

综合病例研究

DOI: 10.3969/j.issn.0253-9802.2023.01.017

不典型壶腹周围癌合并胆总管下段结石一例

刘微 张翼飞 何雅军 庞春梅 舒建昌

【摘要】 壶腹周围癌是起源于 Vater 壶腹 2 cm 以内的恶性肿瘤，近年来，其发病率在国内外均呈上升趋势。由于其解剖位置复杂，周围邻近多组织和血管，早期症状缺乏特异性，故诊断困难。该文报道 1 例壶腹周围癌 65 岁女性患者，由于该患者基础疾病多，同时合并胆总管下段结石，临床表现不典型、影像学检查未见占位性病变，诊断困难。该文对壶腹周围癌诊断困难原因及经验教训进行分析，以期提高临床医师对壶腹周围癌的认识，为其早期诊断及治疗方案选择提供参考。

【关键词】 壶腹周围癌；胆总管结石；经内镜逆行胆胰管成像；诊断

Atypical periampullary carcinoma complicated with stones in the lower segment of common bile duct: a case report Liu Wei[△], Zhang Yifei, He Yajun, Pang Chunmei, Shu Jianchang. [△]Guangzhou Red Cross Hospital Affiliated to Jinan University, Guangzhou 510220, China

Corresponding author, Shu Jianchang, E-mail: shujc0328@163.com

【Abstract】 Periampullary carcinoma is a malignant tumor originating within 2 cm from Vater's ampulla. In recent years, its incidence rate has been on the rise worldwide. It is difficult to diagnose because of complex anatomical position, surrounded by multiple tissues and blood vessels and nonspecific symptoms in early stage. In this article, a 65-year-old female patient with periampullary carcinoma was reported. She suffered from multiple primary diseases complicated with stones in the lower segment of common bile duct, atypical clinical manifestations, and no space-occupying lesions found by imaging examination, which increased the difficulty of diagnosis. The causes of the difficulties in the diagnosis of periampullary carcinoma and the experiences and failure patterns were analyzed, aiming to deepen the understanding of periampullary carcinoma and provide references for early diagnosis and treatment options.

【Key words】 Periampullary carcinoma; Stone of common bile duct; Endoscopic retrograde cholangiopancreatography; Diagnosis

壶腹周围癌主要包括胆总管下段癌、壶腹癌和十二指肠乳头癌，占消化系统恶性肿瘤的 5%，病死率位于肿瘤死亡的第 4 位^[1]。壶腹部肿瘤多发生于 Vater 壶腹，容易累及胆胰管开口，从而导致胆汁及胰液排出受阻，故多数患者以进行性加重的梗阻性黄疸为首发症状^[24]。除黄疸症状外，壶腹周围癌患者多伴有上腹部不适、食欲减退、恶心呕吐、消瘦、乏力等症状。其临床表现不典型，容易与肝病、胆道疾病、胰腺疾病等混淆，易出现诊断困难、漏诊、误诊等可能。本文报道 1 例壶腹周围癌合并胆总管下段结石病例，因患者临床症状及影像学表现不典型而导致诊断困难，以

期提高临床医师对该病的认识。

病例资料

一、主诉、现病史及体格检查

患者女，65 岁。因“尿黄半月余，发现肝功能异常 5 d”于 2021 年 5 月 1 日入暨南大学附属广州红十字会医院消化内科。既往有高血压、糖尿病病史；患有乙型病毒性肝炎（乙肝）7 年余，未予治疗；有乳腺癌病史，8 年前行“右侧乳腺癌改良根治术”，术后规律服用依西美坦。入院体格检查：生命体征平稳；全身皮肤黏膜轻度黄染，

作者单位：510220 广州，暨南大学附属广州红十字会医院（刘微，何雅军，庞春梅，舒建昌）；510655 广州，中山大学附属第六医院（张翼飞）

通信作者，舒建昌，E-mail: shujc0328@163.com

心肺查体未见明显异常；腹部触诊紧张度适中，无压痛、反跳痛，肝脾肋下未触及，墨菲征（-），肝、脾无叩击痛，其余查体未见明显异常。

二、实验室检查及诊疗经过

ALT 381.0 U/L，AST 190.6 U/L，谷氨酰转氨酶 3207.0 U/L，总胆红素 73.6 $\mu\text{mol/L}$ ，直接胆红素 46.2 $\mu\text{mol/L}$ ，间接胆红素 27.4 $\mu\text{mol/L}$ ，HBV DNA（荧光定量 PCR 检测） 1.85×10^3 IU/mL。经评估“依西美坦”急性药物性肝损伤因果关系评分为 8 分，初步考虑慢性乙肝急性期合并药物性肝损害，故停用依西美坦，予恩替卡韦抗病毒、护肝、利胆、退黄、抗感染等治疗。患者病情未见好转，黄疸继续加深，全身瘙痒，逐渐出现右上腹痛、恶心、呕吐、排白陶土色大便，复查 ALT 227.0 U/L，AST 98.0 U/L，谷氨酰转氨酶 2156.0 U/L，总胆红素 152.7 $\mu\text{mol/L}$ ，直接胆红素 123.1 $\mu\text{mol/L}$ ，间接胆红素 29.0 $\mu\text{mol/L}$ 。完善腹部 CT 及磁共振胰胆管成像（MRCP）检查，提示胆总管下段少许泥沙样结石，胆囊泥沙样结石，肝内外胆管、胰管轻度扩张，胆总管直径约 1.3 cm，考虑存在梗阻性黄疸，但梗阻原因不明，故行经内镜逆行性胰胆管成像（ERCP）检查。首次 ERCP 检查中进镜至十二指肠乳头过程顺利，未见乳头表面占位病变，但多次插管失败，故退镜（图 1）。

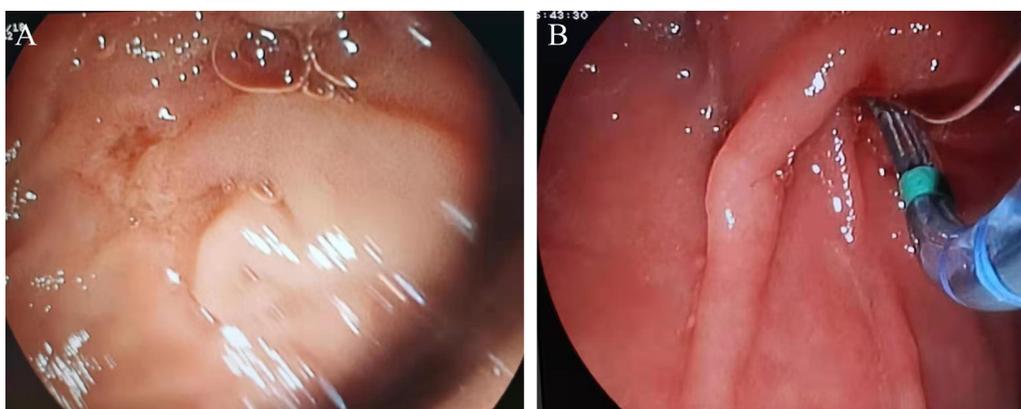
患者转外科治疗，术前再次行 ERCP，仍插管失败，造影显示导管未能通过胆总管，后在气管插管全身麻醉下行开腹手术，术中探查见胆囊增大，胆囊壁稍增厚，将胆囊切除。沿胆囊管开口纵行切开胆总管约 1.5 cm，见胆总管增粗，直径约

1.5 cm，应用取石钳探查胆总管，探查见胆总管下段狭窄，取石钳取出数个直径 3~5 mm 结石，后置入胆道镜探查未见明显结石残留，见胆管均明显扩张，胆总管下段狭窄，胆道镜可顺利进入十二指肠。术后行 T 管引流，复查胆红素水平示持续下降、肝功能指标逐渐好转。患者病情好转后，带 T 管自行出院，出院 1 个月后于外院复诊，行正电子发射计算机断层显像仪检查提示壶腹周围癌可能，于外院行手术治疗，术后送检十二指肠肠管一段，长 17 cm，周径 6 cm，距十二指肠切缘 10 cm 处浆膜面见一胰腺（图 2A），大小 6.0 cm \times 4.0 cm \times 2.5 cm。术后病理提示（胰十二指肠）壶腹部高分化腺癌（图 2B）。

讨 论

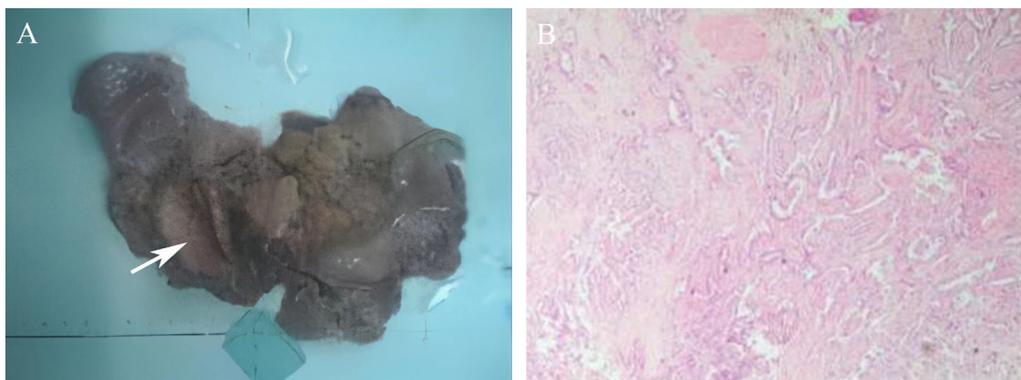
壶腹周围癌患者多以无痛性、进行性黄疸为主要表现，常合并食欲不振、恶心呕吐、消瘦等症状。其解剖位置复杂，周围邻近多组织和血管，早期症状缺乏特异性，故诊断困难^[56]。尤其当其临床症状及影像学表现不典型，同时合并其他肝胆疾病时，更容易被忽略。该例患者以黄疸为主要临床症状，伴恶心、全身瘙痒，与上述壶腹周围癌临床表现相符，但患者合并有慢性乙型病毒性肝炎、胆总管下段结石，上诉疾病也可引起黄疸及消化道症状，鉴别诊断较为困难。

研究表明 CT、MRCP 及 ERCP 对壶腹周围癌的诊断符合率分别为 52.6%（120/228）、42.2%（19/45）、79.5%（120/151），当肿瘤体积较小，受周围复杂的解剖结构影响，CT 及 MRCP 检查无法



注：A 为插入电子十二指肠镜至乳头处，未见明显占位病变；B 为尝试插入带斑马导丝的切开刀进入乳头不成功。

图 1 一例不典型壶腹周围癌合并胆总管下段结石患者首次 ERCP 检查图片



注：A 为手术切除标本（箭头所示为切开的胰腺）；B 为手术切除肠管壶腹部（胰腺遮盖部位）病理示高分化腺癌（HE 染色， $\times 200$ ）。

图2 一例不典型壶腹周围癌合并胆总管下段结石患者手术切除标本及病理图片

发现肿瘤时，ERCP 往往能凸显其早期诊断价值^[7]。壶腹周围癌患者行 ERCP 检查，一般通过肉眼观察即可见病变部位，并可进行活组织检查（活检）及内镜直视下刷取细胞取得病理证实^[8]。本例患者行腹部 CT 及 MRCP 检查可见胆总管扩张及梗阻表现，但未见壶腹周围癌典型表现；两次行 ERCP 检查未见乳头表面明显占位病变，插管失败导致无法行病理检查。结合影像学检查，本例壶腹周围癌诊断较困难。

该患者因考虑胆总管下段结石行开腹手术治疗，术中见胆总管扩张，并于胆总管内取出数个结石，最大直径为 5 mm。研究表明胆总管结石直径 >5 mm 是引起各种并发症的独立危险因素（如梗阻性黄疸、胆管胰腺炎、急性胆管炎等）^[9]。后置入胆道镜可顺利通过十二指肠乳头进入十二指肠，未见明显占位性病变。结合术中所见，考虑患者为胆总管下段结石引发梗阻性黄疸可能性大，但结石均 ≤ 5 mm，引起严重梗阻的概率较小，因此黄疸病因仍不能完全明确。

有资料显示，梗阻性黄疸多为恶性肿瘤所导致，良性梗阻性黄疸约占三分之一，且随着胆道梗阻的解除，良性梗阻性黄疸患者的胆红素指标明显下降^[10]。回顾本例临床资料，笔者有以下体会：本例患者为老年女性，以无痛性梗阻性黄疸为首发症状。虽已证实患者有胆总管下段结石，但不应忽略与恶性肿瘤的鉴别诊断；ERCP 检查对壶腹周围癌诊断意义重大，但壶腹部肿瘤也是胆管插管困难的高危险因素之一，其可能原因是肿瘤侵犯导致解剖结构改变，从而使 ERCP 插管成功率降低^[11]。本例患者两次 ERCP 检查均插管失败值

得临床医师注意，应考虑是否与十二指肠乳头结构改变有关，需进一步完善检查以明确诊断。病理活检是目前诊断壶腹周围癌的金标准，若实验室及影像学检查均未能排除有关诊断，行开腹手术或其他侵入性操作时，应留取壶腹部标本送检，以明确是否存在壶腹部周围病变。

综上所述，壶腹周围癌发病率低、临床表现不典型，从而导致临床医师诊断困难，临床诊疗中，当患者病情复杂，对应治疗效果不佳，影像学表现不明显，怀疑梗阻性黄疸后 ERCP 插管失败，不能排除壶腹周围癌诊断时，应及时完善其他相关检查，仔细分析，认真鉴别以明确诊断。

参 考 文 献

- [1] 刘松, 刘恩宇, 陈雨信, 等. 十二指肠壶腹癌合并肝门部胆管癌 1 例报告. 新医学, 2009, 40 (11): 743-744.
- [2] 王奕乔, 姜慧杰, 徐海龙, 等. 影像学检查在壶腹周围癌诊断及术前评估中的应用进展. 中华全科医师杂志, 2019 (10): 998-1001.
- [3] 殷涛, 周颖珂, 吴河水. 壶腹部肿瘤的诊断和治疗. 临床肝胆病杂志, 2017, 33 (2): 268-271.
- [4] 蔡翊, 成伟, 陈梅福, 等. 腹腔镜胰十二指肠切除术治疗壶腹部肿瘤: 附 35 例报告. 中国普通外科杂志, 2020, 29 (9): 1151-1156.
- [5] 赵闯, 戴朝六. 提高壶腹周围癌术前定性诊断的方法及意义. 肝胆外科杂志, 2018, 26 (4): 245-250.
- [6] El Nakeeb A, El Sorogy M, Ezzat H, et al. Predictors of long-term survival after pancreaticoduodenectomy for peri-ampullary adenocarcinoma: a retrospective study of 5-year survivors. Hepatobiliary Pancreat Dis Int, 2018, 17 (5): 443-449.
- [7] 王树锋. 不同影像学检查对壶腹癌的诊断价值分析. 昆明: 昆明医科大学, 2018.

- [8] 邓壮. 壶腹周围癌的EUS评价及其与MRI、MRCP、CT诊断效能的对比研究. 杭州: 浙江大学, 2019.
- [9] Oh D J, Nam J H, Jang D K, et al. Complications of common bile duct stones: a risk factors analysis. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*, 2021, 20 (4): 361-365.
- [10] 沈浩, 丁浩, 杜芳腾. 176例梗阻性黄疸病因及诊治分析. *实用临床医学*, 2016, 17 (11): 1-4.
- [11] 蒋小猛, 郭书华, 徐岷, 等. 43例初次行内镜下逆行胰胆管造影术操作失败原因分析. *江苏大学学报(医学版)*, 2019, 29 (5): 444-446.

(收稿日期: 2022-06-25)

(本文编辑: 杨江瑜)

