

文章编号:1005-6947(2005)05-0325-02

· 述评 ·

十二指肠壶腹部肿瘤早期诊断及其术式选择的思考

郑英键

(湖北省武汉市中心医院 普通外科, 湖北 武汉 430014)

关键词:十二指肠肿瘤/诊断; 十二指肠肿瘤/外科学; 壶腹部

中图分类号:R735.31; R656.62

文献标识码:A

十二指肠壶腹部肿瘤,是指发生于十二指肠乳头区域(包括乳头内胆管和胰管、胆胰管壶腹及十二指肠乳头)的肿瘤,也是构成壶腹周围肿瘤的重要组成部分,约占壶腹周围肿瘤的10.2%~36.0%。其发生率较低,据尸检统计,壶腹部肿瘤发生率约0.06%~0.21%,占胃肠道肿瘤的5%。该病的临床表现,虽与胰头癌相似,但其病程、手术切除率与预后均迥然不同,故应区别对待,不能混为一谈。

1 壶腹部肿瘤的临床病理及诊断

壶腹部肿瘤,约60%~80%发生在胆胰管壶腹部,故早期乳头黏膜正常,从而增加早期诊断的困难。其病理类型,主要是腺瘤和腺癌,尚有一些少见组织的肿瘤。腺瘤常与大肠内腺瘤演变为大肠癌类似,为癌前病变,存在“腺瘤-不典型增生-原位癌-浸润性癌”的变化规律。故壶腹部腺癌多系腺瘤恶变而来。在病理组织学上,壶腹部肿瘤可分为乳头状与管状腺瘤和腺癌。如壶腹部癌发展侵至十二指肠肌层及胰腺时,原发灶即难以判断,此时其淋巴结转移率可达50%以上。

壶腹部肿瘤多发生于壶腹处,常波及胆、胰管及十二指肠,从而影响胆汁及胰液排出。故其临床症状主要表现为阻塞性黄疸,多呈进行性加重。约80%~100%患者的首发症状是黄疸,但在发现黄

疸前,患者常感有上腹饱胀、隐痛不适,食欲减退,其发生约为80%。其原因多与胆胰管梗阻,胆胰管高压及胆汁胰液排出不畅有关。这些非特异性症状,不易与其他消化系统疾病相鉴别,临床上容易误诊。影像学检查,如B超、CT、低张十二指肠造影及MRCP,均可进一步显示乳头局部肿块,伴有梗阻部位以上胆胰管明显扩张,对诊断有较大帮助。十二指肠镜检查可直接窥视肿大乳头,并予以活检,还可对露出型肿瘤做出明确诊断。通过胆胰管造影,可根据其狭窄范围,推断肿瘤大小,预测原位切除或根治的可行性。但由于内镜取材深度有限,加上良恶性形态难以区别,即使有经验的病理学家,有时也不能依据活检组织判断其性质。另有一部分腺癌是在腺瘤基础上局部恶变或有部分“腺瘤内癌(cancionmallin adenoma)”,使活检不易取得癌巢,因而活检假阴性可达25%。临床上,更重要的是进一步明确肿瘤性质、分期,这对治疗、术式选择非常重要。近来,内镜超声(EUS)或胰导管内超声(Intraductal US)能分辨十二指肠乳头肿瘤分期、浸润深度及范围,对选择术式大有帮助。

2 壶腹部肿瘤的术式选择

壶腹部肿瘤,一旦确诊,应以手术治疗为主。由于壶腹部腺瘤与腺癌在肉眼、活检均难以区别,并有部分患者的腺瘤已发生局灶恶变或形成腺瘤内癌,可有约25%的活检呈假阴性结果,对医师的处理决策有较大影响。我院12例十二指肠乳头肿瘤中,活检诊断为恶性阳性的仅40%。因此,如果仅依靠钳夹活检阴性的结果进行手术,就会影响

收稿日期:2004-11-16。

作者简介:郑英键(1930-),男,湖南汉寿人,湖北省武汉市中心医院主任医师,主要从事肝胆胰方面基础与临床研究。

通讯作者:郑英键 电话:027-82845866。

某些活检为阴性的乳头癌的手术疗效。因此在实际工作中,为尊重患者的知情权,医师必须告诫患者及家属,“临床上诊断靠活检结果处理的必然性和术后病检结果有一定误差而有再手术的可能性”。使家属有思想准备,支持医师工作。在对壶腹部肿瘤术式选择方面有人认为:腺瘤恶变率较高或有腺瘤内癌并存可能,故提倡采用根治术式。近来也有人对壶腹部肿瘤行内镜切除肿瘤获得成功,如完整切除肿瘤,切缘无瘤,可视为根治切除术,可获得与胰十二指肠切除术(PD)相似的根治效果。也有人认为:T₁期壶腹部癌局部切除疗效等于或优于PD手术。

我院12例壶腹部肿瘤良性7例,恶性5例,均采用原位切除术。良性者术后恢复顺利。恶性肿瘤T₁高分化腺癌2例,T₁高分化腺瘤内癌2例,术后随访存活分别达62,31,84及36个月,另1例低分化腺癌术后6个月复发再切除,仍存活5年至今。因此早期局限壶腹部肿瘤,无论活检如何,只要切缘无瘤,原位局部切除还是实用可行的。即使术后病理为乳头癌,由于高分化T₁期十二指肠乳头癌属于低度恶性,故原位癌局部切除,也是正确的选择。局部切除具有创伤小,操作简易,是较为安全有效的术式。

笔者认为:壶腹部肿瘤局部切除适用于壶腹部良性肿瘤及早期癌肿(T₁N₀M₀,肿瘤<2.0cm,病变局限,无淋巴转移者),更适应高龄高危及难以承受PD手术的患者。但术中应严格要求完整切除肿瘤,切缘无瘤残留。若患者病情发展快,肿瘤较大,活检可疑,组织分化偏低,不宜行局部切除,应考虑根治术为宜。壶腹部癌的根治术为胰十二指肠切除术,如伴有胰腺侵犯,其淋巴转移可达

25%,神经丛转移可达10%~30%。因此,根治术应廓清第二站淋巴结组织。近来,壶腹部癌生物学行为研究发现,其转移方式与胰头癌有所不同。壶腹部癌约有96%的肿瘤并未波及胃及十二指肠球部淋巴结。故1978年Tnaveiso提倡保留幽门的胰十二指肠切除术(PPPD)。PPPD适用于壶腹部良、恶性肿瘤。PPPD术由于保留幽门,未切胃,保留了胃的生理功能,可改善患者营养状况,提高生存质量,但术后仍有较高胃排空障碍。台北荣民总院100例PPPD与PD术比较,对壶腹周围癌而言,术后存活期无明显差异(存活期中位数,前者28.0个月,后者26.5个月, $P=0.393$)。因此,对壶腹部恶性肿瘤根治术采用PPPD术争议虽较少,但远期生存率如何尚待观察。

1990年Beger提出保留十二指肠的胰头切除术(DPRHP)。该术式切除胰头病变同时保留胃、十二指肠及胆道的正常连续性,适宜于胰头部的慢性胰腺炎、良性肿瘤,近来也用于未侵犯十二指肠的胰头部低度恶性肿瘤。Isajis等(2000年)改进DPRHP行节段十二指肠及胰头切除术(PHRSD),术中注意保留胰十二指肠前上动脉及胰十二指肠后下动脉对十二指肠节段切除后第一及第三段上下缘的血供,同时进行十二指肠的节段及胆胰肠的重建。此手术适宜于壶腹部,胰头良性病变,早期低度恶性肿瘤。文献报导:DPRHP及PHRS D二种术式均具有安全、有效、并发症少的优点,可完全替代PD。

壶腹部肿瘤如病变广泛,无法切除根治时,可行姑息性胆肠吻合术或介入放置内支架以解除黄疸,并辅助化疗和免疫治疗,以减轻患者症状,延长患者生命。

关于征求论文获奖证书的启示

刊出论文获奖情况是检验期刊质量的一项重要指标,也是对作者及编者工作的肯定。《中国普通外科杂志》在广大作者、读者的支持下,近年来得到了长足的发展和进步,据有关权威机构统计分析其影响因子已居同类期刊前列。为了进一步提高办刊质量,收集各方面反馈信息,编辑部敬请在本刊已发表论文并获得各种奖励者将获奖证书及相关资料复印件寄本刊编辑部。凡寄回获奖证明者可优先发表论文,谢谢合作。