

## 胰腺囊性病变 60 例分析

### Pancreatic cystic lesions: a clinical analysis of 60 cases

王 烈, 陈少全, 邹忠东, 王 瑜, 姚和祥

(南京军区福州总医院南京军区普通外科研究所, 福州 350025)

[关键词] 胰腺疾病; 假性囊肿; 浆液性囊腺瘤; 黏液性囊腺瘤; 黏液性囊腺癌

[中图分类号] R 576 [文献标识码] B [文章编号] 0258-879X(2007)06-0695-02

胰腺囊性病变包括多种类型, 但常见的囊性病变是胰腺假性囊肿、浆液性囊腺瘤、黏液性囊腺瘤和黏液性囊腺癌。1980年10月到2005年10月我院收治上述囊性病变60例, 现将其诊治体会报告如下。

#### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组60例, 男35例, 女25例, 年龄21~75岁, 中位年龄44岁, 有急性或慢性胰腺炎病史45例; 2例有上腹部创伤史; 其余13例中有轻微上腹痛史5例, 自触及上腹部肿块3例, 体检发现上腹部囊性肿物5例。

1.2 实验室检查 有急或慢性胰腺炎病史45例中发现白细胞及中性细胞升高21例, 血、尿淀粉酶升高35例(血淀粉酶最高达7 000苏氏单位), 血胆红素升高10例, 白蛋白降低20例(最低25 g/L), 血糖升高15例, 行B超指引下囊肿穿刺30例, 抽出液呈褐色24例, 淡黄色5例, 血性1例, 囊液淀粉酶检查均升高, 送细菌培养4例阳性, 3例为G<sup>-</sup>杆菌, 1例为金黄色葡萄球菌。2例有上腹部外伤史者均行囊肿穿刺, 囊液均呈褐色, 淀粉酶明显升高, 最高达30 000苏氏单位; 13例无胰腺炎病史者, 5例行囊肿穿刺, 囊液澄清, 淀粉酶在正常线以下, CEA检查2例升高, 均未找到肿瘤细胞。

1.3 影像学检查 60例行B超检查, 51例行CT检查, 均提示为胰腺囊性肿物, 明确提示假性囊肿47例, 6例同时发现胆管或胆囊结石。有慢性胰腺炎病史并发腹部肿块及有黄疸而行内镜逆行胆胰管造影(ERCP)检查10例, 发现胆总管结石4例, 胰管不规则扩张6例, 伴胰管结石3例。行MRI检查35例与CT发现基本相同, 但能较清楚显示囊肿与血管关系。

1.4 手术方式 本组假性囊肿病因距急性胰腺炎发作时已2~3个月而行手术治疗。术中检查和囊壁活检确定为假性囊肿者均行Roux-en-y式吻合, 其中2例为多发囊肿, 用1个旷置肠襻与2个或3个囊肿结合。疑真性囊肿13例, 3例行囊肿切除, 6例行脾胰体尾+囊肿切除, 3例行囊肿+胰头十二指肠切除, 1例于2年前外院诊断假性囊肿行囊肿肠吻合, 此次因肿物复发入院剖腹检查确定为黏液囊腺瘤, 腹膜有广泛转移而放弃手术。合并胆管及胰管结石者同时予以处理。

1.5 最后病理诊断 胰腺假性囊肿47例, 浆液性囊腺瘤5例, 黏液性囊腺瘤4例, 黏液性囊腺癌4例。

#### 2 结 果

47例胰腺假性囊肿随访1~5年, 囊肿无复发。浆液性

囊腺瘤5例, 随访8个月至6年, 均无复发, 生活质量优。4例黏液囊腺瘤, 随访1.5~7年, 肿瘤无复发, 生活质量优。4例黏液性囊腺瘤随访8个月至5年, 1例术后8个月死亡, 3例分别生存2年5个月、3年、4年3个月, 未发现肿瘤复发或转移。

#### 3 讨 论

在Atlanta会议上, 假性囊肿被定义为胰液聚集并被纤维组织或肉芽组织包裹。假性囊肿可能因急性胰腺炎, 胰腺创伤或慢性胰腺炎而发生。假性囊肿内常常含有高浓度的胰酶和其他物质, 如坏死组织等, 大多是无菌的。经验表明, 囊肿壁的形成约需4周或更多时间。因此, 少于4周的液体聚集, 被认为缺乏一个完整的壁, 应称为急性液体聚集<sup>[1]</sup>。大多数假性囊肿位于胰周区域, 但也有位于腹部的其他部位如盆腔等处。假性囊肿可能并发感染、压迫脾静脉引起继发性静脉曲张、形成假性动脉瘤、急性出血、甚至压迫侵入脾或肝, 或者引起胆总管及其他空腔脏器梗阻。假性囊肿的感染可采用CT或B超引导下经皮穿刺吸引, 内容物送细菌学检查<sup>[2]</sup>。囊内出血也可得以确诊。

对于有急、慢性胰腺炎病史, 假性囊肿的诊断一般并不困难, 如无明确急性或慢性胰腺炎病史或腹部创伤史则应与胰腺的囊性肿瘤、血肿、包虫囊等相鉴别。囊性肿瘤较常见的有浆液性囊腺瘤、黏液性囊腺瘤、黏液性囊腺癌等。除了假性囊肿和囊性肿瘤, 其他囊性病变是很罕见的。大多数胰腺囊性肿瘤是在无关胰腺症状或有轻微的症状行B超或CT检查时发现的。CT、MRI等影像学检查应是术前常规的检查方法, 有助于手术前分析判断切除的范围及采用的方法。但CT区分假性囊肿、浆液性囊腺瘤、黏液性囊腺瘤、黏液性囊腺癌是不可靠的。当发现有许多小腔时, 很可能是浆液囊腺瘤, 但也仅仅50%的囊腺瘤显示有多发性小腔<sup>[3]</sup>。

ERCP不是术前评估可疑胰腺囊性肿瘤的主要措施<sup>[4]</sup>, 除非临床或放射学检查怀疑患者可能有慢性胰腺炎或者囊性病变更可能是假性囊肿时可考虑行ERCP检查, 用以发现慢

[基金项目] 南京军区“十五”科技攻关课题(02MA008)。Supported by the “10<sup>th</sup>-Five Year” Plan for Sci-tech Research of PLA Nanjing Military Area Command(02MA008)。

[作者简介] 王 烈, 博士, 主任医师, 硕士生导师。

E-mail: fzptwk@21cn.com

性胰腺炎特殊的导管异常或胆、胰管结石,注射的造影剂可能流入假性囊肿内,而囊性肿瘤胰管一般是正常的,罕有囊性肿瘤被造影剂充盈。假如囊性肿瘤被强烈怀疑并且主胰管内的造影剂受阻,可能表明囊性肿瘤是恶性的。

对于囊性肿瘤,外科医生即使取囊肿壁多处活检也不可能确定病变就是假性囊肿而非囊性肿瘤,因为囊性肿瘤上皮可能剥脱而造成误诊为假性囊肿<sup>[5]</sup>。为了排除囊性肿瘤,囊肿结构内层的完全的组织学检查是必要的。假如外科医生错误认为囊性肿瘤为假性囊肿而行囊肿肠吻合,恶性囊性肿瘤的治疗机会将丧失。本组1例属此情况,应引以为训。术前还没法确定囊性肿瘤的良好性<sup>[6]</sup>。如果临床医生能够区分浆液性囊腺瘤(几乎都是良性的)和黏液性囊性肿瘤(可能是良性也可能是恶性)那么对浆液性囊腺瘤可行观察和医学监护。为了区分肿瘤性质,穿刺抽吸检查粘蛋白含量、细胞学、淀粉酶和肿瘤标记物能帮助区分浆液性囊腺瘤、假性囊肿、黏液囊腺瘤和黏液囊腺癌<sup>[6]</sup>。癌胚抗原(CEA) $<5$ 表明肿瘤不是黏液性的。在黏液囊性肿瘤中,细胞学可能是阳性的。淀粉酶在假性囊肿中是高的,而在浆液性囊腺瘤和黏液性肿瘤是低的。

不能自行吸收的假性囊肿可行穿刺引流、囊肿胃吻合、囊肿十二指肠吻合和 Roux-en-y 式囊肿空肠吻合。本组病例均行囊肿 Roux-en-y 式吻合。术后无死亡、无严重并发症,与许文鸿等<sup>[7]</sup>的报道相符。

到目前为止还没有任何术前检查能够区分黏液囊腺瘤和黏液囊腺癌<sup>[8]</sup>。因此黏液性的肿瘤应该切除。根据与胰腺的关系和发生部位,可同时行胰体尾切除、胰头十二指肠切除或单纯肿瘤切除。胰腺黏液性肿瘤切除后,预后较好,

即使是囊腺癌也可能获得长期存活。本组除1例黏液囊腺癌腹膜转移探查术后8个月死亡外其余3例分别存活4年3个月、3年及2年5个月。

#### [参 考 文 献]

- [1] Lankisch P G, Banks P A. Pancreatitis [M]. New York: Springer, 1998: 123-125.
- [2] Waaij L A, Dulleman H M, Porte R J, et al. Cyst fluid analysis in the differential diagnosis of pancreatic cystic lesions: a pooled analysis [J]. *Gastrointest Endosc*, 2005, 62: 383-389.
- [3] 郁正亚, 龚家镇. 胰腺囊腺瘤的病理学特征及其影像诊断[J]. *国外医学·外科学分册*, 1993, 20: 196-198.
- [4] Kehagias D, Smyrniotis V, Kalovidouris A, et al. Cystic tumors of the pancreas: preoperative imaging, diagnosis, and treatment [J]. *Int Surg*, 2002, 87: 171-174.
- [5] Salvia R, Festa L, Butturini G, et al. Pancreatic cystic tumors [J]. *Minerva Chir*, 2004, 59: 185-207.
- [6] Levy M J, Smyrk T C, Reddy R P, et al. Endoscopic ultrasound-guided trucut biopsy of the cyst wall for diagnosing cystic pancreatic tumors [J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2005, 3: 974-979.
- [7] 许文鸿, 郭克建, 郭仁宣, 等. 胰腺假性囊肿临床治疗对策的选择和评价[G]. *中华医学会第十一届全国胰腺外科学术研讨会论文汇编*, 2006: 162-163.
- [8] Lim S J, Alasadi R, Wayne J D, et al. Preoperative evaluation of pancreatic cystic lesions: cost-benefit analysis and proposed management algorithm [J]. *Surgery*, 2005, 138: 672-680.

[收稿日期] 2006-12-31

[修回日期] 2007-06-21

[本文编辑] 孙岩