

• 经验交流 •

腹腔镜胆囊切除术漏诊胰腺癌 7 例报告

郑澄^① 张彤^② 孙健 王捷

(中山大学附属第二医院肝胆外科, 广州 510120)

中图分类号: R735.9

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2007)04-0342-01

1996 年 1 月 ~ 2004 年 10 月共收治 7 例腹腔镜胆囊切除术 (laparoscopic cholecystectomy, LC) 漏诊胰腺癌, 其中辛集市第一医院 1 例, 中山大学附属第三医院 1 例, 中山大学附属第二医院 5 例。本文就漏诊胰腺癌的原因、漏诊后的早期诊断以及防范措施进行分析总结。

1 临床资料

本组 7 例, 男 3 例, 女 4 例。年龄 49 ~ 81 岁, 平均 63.5 岁。胰头癌 5 例, 胰体尾癌 2 例。7 例 LC 术前均诊断为胆囊结石合并慢性胆囊炎。7 例均有腹痛, 消瘦 4 例 (1 个月内消瘦 3 ~ 7 kg, 平均 4.2 kg), 血糖升高 2 例, 空腹血糖 > 6.2 mmol/L。LC 术前 7 例均行肝胆 B 超检查, 均为胆囊结石和慢性胆囊炎, 仅 1 例因 B 超检查怀疑有胆总管扩张而行肝胆胰 CT 检查, 但未发现胰腺病变。LC 术后再次就诊的症状为原有症状术后未改善或在原有基础上出现加重, 出现梗阻性黄疸 4 例。7 例再次手术均为开腹手术; 4 例术中见胆总管扩张, 胰头占位侵犯肠系膜上血管, 不能切除而行胆总管空肠 Roux-en-Y 吻合术; 2 例肿瘤位于胰体尾部, 与周围粘连较轻, 行胰体尾联合脾切除术; 1 例开腹探查术中发现胰腺钩突癌浸润包裹肠系膜上动脉, 不能切除, 但胆总管不粗, 未做手术关腹, 术后 3 个月出现黄疸, 逆行性胰胆管造影 (endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP) 时放置塑料胆道支架 (stent) 支撑引流。病理检查均为胰腺导管细胞癌, 高分化 1 例, 中分化 4 例, 低分化 2 例。根据 2002 年国际抗癌联盟 (UICC) 第 6 版胰腺癌 TNM 分期方法^[1], II B 期 2 例, III 期 5 例。术后 7 例均行化疗, 5 例胰头癌同时配合超声聚焦热疗。LC 术后诊断延误时间为 3 ~ 150 d, 平均 61.3 d。再次手术确诊后随访生存时间 3 ~ 17 个月, 平均 8.6 月, 均死于胰腺癌的晚期并发症。

2 讨论

1994 年 Sharp 等^[2] 首先报道 2 例腹腔镜胆囊切除术后漏诊腹腔内肿瘤。目前, LC 漏诊胰腺癌发生率尚无统一报道。张吉祥等^[3] 搜集国内外资料, LC 漏诊腹腔内病变 40 例, 发生率为 0.2% ~ 0.6%, 恶性肿瘤占 97.5%, 其中有胰腺癌 11 例, 占恶性肿瘤的 27.5%。王玖言等^[4] 报道 671 例腹腔镜术后漏诊腹腔内肿瘤的发生率为 0.45%, 其中胰腺癌 0.15%。

LC 漏诊胰腺癌的常见原因: ①对上腹疼痛等症状轻易以胆囊结石来解释; ②术前忽视胰腺癌的高危因素, 未对高危人群常规行血清肿瘤标志物以及必要的影像学检查; ③胰腺位置深在, 术中腹腔镜不能直接对之进行触摸和观察, 术中见到可疑征象 (如肝十二韧带周围淋巴结肿大或胆总管轻度扩张), 不能严格掌握探查胰腺的指征; ④胰腺癌发生部位不同导致症状出现早晚不同的影响。

鉴于胰腺癌潜伏期平均约 3 个月, 出现明显症状未经治疗平均生存期约 7 个月, 整个病程为 10 个月, 故定义腹腔镜术后 10 个月以内发现肿瘤为术中遗漏, 否则应视为腹腔镜术后再生肿瘤^[3]。Sharp 等^[2] 报道 LC 术后患者恢复正常活动或工作时间平均 8 d 左右, 完全康复一般不超过 2 ~ 4 周, 故对术后较长时间原发症状不消失的患者, 应积极做进一步检查, 以便及时发现遗漏病变。本组 1 例 LC 术后 3 d 出现进行性加重黄疸, 进行上腹部 CT 检查时发现胰头实质性占位, 发现较早; 其余 6 例均术后长期原发症状不消失, 手术医师满足于术后粘连或炎症的诊断, 直到出现黄疸或原发症状明显加重时, 再次行影像学检查才得以发现。我们的资料显示 LC 术后胰腺癌的平均诊断延误时间为 3 ~ 150 d, 平均 61.3 d。

减少漏诊的措施: ①详细询问病史, 仔细辨别胆绞痛和胰腺癌非特异性症状的区别, 常规行肝胆胰 B 超检查, 对于无典型胆绞痛者, 术前尽可能完善血清肿瘤标志物检测和影像学诊断; ②影像学和肿瘤标志物检查有疑问的病例, 对于不能直接通过腹腔镜观察到的病变, 可以通过 LC 术中腹腔镜超声 (laparoscopic ultrasonography, LUS) 发现较小的胰腺占位性病变, 对胰腺癌诊断的敏感性高于 CT^[5]; ③术中发现肝十二指肠韧带周围淋巴结肿大或胆总管轻度扩张要常规探查胰腺; ④当病人的症状不能用胆囊结石和炎症解释时应常规探查胰腺, 应开腹探查; ⑤对术后较长时间原发症状不缓解的病人应积极做进一步检查, 以便及时发现遗漏病变。

总之, 随着 LC 在基层医院的大量开展, 手术前检查项目的不规范, 胰腺部位的特殊性, 胰腺癌诊断率较低等综合因素, 导致 LC 漏诊胰腺癌情况的客观存在, 有待引起腹腔镜手术医师的高度重视。

参考文献

- 1 成东华. 胰腺癌的 TNM 分期. 中国实用外科杂志, 2004, 24(5): 320
- 2 Sharp EJ, Springall RG, Theodoron NA. Delayed diagnosis of malignant tumors missed at laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg, 1994, 81(11): 1650.
- 3 张吉祥, 陈训如, 罗丁. 腹腔镜胆囊切除术中胆道外腹腔内病变遗漏的防范. 中国微创外科杂志, 2004, 4(1): 81-82.
- 4 王玖言, 左小玲. 腹腔镜术后漏诊腹腔内肿瘤 3 例教训分析. 中国微创外科杂志, 2005, 5(7): 581.
- 5 Catheline JM, Turner R, Rizk N, et al. The use of diagnostic laparoscopy supported by laparoscopic ultrasonography in the assessment of pancreatic cancer. Surg Endosc, 1999, 13(3): 239-245.

(收稿日期: 2006-03-15)

(修回日期: 2006-08-31)

(责任编辑: 李贺琼)

① (河北省辛集市第一医院普通外科, 辛集 052360)

② (中山大学附属第三医院肝移植中心, 广州 510630)