

文章编号:1005-6947(2008)08-0830-03

· 临床报道 ·

黄色肉芽肿性胆囊炎的诊治:附 17 例报告

韩圣华, 陈燕凌

(福建医科大学附属协和医院 肝胆外科, 福建 福州 350001)

摘要:目的 探讨黄色肉芽肿性胆囊炎(XGC)的诊断和治疗。方法 回顾性分析2002年1月—2008年3月经病理确诊为XGC 17例患者的临床资料。结果 平均发病年龄64.5岁,男女比例为13:4,临床表现类似一般的胆囊炎,术前仅1例CT检查提示XGC可能,其余均误诊。术中发现全部病例100%胆囊壁均增厚;88.2%(15/17)合并胆囊结石;23.5%(4/17)合并胆总管结石;11.8%(2/17)合并Mirizzi综合征。术中冷冻病理检查6例均排除胆囊癌。4例行腹腔镜胆囊切除术,中转开腹2例;其余13例中开腹行胆囊切除术9例,行胆囊大部切除术2例,行胆囊加胆囊床部肝楔形切除术2例;行胆总管切开探查术6例,其中3例胆总管一期缝合,3例胆总管T管引流;行经胆囊管胆总管探查4例。术后切口感染1例。结论 XGC是一种特殊类型胆囊炎,临床表现不典型,术前难以诊断,病理检查是XGC诊断的关键,手术治疗以胆囊切除为主,对伴有黄疸、胆总管扩张,不能排除胆总管结石者术中应探查胆总管。本病预后良好。

[中国普通外科杂志,2008,17(8):830-832]

关键词: 胆囊炎,黄肉芽肿性/诊断;胆囊炎,黄肉芽肿性/治疗

中图分类号: R 657.4

文献标识码: B

黄色肉芽肿性胆囊炎(xanthogranulomatous cholecystitis, XGC)是一种少见特殊类型的胆囊炎性疾病。我院2002年1月—2008年3月共收治17例XGC,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男13例,女4例;年龄37~79,平均(64.5±10.3)岁。患者均有反复发作右上腹疼痛病史,畏冷发热9例,3例右上腹包块,5例伴黄疸。病史1d至5年:1个月以内7例,2个月4例,3~6个月4例,3年1例,5年1例。合并糖尿病9例,胃癌术后腹膜后淋巴结复发并急性梗阻性化脓性胆管炎1例,乳腺癌手术后30年1例。

1.2 实验室检查

5例ALT升高,6例AST升高,14例GGT升高,9例AKP升高,12例低蛋白血症,7例GLB升

高,9例血糖升高。肿瘤标记物:CA199检查14例,升高7例(均为轻度升高);均检查CEA,升高3例(1例为胃癌术后复发,其余2例为轻度升高)。

1.3 影像学检查

术前B超均检查提示胆囊壁增厚,诊断为慢性胆囊炎8例,7例并胆囊结石;胆囊结石并胆囊腺肌症2例;7例胆囊癌不能排除;6例并胆囊结石;4例合并肝门区、腹膜后淋巴结肿大,1例胆囊穿孔并胆囊周围脓肿。17例中3例合并胆总管结石,2例合并胆总管扩张(胆总管未见结石)。

1例术前MRI检查提示胆囊癌合并胆总管扩张,另16例术前CT检查提示胆囊壁增厚。诊断为慢性结石性胆囊炎6例,其中1例胆囊前外侧腹膜明显增厚,胆囊结石并胆囊腺肌症1例;高度怀疑合并胆囊癌9例,其中合并胆囊结石8例,3例肝受累,见楔形低密度病灶,1例胆囊旁低密度占位,大小3.5 cm×1.3 cm×1.0 cm,1例胆囊穿孔并胆囊周围脓肿,1例XGC可能并肝内外胆管扩张,可疑胆总管癌栓。合并胆总管结石2例,胆总管扩张2例(胆总管未见结石)。

收稿日期:2008-05-08; 修订日期:2008-08-09。

作者简介:韩圣华,男,福建医科大学附属协和医院副主任医师,主要从事肝胆胰疾病方面的研究。

通讯作者:陈燕凌 E-mail:ylchen@medmail.com.cn

2 治疗及结果

2.1 手术方式及术中所见

术中见所有病例胆囊壁均明显增厚(5~25 mm),均呈慢性炎症急性发作表现,与肝脏、周围大网膜、横结肠、十二指肠粘连严重,胆囊三角炎症、水肿明显,解剖不清,胆囊壁、胆囊管、胆囊动脉质脆,结扎时组织容易割裂。6例术中冷冻病理,诊断为胆囊炎症,均未见癌,2例提示胆囊壁见肉芽组织增生。15例有胆囊结石,其中8例有胆囊管或胆囊颈结石嵌顿,2例合并有 Mirizzi 综合征,4例合并胆总管结石。8例胆囊萎缩,9例胆囊增大,张力高。7例胆囊壁多处坏疽,7例胆囊积脓,4例胆囊周围脓肿,1例胆囊内为陈旧性积血,1例合并肝多发小脓肿。2例胆囊底部质硬包块侵犯及肝脏,2例在胆囊与肝之间形成肿块,内为墨绿色坏死组织,1例胆囊底部炎症累及腹壁肌层。

4例行腹腔镜胆囊切除术,2例完成手术,中转开腹行胆囊切除加经胆囊管胆总管探查术2例(因术中发现胆囊张力高,胆囊管小结石嵌顿,不能排除胆总管结石)。其余13例中,9例行开腹胆囊切除术,其中1例行经胆囊管胆总管探查术;2例行胆囊大部切除术(于胆囊颈部切除胆囊,残留的胆囊黏膜以电刀或石炭酸烧灼破坏,缝合胆囊颈);2例行胆囊加胆囊床部肝楔形切除,其中1例行经胆囊管胆总管探查术;13例中6例加胆总管切开探查,其中3例行术中胆道镜检查、胆总管一期缝合术,3例行胆总管T管引流术。

2.2 术后并发症

本组均临床治愈,仅1例切口感染,无其余并发症发生。

2.3 病理检查结果

大体见胆囊呈慢性炎症急性发作表现,胆囊壁增厚,浆膜与周围组织有致密的纤维粘连,15例伴有胆囊结石。胆囊壁切面可见散在的、大小不等的棕黄色、黄色或墨绿色结节,界限不清,胆囊黏膜有糜烂、溃疡或出血灶。17例均诊断为XGC,所切除肝均为慢性炎性改变。

2.4 随访

17例随访2个月至6年,一般情况良好。

3 讨论

XGC是一种少见的特殊慢性胆囊炎,仅占所

有胆囊炎性疾病总数的0.7%~13.2%^[1-2],本组17例XGC中15例是近3年收治的病例。术前仅1例CT检查提示XGC可能,其余均误诊。

有关男女比例文献报道不一,这与XGC的发病率低,缺乏大样本的临床资料有关。国内文献报道的XGC常见于女性^[3-6],本组男性占优势(男:女=13:4),Guzman-Valdivia对161例XGC的统计发现,男:女=107:54^[1]。

通常认为XGC由急性炎症和梗阻综合因素引起,胆囊壁形成微小脓肿,胆汁沿着破裂的Rokitansky-Aschoff窦或黏膜溃疡病灶渗入胆囊壁,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,并与肝脏或邻近器官粘连、浸润^[1]。本组患者表现为较严重的慢性胆囊炎急性发作,经过抗感染治疗,症状仍反复发作,仅2例病史分别为3年和5年,其余病史均在半年以内。本组以老年人为主,47.1%(8/17)合并糖尿病,70.6%(12/17)合并低蛋白血症;88.2%(15/17)合并胆囊结石,47.1%(8/17)有胆囊管或胆囊颈结石嵌顿。胆囊结石合并高龄、糖尿病、低蛋白血症容易出现胆囊的梗阻和炎症,可能与XGC的发生有一定的相关性,XGC出现急性炎症后不易控制,容易严重并发症,本组中出现胆囊积脓41.2%(7/17)、坏疽41.2%(7/17)甚至穿孔等。因胆囊与十二指肠、横结肠致密粘连,还可导致相应肠壁重度炎症、水肿,不仅可使胆囊难以完整切除,且易形成胆囊十二指肠内瘘或胆囊结肠瘘。

XGC的术前诊断困难,CT检查显示增厚的胆囊壁内的低密度结节影,对XGC诊断有一定参考价值,术中在剖开胆囊壁间有黄绿色结节者可提示为本病,XGC的确诊依赖病理诊断^[5-6]。病理医师对XGC认识不足,仅作为一般胆囊炎加以描述,或因部分病灶很小,加上剖验胆囊不仔细而致漏检^[3]。

XGC的首选治疗是胆囊切除术,如胆囊向肝面浸润或与周围脏器粘连致密不易剥离,为避免胆管及周围脏器损伤,可选择胆囊大部切除术^[6-7],文献报道,65%的XGC行完全胆囊切除有困难,有35%行部分胆囊切除^[2]。XGC常合并有Mirizzi综合征、胆总管结石,可伴黄疸、胆总管扩张^[2,7],笔者认为对这类患者,术中应探查胆总

管。由于 LC 术创伤小,术后患者恢复快,虽然 XGC 病人行 LC 术的中转开腹率可高达 80%^[2],如果术者对胆囊及周围组织有熟悉的解剖定位和腹腔镜手术的经验,以及术中可行冷冻切片活检,仍应考虑 LC 术^[8-9]。本组有 6 例术中表现难于同胆囊癌鉴别,行术中冷冻病理排除胆囊癌。虽有报道胆囊腺癌有 10% 的 XGC 发生,XGC 标本中也有 10% 发现腺癌^[5],但目前还没有确切证据证明 XGC 与胆囊癌的发生有直接关系,肉芽肿内的细胞无异型性和核分裂,故不能认为 XGC 是一种癌前病变^[9-10]。本组全部病例经过 2 个月至 6 年随访,均未发现胆囊癌。

总之,对于临床表现为胆囊结石合并急、慢性炎症,影像学检查提示胆囊壁增厚,术中表现类似胆囊癌者,在考虑胆囊癌的同时,应考虑 XGC 的可能,病理检查是诊断的关键。因 XGC 具有一定的侵袭性和破坏性,故一经怀疑应积极手术治疗,以免发生并发症增加治疗的难度。胆囊切除是基本手术方式,扩大切除没有必要^[6,9],对伴有黄疸、胆总管扩张,不能排除胆总管结石者术中应探查胆总管。

参考文献:

- [1] Guzman-Valdivia G. Xanthogranulomatous cholecystitis: 15 years' experience [J]. *World J Surg*, 2004, 28 (3): 254 - 257.
- [2] Guzman-Valdivia G. Xanthogranulomatous Cholecystitis in laparoscopic surgery [J]. *J Gastrointest Surg*, 2005, 9 (4): 494 - 497.
- [3] 王兰,陶自坚. 黄色肉芽肿性胆囊炎 41 例临床病理分析 [J]. *临床与实验病理学杂志*, 2002, 18 (6): 619 - 621.
- [4] 鲁纯智,黄美雄,尤广发,等. 黄色肉芽肿性胆囊炎 [J]. *中国普通外科杂志*, 2000, 9 (2): 173 - 174.
- [5] 沈军,董谦,杨勇,等. 黄色肉芽肿性胆囊炎的临床诊断及治疗 [J]. *中国普通外科杂志*, 2007, 16 (2): 186 - 187.
- [6] 王益钟,梁廷波,景泉荣,等. 黄色肉芽肿性胆囊炎 8 例报告 [J]. *中国普通外科杂志*, 2002, 11 (4): 252 - 253.
- [7] Srinivas GN, Sinha S, Ryley N, *et al.* Perfidious Gallbladders - A Diagnostic Dilemma with Xanthogranulomatous Cholecystitis [J]. *Ann R Coll Surg Engl*, 2007, 89 (2): 168 - 172.
- [8] Kwon AH, Matsui Y, Uemura Y. Surgical procedures and histopathologic findings for patients with xanthogranulomatous cholecystitis [J]. *J Am Coll Surg*, 2004, 199 (2): 204 - 210.
- [9] 张弢,王明亮,臧潞,等. 黄色肉芽肿性胆囊炎 74 例诊治分析 [J]. *中国实用外科杂志*, 2007, 27 (7): 549 - 550.
- [10] Takada M, Horita Y, Okuda S, *et al.* Genetic analysis of xanthogranulomatous cholecystitis: Precancerous lesion of gallbladder cancer? [J]. *Hepatogastroenterology*, 2002, 49 (46): 935 - 937.

2008 年裘法祖普通外科医学青年基金申报办法

裘法祖普通外科医学青年基金旨在通过奖励和资助,鼓励从事普通外科研究和实践并作出成绩的青年同道,发奋图强,开拓创新,为提高我国普通外科事业的不断发展作出贡献。

奖励对象为对普通外科事业有突出贡献的 45 岁以下(含 45 岁)的青年人。具体申报条件、办法如下:

1. 至 2007 年 12 月 31 日年龄在 45 岁以下(即 1963 年元月 1 日以后出生),从事普通外科专业者。

2. 2007 年(2008 年 6 月 31 日以前获得或公布的)在普通外科研究和实践中获得省、部级(含省、部级)以上自然科学奖、科学技术进步奖、技术发明奖二等奖(含二等奖)以上奖励的项目完成人排名第一或第二名者。

3. 申报表格及具体手续请与裘法祖普通外科医学青年基金办公室(武汉市解放大道 1095 号同济医院外科,邮政编码:430030)联系。

4. 申报截止日期:2008 年 9 月 30 日

联系人童汉莲,电话:027-83663400 或 83662159;手机:63087865;传真:83662851;E-mail:waiketj@yahoo.