

文章编号:1005-6947(2007)05-0464-04

· 临床研究 ·

胰腺肿块性炎性病变的临床病理特征

王悦华¹, 黄志强¹, 周宁新¹, 董家鸿¹, 石怀银², 赵绍宏³

(解放军总医院 1. 肝胆外科 2. 病理科 3. 放射诊断科, 北京 100853)

摘要:目的 探讨胰腺肿块性炎性病变的临床病理特征。方法 回顾性分析肿块性慢性胰腺炎 37 例的临床资料。符合慢性胰腺炎临床诊断标准者为 A 组, 共 17 例。行 Whipple 或胰体部分切除 5 例, 各类内引流术 12 例。缺乏 A 组特点、曾拟诊为胰腺癌者为 B 组, 共 20 例。行 Whipple 手术 4 例, 胆肠内引流术 16 例。结果 A 组除见胰腺局部质硬的肿块外, 全部胰腺质硬者占 88.2%; 病理见胰腺纤维化瘢痕及少量炎细胞浸润, 并有腺泡萎缩、减少, 有残余胰岛及导管扩张或局灶钙盐沉积。B 组中 95.0% 仅见胰腺局部质硬肿块, 病理见胰腺纤维组织增生伴有不同程度的慢性炎细胞浸润。33 例随访 1~12 年, 均未发现胰腺癌变。结论 胰腺局灶性慢性炎症病变具有假瘤性胰腺炎的特点, 行胆管空肠吻合术是有效的治疗方法。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(5):464-467]

关键词: 胰腺炎/外科学; 胰腺炎/病理学; 假瘤, 炎性

中图分类号: R657.5

文献标识码: A

Clinicopathological features of chronic inflammatory mass lesion of the pancreas

WANG Yue-hua¹, HUANG Zhi-qiang¹, ZHOU Ning-xin¹, DONG Jia-hong¹, SHI Huai-yin², ZHAO Shao-hong³

(1. Department of Hepatobiliary Surgery 2. Department of Pathology 3. Department of Radiology, Chinese PLA General Hospital, Beijing 100853, China)

Abstract: **Objective** To study the clinicopathological features of chronic inflammatory mass lesion of the pancreas. **Methods** The clinical data of 37 patients with focal chronic inflammatory mass lesion of the pancreas were retrospectively studied. Seventeen cases congruent with the standard clinical diagnostic of chronic pancreatitis were separated into group A; and Whipple procedure was carried out in two cases, resection of the body and tail of the pancreas in 2 cases, local resection in one case, and choledochojejunostomy in 12 cases. Those without the stander clinical features of Group A but with the features of pancreatic tumor were separated into Group B; and Whipple procedure was carried out in 4 cases, choledochojejunostomy in 16 cases. **Results** In group A, except for the local mass lesion, sclerosis of the whole pancreas was found in 88.2% of cases. Pathological examination showed proliferation of fibrous tissue with associated inflammation, as well as acinar atrophy, remnant islet cells, and ductular dilatation and focal calcification. While in Group B, only a local mass lesion of the pancreas was found in 19 cases. The pathological features were characterized histologically by proliferation of fibrous tissue with associated moderate or marked inflammation. No pancreatic carcinoma was found during 1 to 12 years follow-up of 33 cases. **Conclusions** Chronic inflammatory mass lesion of the pancreas showed the clinicopathological features of pseudotumoral pancreatitis. Internal drainage by choledochojejunostomy is suggested as its effective management.

[Chinese Journal of General Surgery, 2007, 16(5):464-467]

收稿日期: 2006-10-23; 修订日期: 2007-02-26。

作者简介: 王悦华, 男, 河北滦南人, 解放军总医院(现在首都医科大学宣武医院)副主任医师, 主要从事肝胆胰外科及肿瘤方面的研究。

通讯作者: 王悦华 E-mail: wangyuehua301@sina.com

Key words: Pancreatitis/surg; Pancreatitis/pathol; Pseudotumor, Inflammatory

CLC number: R657.5

Document code: A

胰腺局灶性慢性炎性病变在临床影像诊断上常表现为局部肿块,难以与胰腺癌或壶腹周围癌相鉴别^[1-2],而依赖于病理检查确诊。以往的报道将这类病变称为肿块型^[3-4]或假瘤型胰腺炎^[5-6]。本文回顾1993—2004年经本院病理检查为胰腺慢性炎症并有胰腺局灶性肿块的37例患者的临床资料,重点分析其临床和病理学特征及临床意义。

1 临床资料

1.1 一般资料

1.1.1 A组 17例。男16例,女1例;年龄(51.5±11.5)岁。除了以病理诊断为依据外,均符合1987年我国制定的慢性胰腺炎的临床诊断标准^[7],具有以下一项或多项临床特征:急性胰腺炎病史(2例)、反复性上腹痛或腰背痛(17例)、影像检查有明确的胰腺钙化或胰管结石(9例)。其中有嗜酒病史(10例)、出现黄疸(8例),血总胆红素≤24,25~102及>102(μmol/L)者分别为9,2和6例。10例检测CA19-9,其中3例(30.0%)出现升高。8例术前不排除癌变。

1.1.2 B组 20例。男19例,女1例;年龄(51.7±12.4)岁。无A组所列的任何一项临床特征,而表现为胰腺癌或壶腹周围癌的无痛性黄疸(14例)的临床特点。其中有胆结石病史2例,有嗜酒病史者2例,轻度隐性腹痛8例,出现黄疸19例,体重减轻(9例)。血总胆红素≤24,25~102及>102μmol/L者分别为1,6和13例。13例检测CA19-9,其中10例(76.9%)出现升高。

1.2 影像学检查

两组病例均行B超、CT检查。A组行核磁共振(MRI)5例,逆行胰胆管造影(ERCP)7例。B组行MRI3例,ERCP10例。根据影像所见,A组肿块≤3cm,3.1~5.0cm和>5cm者分别为9,4和4例。14例肿块位于胰头部,9例有胰腺钙化或结石。胰管扩张(≥0.5cm)者11例,胆道中上段扩张和胆道下段狭窄12例。除可见钙化

或结石外,均表现为密度不均匀和血供少。B组肿块≤3cm,3.1~5.0cm和>5cm分别为4,12和4例。肿块均位于胰头部,均表现为低密度和少血供。胰管扩张6例,胆道中上段扩张和胆道下段狭窄18例。两组行ERCP的17例中16例见十二指肠乳头为正常结构,仅1例呈慢性炎症表现。

2 治疗及结果

2.1 手术方法及手术所见

两组均行手术治疗,在手术前A组放胆道支架或乳头肌切开引流4例。B组行放胆道支架或乳头肌切开引流5例。A组术中除可见胰腺局部质硬的肿块外,还发现胰腺全程表现质硬者15例(88.2%),胰腺周围均有一定程度的组织粘连。B组19例仅见胰腺局部有质硬的肿块,其他部位无质硬的炎性表现,胰腺周围无或仅有较轻的炎性粘连,仅1例有较广泛的黏连。因术前或术中诊断不能排除肿瘤,A组术中穿刺13例,切取胰腺活检4例;B组术前穿刺2例,术中穿刺17例,切取胰腺活检1例。两组各有1例快速冷冻病理可疑癌变,而经石蜡切片诊断排除癌变。

A组有5例因术中不能排除癌变而切除病灶;其中胰十二指肠切除术2例,胰体尾切除2例,胰头部分切除1例。胆总管、空肠Roux-en-Y吻合术7例(合并胆囊切除4例,胰管空肠吻合2例),单纯胰管空肠(胃)吻合内引流5例,其中胰腺松解术1例。B组有4例不能排除癌变而行胰十二指肠切除术4例,胆总管、空肠Roux-en-Y吻合术16例;合并胆囊切除14例,胰管胃吻合术1例。

2.2 治疗结果

A组术后胰痿2例,B组术后胰痿5例(因切除胰腺者占2例),均经持续引流后而痊愈,无手术死亡。33例经电话或信件随访1~12年,失访4例。A组失访4例,现生存8例;死亡5例,分别为术后31d及10个月死于消化道溃疡出血各1例,术后1年3个月死于肺癌1例、术后4年原因不明死亡1例,术后9年死于酒精性肝硬化衰

竭1例。余者生活状况良好,患者自述均较术前疼痛缓解,5例间断服用消化酶制剂,1例出现反复腹泻,发生糖尿病1例,未切除的病灶均无增大。

B组全部随访,现生存17例;死亡3例,分别为术后7个月死于消化道溃疡出血1例、术后14个月死于肝硬化衰竭1例、术后2年4个月原因不明死亡1例。余者生活状况良好,均较术前有明显改善,手术2个月以后均未再服用消化酶制剂。1例仍有反复的腹部疼痛,发生糖尿病1例。未切除病灶的16例中2例肿块无明显变化,14例缩小。两组均未发现术后胰腺癌变。

2.3 病理检查结果

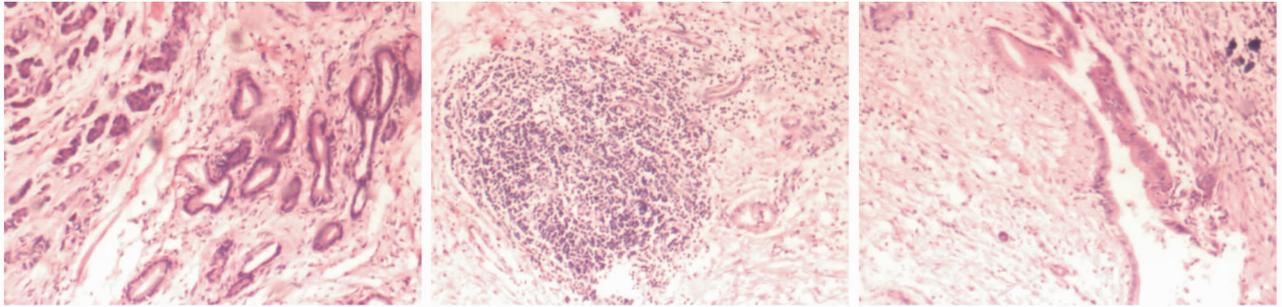


图1 A组胰腺病理组织学改变 胰腺腺泡破坏、间质纤维化及慢性炎细胞浸润、导管扩张及局灶钙盐沉积

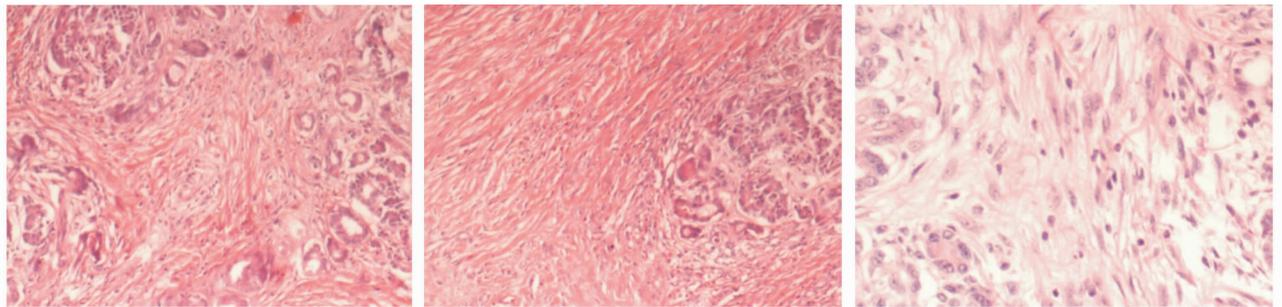


图2 B组胰腺病理组织学改变 可见胰腺腺泡萎缩、肌纤维母细胞增生、伴有不同程度的慢性炎细胞浸润

3 讨论

3.1 胰腺肿块性炎性病变的临床特征与诊断

慢性胰腺炎系由于反复发作的胰腺实质坏死而引起的胰腺外分泌实质的进行性炎性损害,形态学改变可以是局限性、阶段性或弥漫性的纤维化瘢痕形成,伴有灶性坏死、钙化及胰管阻塞、导管扩张,并且往往是不可逆的^[7]。光镜下表现为腺泡数目减少,而胰岛的改变很轻。慢性胰腺炎的诊断标准^[8],应符合以下特点:(1)上腹痛反复发作、胰区有压痛或触及肿块、胰腺功能异常(脂

全部病理活检报告为胰腺慢性炎性改变或慢性胰腺炎。对切除的9例标本进行了详细观察。A组5例:大体观察肿块与周边胰腺无明显界线;镜下均表现为胰腺间质纤维化及慢性炎性细胞浸润,有腺泡萎缩、减少,有残余胰岛及导管扩张或局灶钙盐沉积。B组4例:大体观察可见肿块中心呈灰白或黄白色,无正常胰腺小叶结构,周境界线不明显;镜下见胰腺腺泡萎缩,小叶间纤维组织增生,并见肌纤维母细胞增生,伴有不同程度的慢性炎细胞浸润,未发现残余胰岛、导管扩张或局灶性钙盐沉积的表现(图1-2)。

肪泻或糖尿病)、胰腺影像学检查有阳性发现;(2)有明显的胰腺钙化灶或结石;(3)有胰腺组织学变化。

本研究表明A、B两组病例虽均有胰腺肿块,在临床和病理特征等方面都存在一定的差别。A组完全符合上述慢性胰腺炎的诊断标准,结合影像诊断,半数病例(9/17)可以作出临床诊断,只因其肿块的存在而不能排除肿瘤。B组临床检查并无特征,只能根据病理所见的炎性改变诊断为慢性胰腺炎。由于B组有76.9%出现CA19-9升高,在取得病理诊断之前,临床上很难与胰腺癌

或壶腹周围癌相鉴别。特别是对切除的病灶的全面观察更说明这一点。随诊观察 B 组的胰腺病变未见向 A 组发展。这说明 A、B 两组慢性胰腺炎表现为不同的临床类型。B 组的病变特征不同于 A 组,在于前者具有恶性肿瘤的临床表现和影像特征,而病理仅为胰腺间质炎性增生性改变,有假瘤性胰腺炎^[6,9]的特点。

3.2 病理特征与发病机制

A、B 两组病理表现的程度不同,且与其临床症状轻重程度相对应。A 组表现为慢性胰腺炎的多种改变,而 B 组仅表现为纤维组织增生伴有不同程度的慢性炎细胞浸润,这提示可能存在不同的发病机制。急性胰腺炎的发病机制是胰管病变,胰液外漏、自身消化、出血、坏死、炎性反应,其破坏修复纤维化过程是不可逆的;除非结石等引起机械性胆道梗阻,胰头部的纤维化肿块较少压迫胆道引起梗阻性黄疸。提示 A 组是急性胰腺炎转变的结果,是以慢性胰腺炎修复为背景的代偿性肿块隆起^[9]。假瘤性胰腺炎目前尚无明确的病因依据,发病机制也不明了,相对于急性胰腺炎,造成假瘤性胰腺炎病理变化的可能机制是胰腺间质感染或自身免疫相关性病变所致^[9];炎性反应间质刺激性增生及胰头部的增生性肿块更容易压迫胆道引起梗阻性黄疸。解除胆道梗阻后,虽然未直接处理肿块,肿块也可缓慢地消退,症状缓解,本文 B 组的治疗结果支持此点。

3.3 治疗及预后

A 组病例具有一般慢性胰腺炎的特征,胰腺切除术、胰管减压术、解除胆道梗阻等^[8]是常用的术式。临床上除了少数病例经消炎治疗黄疸可能缓解外,多数病例黄疸持续加重,胰头处肿块常因伴有梗阻性黄疸而需手术探查。以往,由于胰腺穿刺活检的准确性有限,有作者^[6,10]认为对于胰头肿块型胰腺炎临床不能排除胰腺癌者,应以切除肿块为治疗原则。笔者体会到,经超声引导下的胰腺穿刺诊断不如术中穿刺诊断准确可靠,随着穿刺活检病理诊断水平的提高,其诊

断结果对选择手术类型有重要的指导意义。本文两组病理活检的准确率已达 94.6% (35/37)。目前胰腺切除手术的并发症发生率仍较高,而本文随诊中假瘤性胰腺炎尚无发展成胰腺癌者,故笔者认为,一经病理确诊假瘤性胰腺炎,胰腺炎性病灶往往不需冒险处理,而选择切除胰腺病灶的手术可以减少。经手术解除胆道梗阻,行胆总管、空肠 Roux-en-Y 吻合术即可解决问题,这种术式简单易行,效果满意。患者短期内适当口服消化酶制剂,经随诊观察,预后良好。

参考文献:

- [1] Van-Gulik TM, Moojen TM, van-Geenen R, *et al.* Differential diagnosis of focal pancreatitis and pancreatic cancer [J]. *Ann Oncol*, 1999, 10 (Suppl 4): 85-88.
- [2] 王振军, 陈如法, 万远廉, 等. 胰头部慢性局灶性胰腺炎的诊断与处理 [J]. *中华外科杂志*, 1995, 33 (4): 207-209.
- [3] Beger HG, Buchler M. Duodenum-preserving resection of the head of the pancreas in chronic pancreatitis with inflammatory mass in the head [J]. *World J Surg*, 1990, 14 (1): 83-87.
- [4] 何少武, 胡先贵, 金钢. 肿块型慢性胰腺炎的诊治 [J]. *中国普通外科杂志*, 2004, 13 (6): 445-447.
- [5] Hu Y, Xu G. Findings of cholangiopancreatography in pseudotumorous pancreatitis [J]. *Chin Med J (Engl)*, 1995, 108 (12): 907-909.
- [6] 郑凯, 曾伟涛. 假瘤样胰腺炎的诊断及处理 (附 8 例报告) [J]. *中国普通外科杂志*, 1998, 7 (6): 341-343.
- [7] Singh SM, Reber HA. The pathology of chronic pancreatitis [J]. *World J Surg*, 1990, 14 (1): 2-10.
- [8] 黄志强, 吕新生. 慢性胰腺炎 [A]. 见: 钟守先. 胰腺外科 [M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1997. 346-394.
- [9] Takase M, Suda K. Histopathological study on mechanism and background of tumor-forming pancreatitis [J]. *Pathol Int*, 2001, 51 (5): 349-354.
- [10] Gall FP, Mune E, Gibbard C, *et al.* Results of partial and total pancreaticoduodenectomy in 117 patients with chronic pancreatitis [J]. *World J Surg*, 1981, 5 (2): 269-275.