

胆囊结石漏诊壶腹部肿瘤 5 例分析

许跃明

(浙江省东阳市人民医院肝胆外科,东阳 322100)

【摘要】 目的 探讨胆囊结石合并壶腹部肿瘤的诊断、治疗。 方法 回顾分析我院 1994 年 5 月~2006 年 3 月 2680 例腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy LC)中 5 例胆囊结石合并壶腹部肿瘤的临床资料。 结果 5 例 LC 术后 0.5~17 个月出现上腹部疼痛、巩膜、皮肤黄染等症状和体征,再次入院检查发现壶腹部肿块,诊断为壶腹部肿瘤,系第 1 次手术时漏诊壶腹部肿瘤。 结论 提高对胆囊结石合并壶腹部肿瘤的认识,联合开展多种辅助检查,加强术后随访等有利于避免对壶腹部肿瘤的漏诊和早期诊断治疗。

【关键词】 胆囊结石; 壶腹部肿瘤; 腹腔镜胆囊切除术
中图分类号 R735 R657.4 文献标识 A 文章编号 1009-6604(2007)08-0719-03

Analysis on Missed Diagnosis of Periapillary Tumor in Five Cases of Cholecystolithiasis Xu Yueming. Department of Heptobiliary Surgery, Dongyang County Hospital, Dongyang 322100, China

【Abstract】 Objective To explore the diagnosis and treatment of cholecystolithiasis accompanying periampullary tumor. Methods A retrospective analysis was performed with clinical data of 5 patients with cholecystolithiasis complicated with periampullary tumor among the 2680 patients receiving laparoscopic cholecystectomy (LC) in our hospital from May 1994 to March 2006. Results Pain in epigastrium, icteric sclera and skin were found in all 5 patients 0.5-17 months after LC. Neoplasms in ampulla were found in re-hospitalization, and periampullary tumor was diagnosed, which were missed in the first operation. Conclusions Improving the knowledge of cholecystolithiasis complicated with periampullary tumor, performing various auxiliary investigations, and reinforcing postoperative follow-up are beneficial for avoidance of missed diagnosis of periampullary tumor, and for early diagnosis and treatment.

【Key Words】 Cholecystolithiasis; Periapillary tumor; Laparoscopic cholecystectomy

胆囊结石合并壶腹部肿瘤少见,临床上常仅行腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)而漏诊壶腹部肿瘤。我院 1994 年 5 月~2006 年 3 月完成 2680 例 LC 中,5 例于 LC 术后 0.5~17 个月出现上腹部疼痛,尿黄,巩膜、皮肤黄染等症状和体征,经再次入院检查,发现壶腹部占位,诊断为壶腹部肿瘤,现报道如下。

1 临床资料

本组 5 例,男 3 例,女 2 例。年龄 50~76 岁。5

例 LC 术前均有反复(右)上腹疼痛史(4 个月~5 年),再发上腹痛 15 h~4 d 急诊入院,入院诊断为胆囊炎、胆囊结石,1 例合并急性胰腺炎。入院后经解痉、镇痛、抗感染等治疗 6~11 d,胆囊炎症消退后行 LC。第 1 次手术后 0.5~17 个月因出现上腹部疼痛,尿黄,巩膜、皮肤黄染等症状和体征等而再次入院,诊断为壶腹部肿瘤。5 例首次入院术前临床资料见表 1、2,其中病例 4 TBIL/DBIL 和 ALP 术前已恢复正常,但 ALT 降低至 74 U/L。

表 1 5 例胆囊结石合并壶腹部肿瘤首次入院及术前临床资料

例序	性别	年龄 (岁)	黄疸	TBIL/DBIL (μmol/L)	ALT (U/L)	ALP (U/L)	术前辅助检查	术中胆道造影
1	男	50	无	10.5/5.0	121	204	B 超:胆总管中上段 9 mm,下段显示不清	胆道有扩张,胆管下端有狭窄但通畅
2	女	56	无	31.4/5.9	21	88	B 超:胆管无明显扩张、下段内隐约有絮状回声。CT:肝胆胰无明显异常	未检查
3	男	69	无	19.9/4.3	17	93	B 超:入院时有胆管扩张可能,入院后复查 B 超胆管无扩张。	未检查
4	女	69	有	56.0/20.8	656	214	B 超:入院时有胆管扩张,入院后胆管无扩张。	胆管有扩张,胆管下端有狭窄但通畅。
5	男	76	有	12.6/4.6	90	360	B 超:胆总管中上段,下段显示不清。ERCP:胆管中度扩张,下段良性狭窄。	未检查

正常值:TBIL 0~17.1 μmol/L;DBIL 0~6 μmol/L;ALT 0~40 U/L;ALP 0~240 U/L

表 2 5 例胆囊结石合并壶腹部肿瘤第 2 次住院临床资料

例序	黄疸	CA ₁₉₉ (U/L)	确诊方法	手术方式	术后诊断	二次手术间隔时间
1	有	未检测	B 超、CT 均提示胆管扩张 ,壶腹部占位 ,PTC 示胆总管下段呈线样狭窄	胰十二指肠切除术	壶腹部腺癌	15 d
2	有	未检测	B 超、CT	放弃手术	壶腹部肿瘤	LC 术后 9 个月确诊
3	有	>1000	ERCP 及病理检查	胰十二指肠切除术	壶腹部腺癌	17 个月
4	有	273.5	B 超 :壶腹部占位 ,胸片 :双肺多发结节灶	放弃手术	壶腹部肿瘤	LC 术后 14 个月确诊
5	有	1640 ~ 1790 持续升高	ERCP 及病理检查	胰十二指肠切除术	壶腹部腺癌伴胰腔内、左锁骨上淋巴结转移	16 个月

2 讨论

壶腹部肿瘤是指发生于十二指肠乳头胆管、乳头内胰管、胆胰管壶腹或十二指肠大乳头区域的肿瘤。近年来 ,肝胆管结石合并胆管癌发病率有所增多^[1] ,肝胆管结石病例中胆管癌的发生率为 0.36% ~ 10%^[2] ,临床上表现为无痛性进行性黄疸的典型病例常能作出正确的诊断 ,但如遇同时存在胆囊结石、胆囊炎 ,并以胆囊结石、胆囊炎为主要表现的病例 ,则常会引起漏诊 ,应引起我们的注意和重视。

2.1 壶腹部肿瘤漏诊原因

壶腹部肿瘤的典型特征为无痛性进行性黄疸 ,在黄疸出现前常有反复上腹饱胀不适、胀痛、伴或不伴有发热、食欲不振和体重减轻等黄疸前期症状 ,黄疸前期症状持续时间 1 ~ 19 个月^[3,4]。当胆囊结石与壶腹部肿瘤二者单独存在并以典型临床表现出现时容易鉴别 ,但当二者同时存在时容易造成混淆 ,因壶腹部肿瘤可加重胆石症的症状 ,而胆道结石又可掩盖肿瘤的表现。胆囊结石为常见病 ,当 B 超、CT 检查明确有结石时更易忽视肿瘤的存在。文献也有将“静息型胆囊结石”当作“症状性胆囊结石”予以切除的报道^[5]。因此 ,对上腹痛应仔细鉴别 ,对 B 超所提示的蛛丝马迹要进一步行磁共振胰胆管显影 (magnetic resonance cholangiopancreatography , MRCP)、内镜逆行胰胆管造影 (endoscopic retrograde cholangiopancreatography , ERCP)或术中胆道造影 (intraoperative cholangiography , IOC)以明确诊断 ,切勿将所有上腹痛轻易因 B 超示有胆囊结石而临床诊断为胆囊结石行单纯 LC ,延误壶腹部肿瘤诊断。本组 B 超入院时均显示胆管扩张或 9 mm 达临界水平未作进一步检查 ,IOC 示 2 例胆道扩张、下端狭窄亦未考虑胆总管下段肿瘤 ,应引以为戒。

对早期壶腹部肿瘤的病例 ,因发病率低、临床症状及体征均不典型 ,辅助检查又不易发现病灶 ,且缺乏具有特异性肿瘤标记物的检查手段 ,同时对胆囊结石合并壶腹部肿瘤的认识不足 ,为容易误诊的主客观原因。本组对术前有黄疸、胆管扩张、肝功能异常的病例较多考虑到有否胆管结石及胆管下段狭窄情况 ,在术前检查中过多依赖于 B 超、CT 等检查 ,未行 MRCP 检查数据 CA₁₉₉ 等肿瘤标记物的检测 ,同时在

IOC 中过多关注有否结石和胆道下端是否通畅^[6] ,以致出现首次住院治疗时未发现胆囊结石合并壶腹部肿瘤的病例。

2.2 减少漏诊和早期诊断的措施

本组 5 例在 LC 前均有不同程度的胆管扩张、血总胆红素升高及肝功酶谱的改变 ,如何才能做到减少漏诊和早期诊断 ,我们认为以下措施会有帮助。

2.2.1 提高术前和术中对合并壶腹部肿瘤的认识 对合并有胆管扩张、黄疸的胆囊结石、胆囊炎病人要认识到合并壶腹部肿瘤的可能 ,要详细询问病史和进行全面体检。

2.2.2 联合应用影像学检查 胡国华等^[7]认为对 50 岁以上、无结石的急性胆管炎患者应该疑及壶腹部癌合并胆管炎的可能。结合本组病例 ,我们认为 : ≥50 岁 ,术前有黄疸、肝功能损害、胆胰管扩张的胆囊结石、胆囊炎病人 ,除了须除外合并胆管结石外 ,还应考虑到存在合并壶腹部肿瘤的可能。对上述病例术前可广泛应用 B 超、CT、ERCP、经皮肝穿刺胆管造影 (percutaneous transhepatic cholangiography , PTC)、MRCP 等检查。术中尚可应用胆道造影技术 ,有条件的单位可开展术中超声、腹腔镜超声技术和内镜超声等检查。

影像学检查如 ,B 超、CT、MRCP 等可显示乳头局部肿块 (直接征象)、梗阻部位以上胆胰管明显扩张 (间接征象) ,对诊断有较大帮助^[8]。同时术中超声、腹腔镜超声技术和内镜超声等检查 ,能直观地显示癌灶的形态、大小、境界、内部回声和其周围血管的关系 ,能鉴别胰腺良恶性病变 ,尚能确定肿瘤范围、血管受累和发现肝脏转移^[9]。John 等^[10]对 40 例术前检查认为可切除的胰腺壶腹部癌进行腹腔镜、腹腔镜超声分期诊断 ,结果显示腹腔镜结合超声检查比单用腹腔镜预测肿瘤能否切除具有更高的敏感性和诊断正确率 (分别为 88% 比 50%、89% 比 65%)。

2.2.3 开展肿瘤标记物的联合检测 鉴于胆管癌病人胆汁中的 CEA 水平很高 ,故测定胆汁中 CEA 远较测定血清中 CEA 有意义^[11]。有报道 143 例壶腹周围癌手术 ,CA₁₉₉ 检测壶腹周围癌的总敏感性为 81.6% ,而 CEA 的总敏感性为 28.7% ,CA₁₉₉ 的敏感性优于 CEA (P < 0.001) ,经多变量分析 ,壶腹周围 (下转第 729 页)

- 5 吴开俊,李 逊,袁 坚,等.经皮肾微造瘘术后二期经皮输尿管镜取石术治疗鹿角形结石.广州医学院学报,1993,21(2):13-15.
- 6 李 逊,吴开俊.多通道经皮肾穿刺取石治疗复杂性肾结石.中华泌尿外科杂志,1998,19(8):469-470.
- 7 李 逊,曾国华,吴开俊,等.微创经皮肾穿刺取石术治疗上尿路结石.临床泌尿外科杂志,2003,18(9):516-518.
- 8 Lojanapiwat B, Soonthornphan S, Wudhikarn A. Tubeless percutaneous nephrolithotomy in selected patients. J Endourol, 2001, 15:711-713.
- 9 Delnay KM, Wake RW. Safety and efficacy of tubeless percutaneous nephrostolithotomy. World J Urol, 1998, 16:375-377.
- 10 Limb J, Bellman GC. Tubeless percutaneous renal surgery: Review of first 112 patients. Urology, 2002, 59:527-531.
- 11 Pedersen JF. Percutaneous nephrostomy guided by ultrasound. J Urol, 1974, 112:157-159.
- 12 Koehrmann KU, Michel MS, Rassweiler JJ, et al. Focused ultrasound. In Smith AD, ed. Smith's Textbook of Endourology. St. Louis: Quality Medical Publishing, 1996:661-679.
- 13 Segal AJ, Spataro RF, Linke CA, et al. Diagnosis of nonopaque calculi by computed tomography. Radiology, 1978, 129:447.
- 14 Smith RC, Verga M, McCarthy S, et al. Diagnosis of acute flank pain: Value of unenhanced helical CT. AJR Am J Roentgenol, 1996, 166:97-101.
- 15 Olcott EW, Sommer FG, Napel S. Accuracy of detection and measurement of renal calculi: In-vitro comparison of three-dimensional spiral CT, radiography and nephrotomography. Radiology, 1997, 204:19.

- 16 Barbaric ZL, Hall T, Cochran ST, et al. Percutaneous nephrostomy: Placement under CT and fluoroscopy guidance. AJR Am J Roentgenol, 1997, 169:151-155.
- 17 Daly B, Templeton PA. Real-time CT fluoroscopy: Evolution of an interventional tool. Radiology, 1999, 211:309-315.
- 18 Goodman TM. Ureteroscopy with pediatric cystoscope in adults. Urology, 1977, 9:394.
- 19 Lyon ES, Banno JJ, Shoenberg HW. Transurethral ureteroscopy: Inmen using juvenile cystoscopy equipment. J Urol, 1979, 122:152.
- 20 Clayman RV, Kavoussi LR, Soper NJ, et al. Laparoscopic nephrectomy: Initial case report. J Urol, 1991, 146:278-281.
- 21 Clayman RV, Kavoussi LR, Soper NJ, et al. Laparoscopic nephrectomy: Review of the initial 10 cases. J Endourol, 1992, 6:127-131.
- 22 Gaur DD, Agarwal DK, Purohit KC. Retroperitoneal laparoscopic renoscopy and renal biopsy. J Endourol, 1993, 7:S136.
- 23 Gaur DD, Agarwal DK, Purohit KC, et al. Retroperitoneal laparoscopic pyelolithotomy and pyeloplasty. J Endourol, 1993, 7:S237.
- 24 Rassweiler J, Schulze Mteber D, Marreo R, et al. Laparoscopic radical prostatectomy with the Heilbronn technique: Oncological results in the first 500 patients. J Urol, 2005, 173:761-714.

(收稿日期 2007-01-16)

(修回日期 2007-03-20)

(责任编辑 王惠群)

(上接第 720 页)

癌的独立预后因素中(CA_{199} 、肿瘤切除率、原发肿瘤和肿瘤分期等), CA_{199} 最为重要,即最大相对危险^[12]。另有报道体检时发现血 CA_{199} 升高,因无症状给反复检查 2~4 个月后 CT 检查发现胰腺占位的病例^[13]。张延龄^[3]曾对胰腺癌、胃肠和其他恶性肿瘤及良性疾病进行血清 CEA、 CA_{50} 、 CA_{199} 、 CA_{153} 、 CA_{724} 、 CA_{242} 和 CA_{125} 等联合检测,结果表明 CA_{199} 、 CA_{242} 、 CA_{50} 和 CA_{125} 对良恶性肿瘤有鉴别价值,其敏感性分别为 82.6%、81.8%、80.4%和 62.0%,特异性分别为 81.3%、76.7%、72.7%和 74.8%,而联合检测的敏感性为 90.2%,特异性为 93.5%。可见联合检测的敏感性和特异性均较高,值得应用。

2.2.3 加强术后随访 由于早期壶腹部肿瘤的诊断相对困难,对胆囊切除前有胆胰管扩张、黄疸指数升高、肝功酶谱改变、 CA_{199} 升高、年龄 ≥ 50 岁以及胆囊切除术后仍有上腹部饱胀不适、疼痛等症状者,术后仍应给以随访,以免漏诊漏治。随访内容包括:B超、肝功酶谱、肿瘤标记物的联合检测、CT、MRCP、ERCP等检查,有条件的单位可开展内镜超声检查。通过以上措施,以达到早诊断早治疗的目的。

参考文献

- 1 林国乐,赵玉沛,张家敏,等.肝胆管结石合并胆管癌(附 16 例临床报告).中华肝胆外科杂志,2000,6(3):183-186.

- 2 黄志强.我国胆道外科发展的现状.中国医学论坛报,1998,12,24.
- 3 张延龄.壶腹部肿瘤诊治现状.肝胆外科杂志,2002,10(3):161-163.
- 4 孙文兵,蔡景修,韩本立,等.黄疸前期胆管中下段癌的诊断和治疗.中国实用外科杂志,1998,18(7):412-414.
- 5 张建良,傅勤烨,王建新,等.胆总管结石合并壶腹部肿瘤 7 例.中国现代普通外科进展,2004,7(2):381.
- 6 许跃明,葛敦钧.选择性胆道造影在腹腔镜胆囊切除术中的应用体会.中国微创外科杂志,2001,1(2):69-70.
- 7 胡国华,郑烈伟,张轶斌.壶腹部癌合并急性胆管炎的治疗选择.中国普通外科杂志,2004,13(10):764-766.
- 8 郑英键.十二指肠壶腹部肿瘤早期诊断及手术式选择的思考.中国普通外科杂志,2005,14(5):325-326.
- 9 彭和平,陈 德,邵子力,等.腹腔镜超声在胰腺壶腹部肿瘤分期诊断和治疗中的价值.中国现代手术学杂志,2000,4(2):107-109.
- 10 John TG, Greig JD, Carter DC, et al. Carcinoma of the pancreatic head and perampullary region: tumor staging with laparoscopy and laparoscopic ultrasonography. Ann Surg, 1995, 221:156-164.
- 11 Nakanuma Y, Terada T, Tanaka Y, et al. Are hepatolithiasis and cholangiocarcinoma aetiologically related? Virchows Arch, 1985, 406:45-58.
- 12 Kau SY. CA_{19-9} 和 CEA 在壶腹周围癌中的诊断和预后价值(英).国外医学·外科学分册,1999,26(5):315-316.
- 13 邵成浩,胡先贵,刘 瑞,等.无症状胰腺肿瘤的诊断与治疗.外科理论与实践,2005,10(3):229-231.

(收稿日期 2006-05-22)

(修回日期 2006-08-28)

(责任编辑 李贺琼)