

- 2004, 24(5):281-284.
- [3] Shrikhande SV, Kleeff J, Reiser C, et al. Pancreatic resection for M1 pancreatic ductal adenocarcinoma[J]. *Ann Surg Oncol*, 2007, 14(1):118-127.
- [4] Yamada H, Hirano S, Tanaka E, et al. Surgical treatment of liver metastatic from pancreatic cancer[J]. *HPB (Oxford)*, 2006, 8(2):85-88.
- [5] 黄韬,李波,林浩铭.转移性肝癌116例手术疗效分析[J]. *中国实用外科杂志*, 2004, 24(12):747-748.
- [6] Azizi A, Naguib NN, Mbalisike E, et al. Liver metastases of pancreatic cancer: role of repetitive transarterial chemoembolization (TACE) on tumor response and survival[J]. *Pancreas*, 2011, 40(8):1271-1275.
- [7] De Jong MC, Farnell MB, Selabas G, et al. Liver-directed therapy for hepatic metastases in patients undergoing pancreaticoduodenectomy: a dual-center analysis[J]. *Ann Surg*, 2010, 252(1):142-148.
- [8] 欧阳华强,黄建琴,刘鲁明,等.多学科综合治疗胰腺癌肝转移164例临床分析[C]/2009年首届全国中西医肿瘤博士及中青年医师论坛.北京:中华中医药学会肿瘤分会,2011:215-216.

(本文编辑 姜晖)



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.03.033
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract3836.shtml

胰腺导管内乳头状黏液腺瘤合并感染及脓肿形成1例

安伟¹, 刘双¹, 周敬强¹, 丁庆英¹, 冯宪光¹, 袁方水¹, 梁荔¹, 刘军²

(1. 山东省交通医院 肝胆外科, 山东 济南 250031; 2. 山东大学附属省立医院 肝胆外二科, 山东 济南 250021)

关键词: 胰腺肿瘤; 腺瘤, 黏液; 感染 / 继发性; 病例报告

中图分类号: R657.5

患者 男, 54岁。因“脐周部间歇性疼痛伴食欲下降20余年, 低热1周”于入院。患者平时无腹胀、腹泻, 无恶心、呕吐, 皮肤、巩膜无黄染, 大小便无异常。自发病来, 患者饮食欠佳, 体质量下降约20 kg。有2型糖尿病史5年, 平时规律口服“二甲双胍片”, 空腹血糖波动在8.0~12.1 mmol/L。入院体检: 体温37.5℃, 腹平坦, 中上腹可扪及一肿块, 质韧, 边界欠清, 活动度差, 轻度压痛, 无反跳痛, 墨菲氏征(-), 移动性浊音(-)。血淀粉酶、转氨酶、转肽酶、胆红素水平均正常; 肿瘤标记物CA125 5.07 U/L, CA19-9 12.18 U/L; 红细胞、白细胞计数正常, 中性粒细胞0.83; 空腹血糖12.1 mmol/L。腹部B超示: 胰头部

囊实性占位, 大小约7.4 cm×6.2 cm×5.0 cm, 主胰管扩张, 宽约1.2 cm。腹膜后多发肿大淋巴结。腹部强化CT示: 胰头区囊实性肿瘤, 大小约6.0 cm×5.2 cm×4.6 cm, 主胰管扩张约1.1 cm(图1)。入院诊断: 胰头部囊实性占位病变。手术探查: 肿瘤位于胰头、颈部, 质地偏硬, 囊性病变, 边界较清, 与肠系膜上静脉轻度粘连。切开肿瘤见胰管重度扩张, 直径约1.0 cm, 内有脓液

溢出。取部分组织中送快速病理, 报告“黏液性囊腺瘤, 具体待石蜡切片”, 遂行胰十二指肠切除术。解剖标本见肿瘤大小约7.0 cm×6.0 cm×5.0 cm。术后常规病理报告: 胰腺导管内乳头状黏液性囊腺瘤(图2)合并感染及脓肿形成, 组织切缘未见肿瘤。胰周淋巴结12枚呈慢性炎症。免疫组化: Ki-67<1%, CK(+), EMA(+)。患者术后22 d治愈出院。术后随访5年, 肿瘤无复发。

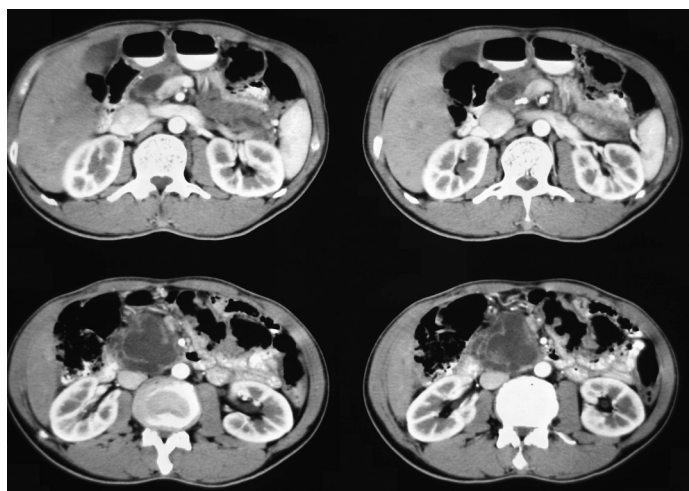


图1 腹部强化CT

收稿日期: 2013-12-17;

修订日期: 2014-02-21。

作者简介: 安伟, 山东省交通医院住院医师, 主要从事肝胆胰脾疾病外科治疗方面的研究。

通信作者: 安伟, Email: anwei020433@126.com

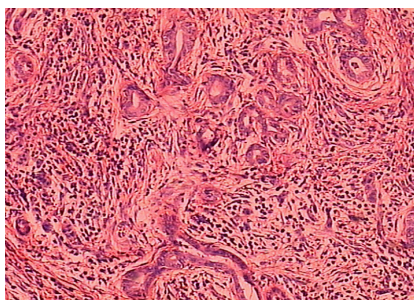


图 2 病理结果 (HE×200)

讨论 胰腺导管内乳头状黏液性肿瘤 (intraductal papillary mucinous neoplasm IPMN) 发病率约占胰腺肿瘤的 8%~10%^[1]。IPMN 是由日本学者 Ohhashi 于 1982 年首次报道, 经内镜逆行胰胆管造影 (ERCP) 可见主胰管明显扩张、十二指肠乳头肿大、黏液溢出等“三联征”^[2]。其基本病理改变是胰管内分泌黏蛋白的上皮细胞乳头状增生, 包括腺瘤、不典型增生 (交界性肿瘤)、恶性非浸润性 (原位癌) 及浸润性 (腺癌) 等几种。2000 年世界卫生组织 (WHO) 正式认可了 IPMN 这个术语。

本病好发于 55~70 岁的老年人, 男女比例约 2:1, 部位以胰头和钩突部多见, 少数位于胰体尾部^[3]。IPMN 临床表现缺乏特异性, 约 65%~75% 的患者无任何不适。阳性体征有上腹痛、呕吐、体质量下降等, 部分患者因瘤体压迫胆总管导致胆汁淤积而出现黄疸。另外, 胰液分泌不足可导致脂肪泻和糖尿病^[4]。IPMN 对胰腺肿瘤标记物并不敏感, 仅有 20% 的患者 CA125 和 CA19-9 增高。其按肿瘤起源的分型有三种: (1) 主胰管型。肿瘤主要存在于主胰管, 主胰管直径

一般 >1.0 cm, 管腔内常可见附壁结节。(2) 分支胰管型。病变累及分支胰管, 呈多个囊肿或串珠状分布; 主胰管直径一般 <0.6 cm, 腔内结节较少见。(3) 混合型。肿瘤存在于主胰管和分支胰管^[5]。

CT 是目前诊断胰腺肿瘤最常用的影像学检查方法, 可准确显示扩张的胰管、囊性肿块及囊内壁结节等, 对 IPMN 的分型起到了重要作用。ERCP 能够直视肿大的十二指肠大乳头及溢出的黏液, 明确胰管的扩张程度及充盈缺损的部位, 还可进行细胞学检查, 判断 IPMN 的良恶性。但 ERCP 操作属于有创检查, 易诱发急性胰腺炎, 正逐渐被无创的磁共振胰胆管成像 (MRCP) 及超声内镜 (EUS) 所取代。

本例患者病史特点为: 间断性脐周痛、体质量减轻、糖尿病 5 年, 低热 (37.5 ℃) 1 周, 血常规示中心粒细胞数增加, 提示存在炎症, 考虑与瘤体感染及脓肿形成有关; 结合病理诊断及阅 CT 片: 主胰管明显扩张, 直径 >1.0 cm, 故考虑为主胰管型 IPMN。2012 年国际 IPMN 治疗指南提出当主胰管直径 ≥ 1.0 cm (主胰管型或混合型) 或分支胰管型的囊肿直径 ≥ 3.0 cm 时, 肿瘤的恶性程度明显增高, 建议尽早手术治疗。不够此标准的患者可采用 MRCP 或超声内镜 (EUS) 监测 (每 3~6 个月)。根据肿瘤的性质与部位, 供选择的手术方案有胰十二指肠切除术、胰腺节段性切除术、保留脾脏的胰体尾切除术、全胰切除术等。IPMN 手术预后较好, 有报道^[6]称对于手术完整切除肿瘤的患者术后 5 年生存率可达 86.7%; 本例患者行胰十二指肠切除术后随访

5 年, 肿瘤无复发, 生活质量得到明显改善, 提示手术完整切除肿瘤是提高治愈率的关键。对于不能耐受手术的患者可考虑行内镜下胰管支架置入术, 但因肿瘤分泌大量黏液可导致支架堵塞, 疗效欠佳。

参考文献

- [1] 胡先贵, 金钢, 刘瑞, 等. 胰腺导管内乳头状黏液性肿瘤的临床病理学分析 (附 29 例报告) [J]. 外科理论与实践, 2007, 12(3):225-228.
- [2] 周宁新. 肝胆胰脾外科实践 [M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2005:388-390.
- [3] Suzuki Y, Atomi Y, Sugiyama M, et al. Cystic neoplasm of the pancreas: a Japanese multiinstitutional study of intraductal papillary mucinous tumor and mucinous cystic tumor[J]. Pancreas, 2004, 28(3):241-246.
- [4] Augustin T, Vandermeer TJ. Intraductal papillary mucinous neoplasm: a clinicopathologic review[J]. Surg Clin North Am, 2010, 90(2):377-398.
- [5] Niedergethmann M, Grützmann R, Hildenbrand R, et al. Outcome of invasive and noninvasive intraductal papillary-mucinous neoplasms of the pancreas (IPMN): a 10-year experience[J]. World J Surg, 2008, 32(10):2253-2260.
- [6] Kim SC, Park KT, Lee YJ, Lee SS, et al. Intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas: clinical characteristics and treatment outcomes of 118 consecutive patients from a single center[J]. J Hepatobiliary Pancreat Surg, 2008, 15(2):183-188.

(本文编辑 姜晖)