

## 黄色肉芽肿性胆囊炎合并胆囊内瘘(附4例报告)

Xanthogranulomatous cholecystitis combined with cholecystic fistula: a report of 4 cases

杨田, 杨立群, 张柏和, 孙经建, 周立宁, 申淑群, 吴孟超

(第二军医大学东方肝胆外科医院胆道外科, 上海 200438)

[关键词] 黄色肉芽肿性胆囊炎; 胆囊内瘘; 诊断; 治疗学

[中图分类号] R 575.61 [文献标识码] B [文章编号] 0258-879X(2006)09-1043-02

黄色肉芽肿性胆囊炎(xanthogranulomatous cholecystitis, XGC)是一种以胆囊慢性炎症为基础,伴有黄色肉芽肿形成,重度增生性纤维化,以及泡沫状组织细胞为特征的炎性病变更,临床上非常少见。XGC会引起胆囊与周围空腔脏器形成内瘘,如十二指肠、胆总管、横结肠等,其胆囊内瘘的发生率较一般的急、慢性胆囊炎高。自1996年1月至2005年12月的10年间,我院共切除胆囊5 827例,经病理证实为XGC的有33例,占切除胆囊标本的0.6%。33例XGC中,有4例合并不同类型的胆囊内瘘,占XGC的12.1%。现将该4例患者的临床资料加以总结并进行分析。

**1 临床资料** 例1,女,76岁。2个月前无明显诱因突发右上腹疼痛,向肩背部放射,可忍受,当时查B超提示“胆囊炎伴胆囊结石”,消炎治疗后缓解。半个月前症状再发,伴恶心、呕吐,呕吐物呈黄绿色,伴苦涩味,5~6次/d。1996年12月20日入院。查体:脱水貌,急性面容,皮肤巩膜无黄染,舟状腹,右上腹肋弓下可扪及一巨大包块,张力较高,轻度触痛,表面光滑,莫氏征(±)。辅助检查: B超提示胆囊癌伴胆囊结石;CT提示胆囊炎、胆囊管结石。术前诊断:慢性结石性胆囊炎急性发作,胆囊癌待排。入院予抗炎、补液等治疗,2周后在硬膜外麻醉下手术,术中所见:胆囊6 cm×5 cm×4 cm,壁厚韧,与周围大网膜、胃壁等组织广泛粘连,胆囊颈部可扪及一大一小1 cm×1 cm结石。分离胆囊与胃窦部粘连后见胃窦小弯前壁有一直径0.5 cm的胆囊胃内瘘口,遂决定行胆囊切除、胆囊床肝方叶楔形切除、胃瘘口修补术。手术顺利,恢复良好,11 d后出院,术后病理诊断为XGC。最后诊断:XGC伴胆囊胃内瘘、胆囊结石。

例2,男,72岁。9年前反复出现右上腹隐痛,多于进食油腻食物后发作,当时B超提示“胆囊结石”。1个月前症状再发,伴恶心、呕吐。既往有高血压病和2型糖尿病病史。2002年11月28日入院。查体:皮肤巩膜无黄染,腹软,无压痛、反跳痛,胆囊未触及,莫氏征阳性。辅助检查:CA-19-9为98.0 μg/ml(正常值小于37 μg/ml);B超提示慢性结石性胆囊炎,胆总管轻度扩张;CT提示胆囊炎,胆囊结石,胆总管扩张,胆囊占位待除外;内镜下逆行胰胆管造影(ERCP)诊断为胆总管多发结石,胆囊多发结石,肝总管末段不规则狭窄,胆管内占位待排。术前诊断:Mirizzi综合征,慢性结石性胆囊炎,胆总管结石。在全麻下剖腹探查,术中所见:胆囊与大网膜及十二指肠粘连严重,仔细分离后见胆囊6 cm×4 cm×4 cm,壁厚,体部与十二指肠球部形成内瘘,瘘口

0.3 cm×0.3 cm,表面可见脓苔,胆囊颈部与胆囊管结构不清,Hartmann袋位于胆总管后方并与胆总管紧密粘连。从底部分离胆囊并修补十二指肠瘘口后,距胆总管0.5 cm处切开胆囊,从胆囊颈部取出一3 cm×3 cm大小胆囊结石,此结石一半体积凸向肝总管与右前叶胆管,受压肝总管处局部狭窄,内径仅0.5 cm。遂行胆囊部分切除、剩余胆囊壁胆总管破损处修补、胆囊十二指肠瘘修补、胆总管切取石、T管支撑引流术。手术顺利,恢复良好,10 d后出院。术后病理诊断为XGC。最后诊断:XGC伴胆囊十二指肠瘘、Mirizzi综合征,胆囊结石,胆总管结石。

例3,女,68岁。6周前出现右上腹疼痛,呈阵发性绞痛,伴右肩部放射痛,伴恶心、呕吐,外院诊断“急性胆囊炎”,抗炎治疗不能缓解。既往有“胆囊结石”病史26年,有高血压病和2型糖尿病病史。2002年10月16日入院。查体:皮肤巩膜轻度黄染,腹软,无压痛、反跳痛,胆囊未触及,莫氏征阳性。辅助检查:CA-19-9为228.8 μg/ml;B超提示胆囊癌伴胆囊结石;CT提示慢性结石性胆囊炎,不排除不典型胆囊癌。术前诊断:慢性结石性胆囊炎,胆囊癌待排。在全麻下剖腹探查,术中所见:腹腔内腹水约300 ml,胆囊肿大,胆囊壁弥漫性增厚达2.5 cm,与右侧腹壁、大网膜、肝床面以及横结肠紧密粘连,胆囊内积脓60 ml,内有4 mm~1.3 cm不等黑色圆形结石,分离胆囊与横结肠过程中发现胆囊与横结肠形成内瘘,瘘口0.5 cm×0.5 cm。术中取部分胆囊壁组织送冰冻切片检查,提示胆囊慢性炎症病变,未发现肿瘤细胞。但考虑到胆囊与肝床面、横结肠等有浸润性生长,取材组织过少,仍不能排除胆囊癌可能,遂行胆囊切除、肝脏部分楔形切除、肝门部淋巴结清扫、横结肠部分切除后端吻合术。手术顺利,术后恢复良好,2周后出院。术后病理诊断为XGC。最后诊断:XGC伴胆囊横结肠瘘,胆囊结石。

例4,男,68岁。2个月前出现右上腹疼痛,多于进食油腻食物后发作,较剧烈,伴发热,后出现皮肤、巩膜黄染。2003年8月4日入院。查体:皮肤巩膜重度黄染,腹软,右上腹轻度压痛,无反跳痛,胆囊未触及,莫氏征阴性。辅助检查:肝功提示总胆红素394.3 μmol/L,直接胆红素313.4 μmol/L;B超提示胆囊占位,肝占位,胆囊结石;CT提示胆囊占位压迫肝门部胆管致肝内胆管扩张,考虑胆囊癌可能性

大;磁共振胰胆管造影(MRCP)提示胆囊癌伴肝内胆管扩张;ERCP显示胆囊及总肝管改变,考虑胆囊癌侵犯肝管,并行置管内引流术(ERBD)。术前诊断:胆囊癌伴远处转移,胆囊结石。经保肝、退黄、补液等保守治疗后,在全麻下剖腹探查,术中所见:胆囊形成一10 cm×8 cm包块,与膈肌、大网膜、横结肠、十二指肠粘连,其内有脓性胆汁,一2.5 cm×2.5 cm大小结石嵌顿于胆囊颈部,并形成胆囊胆总管瘘,胆囊与横结肠粘连形成胆囊横结肠瘘,瘘口直径2.5 cm。取两块胆囊壁组织送冰冻切片检查,提示:慢性XGC性病变。遂行胆囊部分切除、胆管内支架取出、剩余胆囊空肠 Roux-en-Y 吻合、横结肠部分切除后端端吻合术。手术顺利,术后恢复良好,11 d后出院。术后病理诊断为XGC,炎症波及临近肠壁形成瘘道。患者半年后出现胆管炎性狭窄,再次经内镜鼻胆管引流后好转。最后诊断:XGC伴胆囊横结肠瘘、胆囊胆总管瘘(IV型Mirizzi综合征)及胆囊结石。

**2 讨论** XGC最早由McCoy等报道并加以命名,在临床上发病率低,仅占所有胆囊炎性疾病总数的0.7%~13.2%,以中老年人多见,发病平均年龄为44~52岁<sup>[1]</sup>。

XGC的发病机制尚不十分清楚,多数学者<sup>[1,2]</sup>认为由急性炎症和梗阻等综合因素引起。胆囊壁形成微小脓肿病灶,胆汁沿着破裂的Rokitansky-Aschoff窦或黏膜溃疡病灶不断渗入至胆囊壁,巨噬细胞聚集,吞噬胆汁中的胆固醇和磷脂,形成富含脂质的泡沫样组织细胞,随着病程发展,病灶扩大,纤维组织大量增生,形成炎性肉芽肿块,使胆囊壁不断增厚,并与肝脏或临近器官粘连、浸润,引起胆囊与周围空腔脏器形成内瘘,如十二指肠、胆总管、横结肠等,甚至并发胆囊壁坏死、胆囊穿孔等。4例XGC合并的胆囊内瘘分别为胆囊胃内瘘、胆囊十二指肠瘘、胆囊横结肠瘘、胆囊胆总管瘘及胆囊横结肠瘘。

XGC无特异性症状和体征,临床表现基本与胆囊炎相似<sup>[3]</sup>。几乎所有的患者都有右上腹痛,部分伴肩背部放射痛、恶心、呕吐、发热等,一些患者可有右上腹包块、莫氏征阳性等体征。XGC的B超表现有胆囊壁弥漫性或局灶性增厚,胆囊内壁光滑,胆囊壁内低回声结节或低回声带,胆囊与肝床面及周围组织分界不清,合并有胆囊结石等<sup>[4]</sup>;CT影像学特征有胆囊壁增厚,胆囊壁内低密度结节影、黏膜线、胆囊结石影等<sup>[5]</sup>。病理诊断中,若镜下发现成片的泡沫细胞、组织细胞杂以纤维母细胞和炎细胞组成的特征性肉芽肿性结构,为诊断XGC的“金标准”<sup>[2]</sup>。

XGC在临床上应注意与胆囊癌的鉴别,B超及CT等影像学检查有助于鉴别<sup>[6]</sup>,术前还可行B超引导下细针穿刺检查加以鉴别<sup>[7]</sup>。当术中诊断有困难时,可行术中冰冻组织学检查<sup>[8]</sup>。临床上经常发生有将XGC误诊为胆囊癌的报道<sup>[8,9]</sup>。本组第3例和第4例术前均高度怀疑胆囊癌,均行术中冰冻切片检查,其中第3例胆囊与肝床面、横结肠等有浸润性生长,仍怀疑为胆囊癌,行胆囊癌扩大根治术。

XGC的首选治疗是胆囊切除术,包括完全和部分胆囊切除术,有内瘘者兼行内瘘修补术<sup>[1,10]</sup>。因XGC与周围脏器粘连较重,术中应注意防止邻近脏器的损伤,特别是并存内瘘、Mirizzi综合征时要防止胆道的损伤。由于胆囊与肝胆囊床面粘连严重,故若要完整切除病灶,有时需行胆囊床肝方叶楔形切除。本组第1例虽术中诊断考虑为胆囊炎性病变,但最终因胆囊与周围组织粘连严重,故行胆囊切除、胆囊床肝方叶楔形切除、胃瘘口修补术。因XGC造成的周围组织粘连严重,若同时伴有胆囊内瘘,大大增高了手术难度和风险,更加需要术中的仔细操作以及娴熟的胆道外科手术技巧。本组第2例术中发现胆囊十二指肠瘘,行胆囊部分切除、剩余胆囊壁胆总管破损处修补、胆囊十二指肠瘘修补术,此术式借胆囊壁修补破损的胆总管壁,具有一定的手术难度和手术技巧,处理时需格外谨慎和细致。

#### [参考文献]

- [1] Guzman-Valdivia G. Xanthogranulomatous cholecystitis: 15 years' experience[J]. *World J Surg*, 2004,28:254-257.
- [2] Hsu C, Hurwitz JL, Schuss A, et al. Radiology-Pathology Conference: Xanthogranulomatous cholecystitis[J]. *Clin Imaging*, 2003,27:421-425.
- [3] Guzman-Valdivia G. Xanthogranulomatous cholecystitis in laparoscopic surgery[J]. *J Gastrointest Surg*, 2005,9:494-497.
- [4] Kim PN, Ha HK, Kim YH, et al. US findings of xanthogranulomatous cholecystitis[J]. *Clin Radiol*, 1998,53:290-292.
- [5] Chun KA, Ha HK, Yu ES, et al. Xanthogranulomatous cholecystitis: CT features with emphasis on differentiation from gallbladder carcinoma[J]. *Radiology*, 1997,203:93-97.
- [6] Parra JA, Acinas O, Bueno J, et al. Xanthogranulomatous cholecystitis: clinical, sonographic, and CT findings in 26 patients[J]. *Am J Roentgenol*, 2000,174:979-983.
- [7] Krishnani N, Shukla S, Jain M, et al. Fine needle aspiration cytology in xanthogranulomatous cholecystitis, gallbladder adenocarcinoma and coexistent lesions[J]. *Acta Cytol*, 2000,44:508-514.
- [8] Pinocy J, Lange A, Konig C, et al. Xanthogranulomatous cholecystitis resembling carcinoma with extensive tumorous infiltration of the liver and colon[J]. *Langenbecks Arch Surg*, 2003,388:48-51.
- [9] Baykara M, Karahan OI. Xanthogranulomatous cholecystitis mimicking carcinoma of gallbladder[J]. *Tani Girisim Radyol*, 2004,10:56-58.
- [10] Kwon AH, Matsui Y, Uemura Y. Surgical procedures and histopathologic findings for patients with xanthogranulomatous cholecystitis[J]. *J Am Coll Surg*, 2004,199:204-210.

[收稿日期] 2006-01-06

[修回日期] 2006-06-12

[本文编辑] 贾向春