

文章编号:1005-6947(2007)02-0186-02

· 临床报道 ·

黄色肉芽肿性胆囊炎的临床诊断及治疗

沈军, 董谦, 杨勇, 全志伟

(上海交通大学医学院附属新华医院 普通外科, 上海 200092)

摘要:回顾性分析近5年来收治的9例黄色肉芽肿性胆囊炎(XGC)患者的临床资料。术前B超检查9例,CT检查4例,MRI检查3例,ERCP检查1例,但均误诊。术中冷冻病理确诊7例,另2例诊断为急性胆囊炎。术后石蜡病理确诊9例。5例行胆囊切除术,1例行胆囊切除加胆总管探查T管引流术,1例行胆囊大部切除加十二指肠瘘修补术,2例行胆囊切除加胆囊床部肝组织切除。术后并发胆瘘1例,切口感染1例。全组无死亡病例。笔者体会:术中冷冻切片检查和术后病理检查是XGC诊断的关键,施行以切除胆囊为主的手术治疗。

[中国普通外科杂志,2007,16(2):186-187]

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: R657.4

文献标识码: B

黄色肉芽肿性胆囊炎(xanthogranulomatous cholecystitis, XGC)又称为纤维性黄色肉芽肿性胆囊炎、胆囊蜡样色素肉芽肿等,是一种少见的特殊类型的胆囊慢性炎性疾病,术前难与胆囊癌鉴别。2000年以来本院共收治XGC患者9例,均经病理确诊,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男3例,女6例;年龄38~71岁,平均(58+20.5)岁。病程6个月至5.7年,平均4.3年。9例均有反复发作的胆囊炎病史,1例伴黄疸(总胆红素 $41\mu\text{mol/L}$,结合胆红素 $28\mu\text{mol/L}$,谷丙转氨酶 101IU/L),其余8例肝功能均正常,肿瘤标记物CA19-9仅有1例轻度升高,8例正常。

1.2 影像学检查

术前B超检查诊断为慢性胆囊炎5例,胆囊结石合并胆囊息肉1例,胆囊结石合并胆囊癌3例;CT检查4例,2例拟诊为胆囊癌,2例拟诊为慢性胆囊炎胆囊结石;核磁共振显像(MRI)检查3例,1例拟诊为胆囊结石合并胆囊癌,2例诊断为慢性胆囊炎胆囊结石;1例行逆行胰胆管造影(ERCP)检查拟诊为胆囊癌。本组术前均误诊。

2 治疗及结果

2.1 手术方式及手术所见

术中见:胆囊均与周围脏器粘连,胆囊壁明显增厚,均有结石,4例胆囊萎缩呈实质性,并Mirizzi综合征1例,胆囊十二指肠内瘘1例,胆囊三角淋巴结肿大2例,胆囊床部

肝脏组织质地变硬2例。

5例行胆囊切除术,1例行胆囊切除加胆总管探查术,1例行胆囊大部切除加十二指肠瘘修补术,2例行胆囊切除加胆囊床部肝组织切除;7例术中冷冻病理诊断为黄色肉芽肿性胆囊炎,另2例诊断为急性胆囊炎。

2.2 术后并发症

术后切口感染1例;胆瘘1例,经ERCP行鼻胆管引流(ENBD)加非手术治疗后痊愈。本组无死亡病例。

2.3 术后病理诊断

9例均诊断为黄色肉芽肿性胆囊炎。所切除的肝脏组织均为慢性炎症改变。

3 讨论

XGC是一种良性疾病但有破坏性,世界卫生组织(WHO)将其列入人类肿瘤疾病。患病率为 $0.7\% \sim 13.2\%$ ^[1]。病因、发病机制尚不十分清楚。通常认为胆囊结石阻塞合并细菌感染,胆囊内壁溃疡坏死,胆汁浸润到组织间质,罗-阿氏窦破裂,胆汁反复进入胆囊壁,从而胆固醇与蛋白质结合为抗原产生过敏反应,形成肉芽肿^[2]。

XGC临床表现无特异性,与一般慢性胆囊炎、胆囊结石、胆囊癌相似。女性多见,男女比例约为1:2~3。常见症状有右上腹疼痛,恶心、呕吐,可有畏寒发热,少数患者有黄疸,个别病例偶尔可扪及右上腹块,常疑为胆囊癌。影像学表现,易与肝胆管恶性肿瘤和胆囊癌相混淆^[3-4]。文献报道XGC的B超、CT扫描征象不能与胆囊癌鉴别,术前诊断困难。但有学者认为,胆囊壁增厚及胆囊壁内低密度结节可作为诊断XGC的CT表现的特征性征象,且其胆囊壁的增厚以弥漫性增厚为主,但密度均匀;增强扫描时胆囊壁有轻度强化,而胆囊窝处肝实质的低密度灶增强不明显,腹腔及后腹膜无肿大的淋巴结^[5]。另外,XGC病变位于胆

收稿日期:2006-03-30; 修订日期:2006-08-30。

作者简介:沈军,男,上海青浦人,上海交通大学医学院附属新华医院普外科副主任,主要从事肝胆胰方面的研究。

通讯作者:沈军 E-mail:wkdoctor@yahoo.com.cn

囊壁内,黏膜一般不破坏,仅为内移且黏膜多连续光整^[6];而恶性肿瘤以侵犯胆囊黏膜为主^[3]。B超引导下经皮细针穿刺细胞学检查,其诊断的准确率可达88.5%~100.0%^[7]。有报道在切除的XGC的标本中,近10%发现胆囊癌^[8];另外在胆囊癌的病例中,有10%的XGC发生^[9]。因此认为,XGC和胆囊癌是胆囊结石和胆囊炎特定期限的两种并发症,故有可能两种病变同在一个标本,易导致胆囊癌的漏诊。

XGC应采用手术治疗,基本的手术方式为胆囊切除术。一般提倡术中彻底切除病灶及浸润到肝面的胆囊床,甚至包括浸润的肝组织。一些学者认为XGC的手术方式以标准的胆囊切除为最佳方案,除非病情需要,不宜盲目扩大手术范围^[10]。本组有5例行单纯胆囊切除术,保留了胆囊床,术后恢复良好。值得注意的是XGC常存在与周围器官的浸润性粘连,有时可见肉芽肿黄色团块延伸至其他器官,如在肝脏、小肠、大肠及网膜甚至穿透至邻近器官。故应当强调:术中分离要小心谨慎,慎用电力,尤其是胆囊与十二指肠韧带粘连致密,Calot三角解剖困难时。在合并Mirriz综合征、内瘘时,为避免胆管损伤或术中大出血,可选择胆囊大部切除术,术后必须放置有效的引流。对可疑的病例应行术中冷冻切片病理检查。笔者认为,若无该检查条件则在剖开胆囊见壁间有黄绿色结节者可提示为本病。虽然有采用腹腔镜治疗XGC的报道^[11],但由于XGC与周围组织粘连,且有合并内瘘的可能性,故认为行开腹胆囊切除较为妥当。

总之,XGC虽然临床上罕见,术后又难与胆囊癌相鉴别,而且目前认为XGC与胆囊癌可能有关,故XGC一经诊断应积极手术治疗。术中冷冻切片检查和术后病理检查是诊断的关键,并应加强术后随访。另外,XGC仅需行胆囊切除,不宜盲目扩大切除的范围^[12]。

参考文献:

- [1] Cassas D, Andres RP, Jimenez JA, *et al*. Xanthogranulomatous cholecystitis: a radiological study of 12 case and review of the literature [J]. *Abdom Imaging*, 1996, 21: 456 - 459.
- [2] Reed A. xanthogranulomatous cholecystitis [J]. *Am Coll Surgeons*, 1994, 179 (8): 249 - 252.
- [3] 殷薇薇, 黄朝晖. 黄色肉芽肿性胆囊炎的影像学表现 [J]. *中国临床医学影像杂志*, 2004, 15 (9): 537 - 538.
- [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] 何婉媛, 毛枫, 夏罕生, 等. 黄色肉芽肿性胆囊炎的超声诊断 [J]. *中华超声影像学杂志*, 2002. 11 (11): 697 - 698.
- [6] Parra JA, Acinas O. Xanthogranulomatous cholecystitis: clinical, sonographic, and CT findings in 26 patients [J]. *AJR*, 2000, 174 (4): 979 - 983.
- [7] Das DK, Tripathi RP, Bhambhani S, *et al*. Ultrasoundguided fine-needle aspiration cytology diagnosis of gallbladder lesions: a study of 82 cases [J]. *Diagn Cytolpathol*, 1998, 18 (4): 258 - 264.
- [8] 李孟军. 黄色肉芽肿性胆囊炎 [J]. *国外医学外科学分册*, 1995, 22 (4): 239 - 240.
- [9] Lopez JI, Elizalde JM, Calvo MA *et al*. Xanthogranulomatous cholecystitis associated with gallbladder adenocarcinoma. A clinicopathological study of 5 cases [J]. *Tumori*, 1991, 77 (4): 358 - 360
- [10] 李金龙, 李荣祥, 陈勇, 等. 提高对黄色肉芽肿性胆囊炎的认识 [J]. *肝胆外科杂志*, 2001, 9 (1): 46 - 47
- [11] 虞伟明, 李宏, 周新华, 等. 腹腔镜治疗黄色肉芽肿性胆囊炎 [J]. *现代实用医学*, 2003, 15 (1): 24 - 26
- [12] 王益钟, 梁延波, 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

· 读者 · 作者 · 编者 ·

有关文稿中法定计量单位的书写要求

本刊法定计量单位具体使用参照1991年中华医学会编辑出版部编辑的《法定计量单位在医学上的应用》一书。计量单位以符号表示,如“天”用d,“小时”用h,“分钟”用min表示。注意单位名称与单位符号不可混合使用,如 $\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{天}^{-1}$ 应改为 $\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 或 $\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})^{-1}$;组合单位符号中表示相除的斜线多于1条时应采用负数幂的形式表示;血压用mmHg单位,但文中首次出现时用括号加注(1mm Hg=0.133 kPa)。当参量与其公差单位相同时,单位可只写1次,即加圆括号将数值组合,置共同的单位符号于全部数值之后,如 $65.6 \text{ ng/L} \pm 16.6 \text{ ng/L}$ 可以写成 $(65.6 \pm 16.6) \text{ ng/L}$ 。百分数的范围和偏差,前一个数字的百分号不能省略,如5%~25%不要写成5~25%, $20.2\% \pm 0.3\%$ 不要写成 $20.2 \pm 0.3\%$;附带尺寸单位的数值相乘,按下列方式书写: $4\text{cm} \times 3\text{cm} \times 5\text{cm}$,而不能写成 $4 \times 3 \times 5\text{cm}^3$ 。