

阑尾恶性肿瘤

阑尾的解剖

- 阑尾为一管状器官，远端为盲端，近端开口于直肠，位于回盲肠袢2~3cm处。
- **阑尾系膜**：两层腹膜组成，是腹腔后壁的腹膜向前反折，并包绕阑尾的一个三角形皱襞，内含有血管、淋巴管和神经。
- **阑尾的体表投影**：一般在麦氏点（右髂前上棘与脐连线的中、外1/3交界处）。由于阑尾基底部分与盲肠的关系恒定，因此阑尾的位置也随盲肠位置而变异。
- **阑尾的血液供应**：来自阑尾动脉，它是肠系膜上动脉所属回结肠动脉的分支，是一无侧支循环的终末动脉。因此当血运障碍时极易导致阑尾坏死。
- **阑尾的静脉**：与阑尾的动脉伴行，最终回流至门静脉，进入肝脏。因此当阑尾出现炎症时，细菌栓子脱落，可通过回肠静脉、肠系膜上静脉而引起门静脉炎和肝脓肿。
- **阑尾的神经**：由交感神经纤维经腹腔丛和内脏小神经丛传入，当阑尾急性炎症发病初期，上传的信息进入脊髓第10胸节时，可伴有第10脊神经所分布的脐周牵涉痛，属内脏性疼痛。



上课啦！！

- 你怎么称呼老师？
- 如果老师最后没有总结一节课的重点的难点，你是否会认为老师的教学方法需要改进？
- 你所经历的课堂，是讲座式还是讨论式？
- 教师的教鞭
- “不怕太阳晒，也不怕那风雨狂，只怕先生骂我笨，没有学问无颜见爹娘 ……”
- “太阳当空照，花儿对我笑，小鸟说早早早 ……”

阑尾的生理

- 阑尾是一个淋巴器官，参与机体免疫，但随着年龄的增长，功能逐渐减低，甚至消失。因此成人切除阑尾后无损于机体的免疫功能。

阑尾癌的流行病学

- 原发性阑尾癌非常罕见，美国的流行病学数据显示 10 万人中每年约有 1.2 例发病。
- 阑尾癌无特异性的症状，常常表现为急性阑尾炎，并在手术标本的病理评估中被发现；或者在结肠镜检查或手术中因发现异常的阑尾口外观而被诊断出来，待发现时往往已发展至晚期。

阑尾癌的临床分类

- 阑尾类癌（恶性）
- 阑尾腺癌（恶性）
- 阑尾粘液性肿瘤： 阑尾粘液囊肿（良性） 阑尾假性粘液瘤（恶性）

阑尾类癌

- 多发于年轻人。不仅在形态上有癌细胞的特征，在生物学行为上偶尔也有浸润和转移的现象，是一种恶性程度较低的肿瘤。
- 临床表现上多为良性，及时切除，预后良好。
- 临床中，表现为急慢性炎症而行阑尾切除术，术后病理确诊。
- 癌细胞主要位于粘膜及黏膜下层，也可有区域淋巴结或肝转移。
- 多数人行单纯阑尾切除或阑尾系膜切除，预后良好。特殊情况下需行右半结肠切除术。

阑尾腺癌

- 非常罕见，常见于老年人。
- 多发生于阑尾基底部，恶性程度高。
- 造成阑尾官腔狭窄、阻塞，腔内压力增高，继发感染，诱发阑尾炎。
- 癌细胞多经肠系膜淋巴系统转移，也可血行转移肝脏，也可转至卵巢。
- 术后确诊的患者，应及早行右半结肠切除术。

阑尾粘液性肿瘤

- 1. 阑尾粘液囊肿
- 并非实质性肿瘤而是阑尾粘膜的粘液细胞尚有功能时阑尾腔发生梗阻，分泌的粘液潴留于腔内，使阑尾成为充满粘液的囊肿。
- 行阑尾切除即可。

阑尾粘液性肿瘤

- 2. 阑尾假性粘液瘤
- 真性肿瘤，可以在腹膜种植形成继发的腹膜假性粘液瘤。
- 即使未破裂，也可以有广泛的腹腔种植，临床上常伴有腹胀和肠梗阻表现，容易误诊。
- 恶性程度低，应行右半结肠切除术。

阑尾恶性肿瘤组织学分型

- 结肠型腺癌
- 黏液腺癌
- 杯状细胞腺癌
- 神经内分泌癌

结肠型腺癌

- 腺癌约占原发性阑尾癌的 60%。
- 与结肠癌类似，阑尾结肠型腺癌的平均发病年龄为 62~65 岁，男性发病率略高于女性。

结肠型腺癌临床表现和诊断

- 阑尾结肠型腺癌患者常表现为急性阑尾炎而在阑尾切除术后被发现或因其它表现意外发现，进而获得疾病的病理 T 分期信息。
- 确诊患者须进行完整的结肠镜检查以评估是否存在同时发生的结肠病变。

结肠型腺癌的治疗原则

- T1 期高级别病变、存在脉管浸润和（或）切缘阳性的患者应考虑行右半结肠切除术。
- T2 或更高级别病变的患者应行胸腹盆腔联合 CT 以便更准确地进行分期。若没有证据显示远隔转移，建议行右半结肠切除术，清除周围淋巴结。
- 原发性阑尾结肠型腺癌淋巴转移的发生率为 30%。淋巴转移（III 期）患者应行系统性化疗。化疗方案可采用 5- 氟尿嘧啶 / 亚叶酸或卡培他滨联合奥沙利铂。
- 在结肠原发性腺癌中，具有高风险的 II 期患者尤其是年轻患者和淋巴结分期不确切的患者均建议进行辅助化疗。

黏液腺癌

- 阑尾黏液腺癌的生物和组织学特征与结肠癌以及阑尾结肠型腺癌完全不同。平均发病年龄为 60 岁，无性别倾向。

表 1 AFCC (第 7 版) 阑尾腺癌分期

T 分期		分期	
Tx	原发性肿瘤无法评估	0	Tis, N0, M0
Tis	原位癌	I	T1/2, N0, M0
T1	侵入粘膜下层	II A	T3, N0, M0
T2	侵入固有肌层	II B	T4a, N0, M0
T3	穿透固有肌层	II C	T4b, N0, M0
T4a	侵入脏层腹膜	III A	T1/2, N1, M0
T4b	侵入邻近器官	III B	T3/4, N1, M0
N 分期		III C	任何 T, N2, M0
N0	无淋巴结转移	IV A	任何 T, N0, M1a, G1
N1	1-3 个淋巴结转移	IV B	任何 T, N0, M1a, G2/3
N2	≥4 个淋巴结转移		任何 T, N1/2, M1a, 任何 G
转移		IV C	任何 T, any N, M1b, 任何 G
M0	无远隔转移		
M1a	仅有腹腔转移		
M1b	腹膜外远隔转移		
分级			
Gx	无法评估		
G1	高分化		
G2	中分化		
G3	低分化		
G4	未分化		

黏液腺癌

- 患者常因原发肿瘤破裂出现黏液和肿瘤细胞在整个腹腔的扩散，进而造成腹膜假黏液瘤，在手术前常被诊断为阑尾炎、腹膜炎或卵巢癌。
- **黏液腺癌**极少出现腹腔外转移，因此腹膜病变可以被视作区域性病变而不是远隔转移部位。
- 低级别**黏液腺癌**（G1）和低级别阑尾黏液性肿瘤以高分化腺状黏液生成细胞为特征。这些细胞在组织学上不具有侵袭性，**但其诱发的腹膜假黏液瘤被认定为恶性肿瘤。**
- 与阑尾黏液性肿瘤不同，低级别黏液腺癌可能侵袭相关器官。但所幸并不活跃，侵袭过程非常缓慢。患者可以带病生存很久且不表现出显著的症状。

黏液腺癌

- 高级别黏液腺癌以侵袭性腺癌细胞伴或不伴印戒细胞成分为特征。
- 它往往表现出比低级别病变更具侵袭性的临床过程。患者大多有临床症状，多表现为不明原因体重下降、疼痛、腹胀或肠梗阻。

黏液腺癌

- 无论低级别还是高级别黏液腺癌出现腹膜转移后的首要步骤都是评估疾病程度。
- 腹膜癌病指数（PCI）是最常用的评估标准。
- PCI 可在术前通过增强 CT 或核磁共振（MRI）进行评估，但分辨黏液和肿瘤较为困难。
- 不过弥散加权 MRI 在评估腹膜疾病程度方面优于 CT。

Regions (0-12)		Calculation	
		Regions	LSS (0-3)
		0	
		1	
		2	
		3	
		4	
		5	
		6	
		7	
Lesion Size Score (LSS)		8	
0	No gross disease	9	
1	Tumor ≤ 0.5 cm	10	
2	Tumor 0.6 cm to 5.0 cm	11	
3	Tumor > 5.0 cm or confluence	12	
		Total	

图 2 腹膜癌病指数 (PCI) ppt课件

腹膜癌病指数（PCI）的不完全解读

Sugarbaker提出的PCI

PCI将腹部分成13个区,再结合每个区内的病灶大小(Lesionsize,LS)相加计分,如此即完全测定所有侵犯腹膜的癌肿,比以往诸法都更精确.首先用两条纵线和两条横线将腹部分成9个区,两条纵线将腹部作了三等分,上方横线为两侧肋弓下缘的连线,下方横线为两侧髂前上棘的连线.以脐部为0,右上腹为1,然后顺时针排列为0,8(见图1). 9,12代表小肠,以上段空肠为9,下段空肠为10,上段回肠为11,下段回肠为12(见图2). 图1\$PC1分区中的0—8区

腹膜癌病指数（PCI）的不完全解读

0中央

1右上腹

2上腹中部

3左上腹

4左侧腹

5左下腹

6盆腔

7右下腹

8右侧腹

9,12

腹正中切口——全部大网膜——横结肠 右肝叶上方表面——右膈表面——肝右后间隙 上腹脂肪垫——左肝叶——小网膜——镰状韧带 左膈表面——脾——胰尾——胃的前,后面 降结肠——左结肠旁沟

直至乙结肠处的盆腔外侧壁——乙状结肠 女性包含卵巢,输卵管,子宫——膀胱——Douglas 凹——直肠

盆腔右侧壁——盲肠——阑尾

3/9页

右结肠旁沟——升结肠

全部小肠

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：
<https://d.book118.com/077162002022006115>