

文章编号:1005-6947(2004)03-0170-03

·原发性肝癌专题研究·

原发性肝癌伴胆管癌栓的诊治

左朝晖¹, 李永国¹, 蒋宏平², 黄生福¹, 李清龙¹

(1. 中南大学湘雅二医院 肝胆外科, 湖南长沙 410011; 2. 湖南省道县人民医院 普外科, 湖南道县 422001)

摘要:目的 探讨原发性肝癌伴胆管癌栓的诊治方法。方法 回顾性分析8年间收治的21例原发性肝癌伴胆管癌栓的临床资料。结果 临床表现为肝癌及梗阻性黄疸症状;术前正确诊断率76.2%, B超, CT, MRI, ERCP和PTC的正确诊断率分别为14.3%, 9.5%, 14.3%, 71.4%和100%。行肝癌切除加胆管癌栓清除术10例, 肝癌切除加肝外胆管切除术5例, 单纯胆总管切开取栓加肝动脉化疗栓塞(TACE)3例, 胆管癌栓清除加肝动脉灌注(HIA)3例。术后3年生存率44.4%, 5年生存率28.6%。结论 原发性肝癌伴胆道癌栓的诊断应选择多种检查手段, 综合分析;以外科为主的综合治疗是积极有效的治疗方法。

关键词:肝肿瘤/并发症; 癌栓/并发症; 肝肿瘤/诊断; 肝肿瘤/外科学

中图分类号: R735.7; R543

文献标识码: A

Diagnosis and treatment of primary liver cancer with cancer thrombus of the bile duct

ZUO Chao-hui¹, LI Yong-guo¹, JIANG Hong-ping², HUANG Sheng-fu¹, LI Qing-long¹

(1. Department of Hepatobiliary Surgery, The Second Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410011, China; 2. Department of General Surgery, People's Hospital of Dao County, Dao County, Hunan 422001, China)

Abstract: Objective To study the diagnosis and treatment of primary liver cancer (PLC) with bile duct cancer thrombus (BDT). **Methods** The clinical data of 21 patients with PLC and BDT admitted in the past 8 years were analyzed retrospectively. **Results** The major clinical manifestations were the symptoms of primary liver cancer and obstructive jaundice. The correct diagnosis rate was 76.2% before operation. The diagnosis rate of B-us, CT, MRI, ERCP and PTC was 14.3%, 9.52%, 14.3%, 71.4% and 100% respectively. The operative procedures included hepatectomy with removal of BDT ($n = 10$), hepatectomy combined with extrahepatic bile duct resection ($n = 5$), thrombectomy through choledochotomy with TACE ($n = 3$), removal of BDT with HAI ($n = 3$). The 3, 5-year survival rate were 43.20% and 24.60% respectively. **Conclusions** Multi-examinations should be applied in the diagnosis of PLC with BDT. The comprehensive therapy including surgery and other therapies must be adopted for PLC with BDT.

Key words: LIVER NEOPLASMS/compl; CANCER THROMBI/compl; LIVER NEOPLASMS/diag; LIVER NEOPLASMS/surg

CLC number: R735.7; R543

Document code: A

原发性肝癌(primary liver cancer, PLC)易侵犯门静脉和肝静脉形成癌栓,但合并胆管癌栓(bile duct thrombi, BDT)者罕见,相关报道也较少。本文回顾性分析我院1994~2002年收治的21例PLC伴BDT的诊治情况,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男18例,女3例。年龄35~69(平均54)岁。HBsAg阳性18例(85.7%),甲胎蛋白(AFP)阳性17例(80.9%),术前有黄疸11例(52.4%),胆红素42.02~575.8 $\mu\text{mol/L}$,平均254.2 $\mu\text{mol/L}$ 。影像学检查:B超18例,CT19例,MRI9例,ERCP

收稿日期:2003-06-27; 修订日期:2004-01-19。

作者简介:左朝晖(1973-),男,湖南怀化人,中南大学湘雅二医院博士研究生,主治医师,主要从事肝胆胰肿瘤方面的研究。

7例,PTC 2例。

1.2 肝癌大小及胆管癌栓的部位

原发肿瘤直径2~9cm,平均6.8cm,肿瘤位于肝左叶11例,肝右叶4例,尾状叶1例,多发占位3例,2例肝内无明确病灶。癌栓位于胆总管3例,肝总管2例,左右肝管及肝总管2例,左叶肝内胆管及左肝管2例,右叶肝内胆管及左右肝管4例,右肝管至汇合部3例,左肝管至汇合部2例,左右肝管2例,右肝管至胆总管1例。并肝硬化者16例,腹水10例。

1.3 手术方式

全组病例均采用全身麻醉。术中确定癌灶部位后。游离肝脏,常温下间歇阻断肝门,切除原发灶,肝断面上切断的胆管暂不结扎,取出癌栓;若肝外胆管内有癌栓,则切开胆总管取栓,再与肝断面上的胆管汇合取栓。缝合肝断面胆管,并予胆总管T型管引流;癌栓与胆管壁粘连紧密,估计胆管受侵犯,切除受累的胆管,行胆管空肠吻合术;对于没有明确的原发病灶,仅以肝外胆管癌栓表现者,则行单纯取栓术。

2 结果

2.1 诊断

本组21例中,16例术前明确诊断,其中11例有肝癌症状和梗阻性黄疸;5例为肝癌症状,影像学检查示胆管癌栓,无梗阻性黄疸;5例为术中探查发现。术前正确诊断率为76.2%(16/21)。影像学检查结果:B超,CT,MRI,ERCP和PTC的正确诊断率分别为14.3%(3/21),9.5%(2/21),14.3%(3/21),71.4%(15/21)和100%(21/21)。

2.2 治疗及结果

2.2.1 治疗方法 肝癌切除加胆管癌栓清除术10例(47.6%);肝癌切除加肝外胆管切除,胆管空肠吻合术5例(23.8%);肝脏多发性占位,因肿块切除困难,行肝动脉化疗栓塞(TACE)加癌栓清除术3例(14.3%);因肝癌巨大或肝内无明显病灶,则行胆管癌栓清除术加肝动脉灌注(HAI)3例(14.3%)。

2.2.2 治疗结果 全组无手术死亡,术后并发症:胸腔积液3例,应激性胃溃疡2例,胆管出血1例,肺部感染1例,肝功能衰竭1例。肝功能衰竭

患者2个月死亡,其余均治愈出院。20例术后均获随访,随访时间为3~6.5年,全组3,5年生生存率分别为44.4%(8/18),28.6%(4/14)。其中肝癌切除加胆管癌栓取出术3年和5年生生存率分别为44.4%(4/9)和33.3%(2/6);肝癌切除加肝外胆管切除术3年和5年生生存率分别达50%(2/4)和25%(1/4);单纯胆总管切开取栓术加TACE及癌栓清除加HAI者3年和5年生生存率分别为40%(2/5)和25%(1/4);有梗阻黄疸术后生存率与无梗阻性黄疸者差异无显著性($P > 0.05$)。

3 讨论

原发性肝癌伴胆管癌栓在国外报道罕见^[1]。国外报道^[2]胆管癌栓发生率1.9%~9%,近年来其患病率有所提高。

PLC侵入胆管引起梗阻的可能途径是^[3]:(1)癌细胞直接侵入薄壁的肝内胆管。(2)癌细胞侵入静脉及淋巴管,逆行侵入胆管壁。(3)癌细胞沿神经鞘的间隙侵入胆管壁。(4)门静脉癌栓侵犯邻近胆管。(5)肝内肿瘤转移至胆管壁上的营养血管穿破胆管上皮,进入胆管腔内。侵入胆道的肿瘤向下持续生长,充填肝外胆道,或肿瘤出血引起胆道内血凝块梗阻,均可引起梗阻性黄疸。

本病缺乏特征性临床表现,现有的影像学检查手段有时还不能发现微小的原发性肝癌病灶的存在。因此术前确诊率极低,常易将其误诊为胆管结石、胆管炎、原发性胆管肿瘤等疾病。Chen等^[4]报道术前正确诊断率为50%。肝癌患者出现黄疸、便血或胆管炎者均应注意检查有无胆道癌栓的存在。有些病例即使是术中也未发现肝内肿瘤,而术后癌栓病理回报为原发性肝细胞癌。所以,对有乙肝病史,AFP阳性患者,存在胆道扩张,即使没有肝内肿瘤,也应高度怀疑胆道癌栓存在^[5]。本组2例肝内无明显占位,胆道有梗阻。本组术前正确诊断率为76.2%(16/21),略高于孙婧璟等^[6]71.8%的报道。若肝癌患者AFP增高(即使无肝占位),有乙肝病史者出现胆管炎或胆道梗阻症状,应立即予以ERCP及PTC等有较高诊断率的检查,以明确病因。

近年来,Satoh等^[7]简化了胆管癌栓的临床分型。I型:癌栓位于胆道的一级分支,未到达左右肝管汇合部。II型:癌栓延伸超过左右肝管汇合

部。III型:癌栓游离于原发肿瘤,在胆总管腔内生长。该分型简洁实用,更能指导肝癌的治疗。本组癌栓临床分型包括:I型8例,II型9例和III型4例。传统认为,原发性肝癌一旦出现胆管癌栓,表示病情已属晚期,尤其是出现阻塞性黄疸时,疗效差。不主张手术治疗。近年研究^[8,9]认为开展积极的手术可显著提高生存质量,延长生存时间。

冯留顺等^[10]认为,外科治疗是一种有效的方法,彭淑牖等^[11]认为,复发后选择适当病例再次手术,仍可取得较好的疗效。Lau等^[12]认为胆管癌栓并不是原发性肝癌的晚期表现,积极的外科治疗可获得较满意的疗效,其3年生存率为47%。本组手术治疗者的3年生存率为44.4%,故认为对于原发性肝癌伴胆管癌栓患者,应积极手术治疗,尤其梗阻性黄疸并非手术禁忌证,肿瘤切除后可解除梗阻,消除黄疸。手术方式应根据术中发现决定:(1)肝癌切除加胆管癌栓清除术。原发癌灶切除后可自肝断面上切断的胆管内取出癌栓,若取癌栓困难或癌栓延伸至胆总管,则宜行胆总管切开取出癌栓,再与肝断面上胆管汇合。本组肝癌切除加胆管癌栓清除术10例(47.6%)。(2)肝癌切除加胆管空肠内引流术。对于侵犯胆管汇合部的肝癌,往往有周围组织受侵,则先给予肝叶胆管整形后,再行高位胆管空肠吻合术。本组5例(23.8%)均行高位胆管空肠吻合术,其中1例死于肝衰竭。传统认为胆总管切开取癌栓可能会导致腹膜播散。Shiomi等^[13]比较了原发性肝癌合并胆管癌栓行胆管切除与未行胆管切除者的生存率,两者无明显差异,认为肝癌切除加胆管取栓是治疗该病合理的手术方式。原发性肝癌合并胆管癌栓,肝癌切除加胆管癌栓清除术可达到根治性切除的目的。对癌栓与胆管壁粘连较紧密者,应考虑有胆管侵犯,应切除与癌栓有粘连的胆管壁,再行胆管空肠内引流术。(3)单纯胆管癌栓清除术。本组6例行此术式,其中3例为肝脏多发性占位,肿块切除困难,术后行TACE术;2例因肝癌巨大及1例肝内无明显病灶,不能行根治手术,故行胆管癌栓清除术及HAI术等全身综合性治疗,可提高生存质量,延长

生存期。

参考文献:

- [1] Tantawi B, Cherqui D, Kracht M, *et al.* Surgery for biliary obstruction by tumor thrombus in primary liver cancer [J]. *Br J Surg*, 1996, 43 (11): 1522 - 1525.
- [2] Jan YY, Cheng MF. Obstructive jaundice secondary to hepatocellular carcinoma rupture into the common bile duct: Choleidoscopic findings [J]. *Hepatogastroenterology*, 1999, 46 (25): 157 - 161.
- [3] 王锦波,何振平.原发性肝细胞癌侵犯胆道的途径[J].中华肝胆外科杂志,2001,7(1)37-38.
- [4] Chen MF, Jan YY, Jeng LB, *et al.* Obstructive jaundice secondary to ruptured hepatocellular carcinoma into the common bile duct-surgical experiences of 20 cases [J]. *Cancer*, 1994, 73 (5): 1335 - 1340.
- [5] 王锦波,何振平.肝癌胆道转移手术方式对预后的影响[J].中华肝胆外科杂志,1998,4(2):26-27.
- [6] 孙婧璟,吴孟超,沈锋,等.原发性肝癌合并胆道癌栓的诊断[J].中华肝胆外科杂志,2001,7(1):9-12.
- [7] Satoh S, Ikai I, Honda G, *et al.* Clinicopathologic evaluation of hepatocellular carcinoma with bile duct thrombi [J]. *Surgery*, 2000, 128 (5): 779 - 783.
- [8] Hu JX, Pi ZM, Yu MY, *et al.* Obstructive jaundice Caused by tumor emboli from hepatocellular carcinoma [J]. *Am Surg*, 1999, 65 (5): 406 - 410.
- [9] Qin LX, Tang ZY. Hepatocellular carcinoma with obstructive jaundice: diagnosis, treatment and prognosis [J]. *World J Gastroenterol*, 2003, 9 (3): 385 - 391.
- [10] 冯留顺,马秀现,靳志良.肝细胞癌侵入胆管致阻塞性黄疸(附16例报告)[J].中国普通外科杂志,2001,10(2):123-125.
- [11] 彭淑牖,王建伟,刘颖斌,等.原发性肝癌伴胆管癌栓的外科治疗[J].中华外科杂志,2003,41(3):169-171.
- [12] Lau W, Leung K, Leung TW, *et al.* A logical approach to hepatocellular carcinoma presenting with jaundice [J]. *Ann Surg*, 1997, 225 (3): 281 - 285.
- [13] Shiomi M, Junichi K, Nagino M, *et al.* Hepatocellular carcinoma with biliary tumor thrombi: aggressive operative approach after appropriate preoperative management [J]. *Surgery*, 2001, 129 (6): 692 - 698.