

文章编号:1005-6947(2007)05-0477-03

· 临床研究 ·

胰腺囊腺癌:附13例报告

郑海涛, 姜立新, 吕忠船, 郭吉田

(山东省烟台毓璜顶医院 腹部外科, 山东烟台 264000)

摘要:目的 探讨胰腺囊腺癌的诊断和治疗策略。方法 回顾分析13例胰腺囊腺癌患者的临床资料。结果 症状以腹痛、腹胀最常见(12例),4例上腹部扪及肿物,病程1个月至5年,10例B超示多房囊性或者囊实性肿块,内部回声欠均匀;9例CT示胰腺囊性或囊实性病变,增强扫描后囊壁部分增强,2例囊壁钙化。肿瘤位于胰腺头颈部6例,胰体尾部5例,全胰腺2例,术前正确诊断仅2例(15.4%),手术切除率76.9%(10/13),病死率为7.7%(1/13)。病理均示黏液性囊腺癌,1例术后因胰瘘死亡,随访8例,失访4例,存活10个月~10年。结论 胰腺囊腺癌的诊断困难,误诊率高,影像学结合CA15-3检查可提高诊断率;以积极手术为主的综合治疗有望取得较好的预后。

[中国普通外科杂志,2007,16(5):477-479]

关键词: 胰腺肿瘤/外科学; 囊腺癌, 黏液

中图分类号:R735.9

文献标识码:A

Pancreas cystadenocarcinoma: a report of thirteen cases

ZHENG Hai-tao, JIANG Li-xin, LV Zhong-chuan, GUO Ji-tian

(Department of Abdominal Surgery, Yantai Yuhuangding Hospital, Yantai, Shandong 264000, China)

Abstract: **Objective** To discuss the diagnosis and treatment strategy of cystadenocarcinoma of pancreas. **Methods** The clinical records of 13 cases of cystadenocarcinoma of pancreas were reviewed retrospectively. **Results** Twelve cases showed abdominal pain and distention, and an upper abdominal mass was palpated in 4 cases. The course of disease lasted from one month to five years. On B ultrasound examination, 10 cases showed multiple loculated cystic or cystic solid mass of pancreas, with non-homogeneous echo inside. CT scanning was done in 9 cases, it showed cystic and systic-solid lesion of pancreas and the enhanced image showed cyst wall with partial enhancement, and cyst wall calcified in two cases. Six cases of cystadenocarcinoma were located in the head and neck of pancreas, five in the body and tail, and two involved the whole pancreas. Correct preoperative diagnosis was made in two cases. The excision rate was 69% (10/13) and mortality rate 7.7% (1/13). All were mucinous cystadenocarcinoma pathologically. One patient died from pancreas fistula. Eight cases were followed up, but four were lost to followup. The survival time was ten months to ten years. **Conclusions** Correct diagnosis of cystadenocarcinoma of pancreas is rather difficult, and the rate of misdiagnosis is high. However, imaging and CA15-3 examination are helpful for diagnosis. With aggressive surgery and combined therapy, a better prognosis can be expected.

[Chinese Journal of General Surgery, 2007, 16(5):477-479]

Key words: Pancreatic Neoplasms/surg; Cystadenocarcinoma, Mucinous

CLC number: R735.9

Document code: A

胰腺囊性肿瘤仅占原发性胰腺恶性肿瘤

的1%,占胰腺囊性病变的10%^[1]。胰腺囊腺癌较少见,多数认为起源于胰腺导管上皮,或由黏液性囊腺瘤恶变所致。近年来由于影像学 and 病理诊断技术的提高,本病的报道有所增加。我院从1985年—2005年,共治疗胰腺囊腺癌13例,现报告如下。

收稿日期:2006-11-22; 修订日期:2007-04-16。

作者简介:郑海涛,男,山东潍坊人,烟台毓璜顶医院主治医师,主要从事胃肠肿瘤方面的研究。

通讯作者:郑海涛 E-mail:zhenhaitao1972@126.com

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男8例,女5例;年龄38~66岁,中位年龄53.3岁。全组患者以不同程度的腹痛、腹胀最常见(12例),有厌食、恶心等消化不良6例,黄疸2例,糖尿病1例,4例上腹部触及明显肿物。病程最短为1个月,最长5年。

1.2 辅助检查及诊断

B超检查10例,显示来源于胰腺的多房囊性或囊实性肿块,内部回声欠均匀。9例行CT检查,提示胰腺囊性或囊实性病变,增强扫描后囊壁部分增强;2例发现囊壁钙化。逆行性胰胆管造影(ERCP)检查3例,提示胆总管和/或主胰管扩张,远端胰管狭窄、变细。血清癌胚抗原(CEA)3例中1例升高,CA₁₉₋₉7例中3例升高。检查囊液淀粉酶5例均不高。所有病例均未行磁共振胰胆管造影(MRCP)检查及胰腺穿刺检查。肿瘤位于胰腺头颈部6例,胰体尾部5例,全胰腺2例。肿瘤直径为3.5~13cm,平均7.5cm。术前11例诊断为胰腺假性囊肿或胰腺癌和腹部肿块待查,仅2例术前诊断本病。

2 治疗及结果

2.1 手术方法

3例探查发现腹腔转移不能切除,仅行活检。胰十二指肠切除术3例,胰体尾联合脾切除术3例,肿块摘除1例,胰体尾切除1例,行胰腺囊肿空肠内引流1例,外引流1例。

2.2 病理检查结果

本组病理报告均为胰腺囊腺癌。

2.3 治疗结果

1例术后胰痿死于多器官功能衰竭,其余12例恢复顺利。随访8例,失访4例,1例未切除者术后存活10个月;7例切除者中1例术后2年复发行二次手术后1年死亡,6例已存活2~10年不等,无复发及转移。

3 讨论

胰腺囊性肿瘤包括浆液性和黏液性,黏液性囊腺瘤一般认为是癌前病变;胰腺囊腺癌多由囊腺瘤恶变而来,因为在同一囊内有腺瘤、恶变倾向囊腺瘤、囊腺癌共存的现象,可达55%^[2]。囊腺

癌中黏液性囊腺癌占绝大多数。本组13例均系黏液性囊腺癌。余志良等^[3]报道52例,男女比例是2.5:1.0,性别无显著差异;近年报道男性发病率出现增加。据报道肿瘤位于胰头部者占42.3%^[3];本组占46%(6/13)。但有小样本报道位于体尾部居多^[4],占75%,本组38.4%(5/13)。

胰腺囊腺癌病程明显长于胰腺导管癌。国内病例几乎都有不同症状,国外无症状者占13%,术前正确诊断率29%^[2]。本组误诊率84.6%(11/13),常误诊为胰腺假性囊肿。以下检查有助于诊断:

(1)B超检查 Busilacchi等^[5]把胰腺囊腺癌分为4型:第一,无回声团块,后有增强的边界;第二,无回声团块,内有不均匀回声,并随体位不同而变动;第三,无回声团块,伴有不规则囊内新生物,且不随患者体位而变动,为胰腺囊腺癌特有声像;第四,全反射回声团块,有相对清楚的界限及非均匀的回声。本组以第二类多见。

(2)CT检查 CT显示不规则囊性改变,单个最大直径3~12cm,可有多个囊肿融合且囊内有分隔,壁厚薄不均,边界不清,囊内侧壁有乳头状或不规则结节突入囊腔,部分囊壁钙化,囊内液体CT值20~45Hu。增强扫描后大部分病例的囊壁、分隔、壁结节、肿瘤实质部分增强^[6]。

(3)血管造影 典型表现为一个有较多血管包绕的无血管区,囊壁及乳头有小的新生血管区,同时可观察到脾静脉有不同程度的移位、受压、阻塞。囊肿和胰管相通的可达10%^[2]。

(4)血清检查 囊液CA₁₅₋₃蛋白测定可作为胰腺囊腺肿瘤良恶性的鉴别,Rubin等^[6]报道胰腺囊腺癌囊液CA₁₅₋₃平均为170IU/mL,而囊腺瘤平均值为4.71IU/mL正常为0~31U/mL。囊液细胞学检查29%发现恶性细胞^[2]。

有报道术中冷冻切片的诊断正确率达62%^[2]。本组1例术中切取囊壁送检,报告为纤维结缔组织,行内引流术后3个月出现癌转移。

胰腺囊腺癌恶性程度相对较低,生长较缓慢,且有完整的纤维包膜,预后好,应采取积极手术的态度,采用以手术为主的综合治疗。甚至有学者认为不必进行术前良、恶性的鉴别^[7]。本病扩大手术的原因有,(1)有较高的切除率;(2)淋巴结多有转移,需要进行淋巴结清扫;(3)预后明显好于胰腺癌,5年存活率高于50%。

手术方式取决于肿瘤的位置,胰体尾部肿瘤切除率高、并发症低。Talamini 等^[8]认为,肿瘤摘除可作为手术的首选方式,术后并发症少,但胰痿的发生率高。日本多用保留十二指肠的胰头切除术治疗胰腺囊腺癌,患者术后的生活质量明显高于传统的胰十二指肠切除或保留幽门的胰十二指肠切除术者。Borgne 等^[2]发现,26%的患者有内脏或血管浸润,25%有淋巴结转移,其中联合结肠切除4例,胃切除4例,肝切除2例,5年存活率仍达到63%;术后总病死率是7%(4/58)^[2],本组为7.7%(1/13)。但禁忌内引流,以免引起肿瘤扩散。过去认为该病对放疗、化疗不敏感,现有报道部分病例治疗后可长期带瘤生存。

总之,尽管影像学和实验室检查的手段较以前增多,但是胰腺囊腺癌的术前诊断水平仍有待提高。应采用以积极手术为主的,结合化疗和放疗的综合治疗,有望取得较好的预后。

参考文献:

[1] 肖广发,李宜雄. 胰腺囊性肿瘤的诊断和治疗[J].

中国普通外科杂志,2006,15(10):777-780.

- [2] Le Borgne J, de Calan L, Partensky C. Cystadenomas and cystadenocarcinomas of the pancreas: a multiinstitutional retrospective study of 398 cases. French Surgical Association [J]. Ann Surg, 1999,230(2):152-161.
- [3] 余志良,周国中,李兆申,等. 胰腺囊腺癌临床病理特征分析[J]. 胰腺病学,2002,2(1):50-51.
- [4] 刘奕清,余日胜. 胰腺囊腺癌的CT诊断及扫描技术探讨[J]. 中国医学影像学杂志,2002,10(2):137-138.
- [5] Busilacchi P, Rizzatto G, Bazzocchi M, et al. Pancreatic cystadenocarcinoma: diagnostic problems [J]. Br J Radiol, 1982,55(656):558-561.
- [6] Rubin D, Warshaw AL, Southern JF, et al. Expression of CA 15.3 protein in the cyst contents distinguishes benign from malignant pancreatic mucinous cystic neoplasms [J]. Surgery, 1994,115(1):52-55.
- [7] Horvath KD, Chabot JA. An aggressive resectional approach to cystic neoplasms of the pancreas [J]. Am J Surg, 1999,178(4):269-274.
- [8] Talamini MA, Moesinger R, Yeo CJ, et al. Cystadenomas of the pancreas: is enucleation an adequate operation? [J]. Ann Surg, 1998,227(6):896-903.

· 读者 · 作者 · 编者 ·

本刊对来稿中统计学处理的有关要求

1. 统计研究设计:应交代统计研究设计的名称和主要做法。如调查设计(分为前瞻性、回顾性或横断面调查研究);实验设计(应交代具体的设计类型,如自身配对设计、成组设计、交叉设计、正交设计等);临床试验设计(应交代属于第几期临床试验,采用了何种盲法措施等)。主要做法应围绕4个基本原则(随机、对照、重复、均衡)概要说明,尤其要交代如何控制重要非试验因素的干扰和影响。

2. 资料的表达与描述:用 $\bar{x} \pm s$ 表达近似服从正态分布的定量资料,用 $M(Q_R)$ 表达呈偏态分布的定量资料;用统计表时,要合理安排纵横标目,并将数据的含义表达清楚;用统计图时,所用统计图的类型应与资料性质相匹配,并使数轴上刻度值的标法符合数学原则;用相对数时,分母不宜小于20,要注意区分百分率与百分比。

3. 统计分析方法的选择:对于定量资料,应根据所采用的设计类型、资料所具备的条件和分析目的,选用合适的统计分析方法,不应盲目套用 t 检验和单因素方差分析;对于定性资料,应根据所采用的设计类型、定性变量的性质和频数所具备条件以分析目的,选用合适的统计分析方法,不应盲目套用 χ^2 检验。对于回归分析,应结合专业知识和散布图,选用合适的回归类型,不应盲目套用简单直线回归分析,对具有重复实验数据的回归分析资料,不应简单化处理;对于多因素、多指标资料,要在一元分析的基础上,尽可能运用多元统计分析方法,以便对因素之间的交互作用和多指标之间的内在联系进行全面、合理的解释和评价。

4. 统计结果的解释和表达:当 $P < 0.05$ (或 $P < 0.01$) 时,应说明对比组之间的差异有统计学意义,而不应说对比组之间具有显著性(或非常显著性)的差别;应写明所用统计分析方法的具体名称(如:成组设计资料的 t 检验、两因素析因设计资料的方差分析、多个均数之间两两比较的 q 检验等),统计量的具体值(如 $t = 3.45$, $\chi^2 = 4.68$, $F = 6.79$ 等)应可能给出具体的 P 值(如 $P = 0.0238$);当涉及到总体参数(如总体均数、总体率等)时,在给出显著性检验结果的同时,再给出95%置信区间。