏家栋, 夏瑞明, 姚克林等肺原发性恶性黑色素瘤漏诊 1 例并文献复习[J]. 中国临床医学影像杂志 2022, 33(12):901-902.