

ERCP 诊断胆管癌 32 例报告

杨忠 夏黎明 叶芳 姜志红

【摘要】 目的:胆管癌是种少见的胆道病变,本文旨在分析总结胆管癌的 ERCP 表现特点,以助于与其它梗阻性胆道病变鉴别。**方法:**对 32 例胆管癌进行了 ERCP 检查,并对其 X 线表现进行回顾性分析。**结果:**8 例胆管完全梗阻,22 例胆管不同程度狭窄,2 例胆管内充盈缺损。其 ERCP 表现可分三种类型:阻塞型、狭窄型和充盈缺损型。**结论:**胆管癌的 ERCP 表现有特定特征性,结合病史特点,可以与结石、胆管炎和胰头癌相鉴别。

【关键词】 胆管癌 ERCP

对于胆管癌的诊断虽然有超声、CT 和 MRI 等新的影像学检查方法,但是逆行胰胆管造影(ERCP)仍然是诊断胆管癌最好的检查方法之一,它不但可以明确病变的部位、范围和性质,而且对手术的估计、方法有指导作用。本文回顾性地对我院自 1990 年以来经 ERCP 检查、手术和病理证实的 32 例胆管癌的 X 线表现进行分析,并提出其鉴别诊断。

材料与方法

1. 一般资料

本文 32 例中男 14 例,女 18 例。年龄最小 23 岁,最大 80 岁,平均 49.7 岁。临床主要症状和体征为进行性黄疸,同时伴有体重减轻、全身瘙痒及食欲不振,少数有腹痛、发热。32 例中,上段胆管癌(又称高位胆管癌或肝门部胆管癌)20 例;中段胆管癌(指肝总管胆囊管汇合部以下及胆总管中段的癌肿)7 例;下段胆管癌(胆总管胰腺段癌肿)5 例。手术及病理证实 32 例胆管癌中,腺癌 24 例,未分化腺癌 4 例,乳头状腺癌 3 例,鳞癌 1 例。

2. 方法

患者取左侧卧位,将内窥镜缓慢地送入十二指肠降部,调整镜头使乳头位于视野中心,固定后将导管插入乳头开口,注入 60% 泛影葡胺 10~20ml,注药时可改变患者体位,借造影剂的重力作用使胆管充盈。取俯卧位使左肝管、近端胆总管和部分胆囊显影;取仰卧位可充盈右肝管、胆总管和胆囊;取站立位使胆总管下段和胆囊充盈。常规摄俯卧位、仰卧位和站立位点片,如怀疑梗阻,需照 15min、30min 和 60min 片,以观察造影剂排空情况。

结 果

本组 32 例胆管癌的 ERCP 表现其部位、程度及形态不尽相同,大致可归纳如下三种类型。

1. 阻塞型

胆管呈完全性中断,造影剂不能通过肿瘤部位进入近端胆管,阻塞端分别为不规则杯口状 2 例,平直形 2 例,不规则鼠尾状 4 例(图 1)。

2. 狭窄型

胆管呈不同程度的狭窄,边缘不规则,胆道排空延迟,共 22 例。可分三个亚型:①闭塞性狭窄,肿瘤浸润使胆管近乎闭塞,造影剂勉强通过狭窄段并不存留,只有两端显影,狭窄段上方肝内外胆管显著扩张。本组闭塞型狭窄 14 例中,10 例可见“软藤征”(图 2)。②环形狭窄,呈局限性向心性不规则狭窄,与正常胆管分界明显,狭窄段上方肝内外胆管不同程度扩张(图 3),本亚型 6 例。③弥漫型狭窄,胆管硬化狭窄,狭窄段较长,与硬化性胆管炎相似,本亚型 2 例。

3. 充盈缺损

表现为胆管腔内息肉样充盈缺损,表面不规则,胆管偏心性狭窄(图 4),本型 2 例。

讨 论

1. 病理类型与 X 线表现

从病理大体观察,胆管癌可分为三型^[1]:①乳头状,常呈多

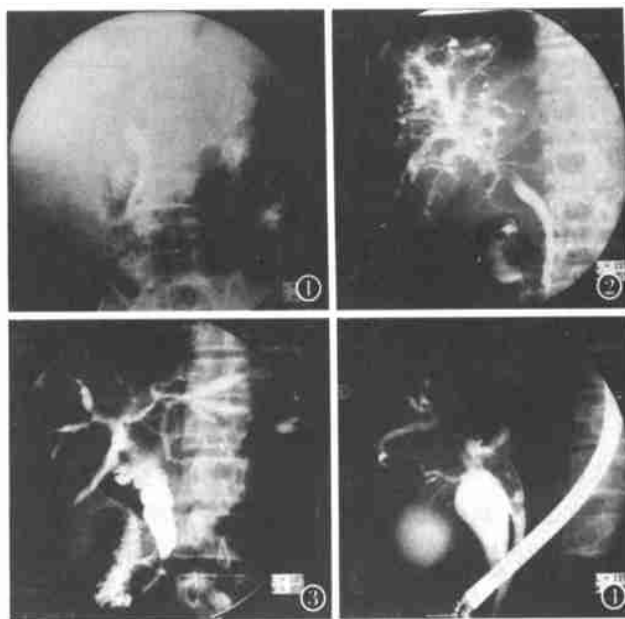


图 1 阻塞型胆管癌:胆管三汇合部受阻,断端呈鼠尾状。

图 2 闭塞狭窄型胆管癌:肝门部闭塞,断端呈斜削状,肝内胆管扩张如软藤状。

图 3 环形狭窄型胆管癌:总胆管下段局限性环形狭窄,边缘不规则,近端胆管显著扩张。

图 4 充盈缺损型胆管癌:肝总管内偏心性菜花状充盈缺损,肝内胆管部分显影。

作者单位: 433200 洪湖市人民医院放射科(杨忠), 中医科(叶芳); 430030 同济医科大学附属同济医院放射科(夏黎明); 江汉油田二医院放射科(姜志红)

发性,在三种类型中最为少见;②结节状,常为单发性,也不多见,但较乳头状稍多;③弥漫型,以管壁增厚和扩散区域较大为特点,癌肿可环绕胆管浸润型生长,致使癌变管壁呈环状狭窄,此型最多见,约占全部胆管癌的 2/3。依本组 ERCP 检查所见,胆管癌可分三型:阻塞型、狭窄型及充缺型。以阻塞型及闭塞型狭窄多见,预后差;弥漫型狭窄和充缺型较少见,预后相对较好。本组 32 例胆管癌中,24 例腺癌表现为阻塞型(7 例),狭窄型(17 例);3 例乳头状腺癌,2 例表现为充缺型,1 例表现为阻塞型,1 例鳞癌和 4 例未分化腺癌均表现为狭窄型。

2. 并发疾病

有报道胆管癌的并存疾病有^[2]:胆管结石、胆管炎、胆囊结石、胆囊息肉、腹水、肝叶萎缩、胆系寄生虫(华支睾吸虫、蛔虫)、胆管囊肿、硬化性胆管炎、胆胰管异常连接等。本组 8 例合并胆道结石,6 例合并胆管炎,5 例肝硬变腹水。胆管癌可能与结石的局部刺激,胆汁停滞,感染的胆汁中胆液分解、软化,或有致癌性化学物质对胆道粘膜上皮的长期刺激有关^[3]。笔者认为,当发现胆道结石、胆管炎时,尤其是重症者,同时需仔细阅片,不要一见结石、炎症就解释所有的征象,也不要一发现胆道癌肿就不进一步查找其他并发症,以致延误诊断。

3. 鉴别诊断

在常见的梗阻性胆道病变中,结石、胆管炎和胰腺癌引起的胆管改变常难以与胆管癌相区别。笔者认为,ERCP 在胆管阻塞型病变中具有较好的鉴别价值。①结石:表现为胆管腔内边缘光滑、圆形或多面形充盈缺损。结石与胆管壁之间有一定的间隙,很难造成完全性梗阻。胆管壁是完整的,除非结石巨大与胆管壁接触十分紧密,可造成完全性梗阻。结石造成的胆管扩张以肝内胆管明显^[4]。此外胆固醇结石在透视下可随体

位改变而发生位置变化,由于密度较造影剂低,常浮在胆管上方。肝内胆管因常伴胆管炎,一般呈枯树状扩张。②胆管炎:狭窄段细长,上宽下窄,边缘光滑,管壁柔软,与正常分界不清,呈逐渐性肝内胆管僵硬,分支减少或无分支,呈枯树枝状^[5]。炎症病史较长或有手术史,一般不会发展到闭塞型狭窄。③胰头癌:胰头癌逐渐增大使胆总管末端狭窄堵塞,而且不断增大的癌肿挤压胆总管,使其正常位置改变。胆总管表现为手套手指状扩大征象以及挤压性扭曲改变^[6]。若胆管受侵犯则引起局部僵硬和不规则偏心性狭窄,肝内胆管同样可出现“软藤征”。因此,当胆总管下端出现狭窄和闭塞时,要仔细观察分析主胰管、分支及实质显影的情况。一般说,当胰管近端也有僵硬、狭窄中断、小分支或胰野缺损时,多为胰头癌侵犯胆管。

参考文献

- 1 汤钊猷.现代肿瘤学[M].上海:上海医科大学出版社,1993.854-855.
- 2 巫北海,廖军,周永碧,等.肝门胆管癌的影像学诊断[J].实用放射学杂志,1996,12(4):199.
- 3 黄志强.黄志强胆道外科[M].山东:山东科学技术出版社,1998.792.
- 4 贾雨辰,卢任华,陈自谦,等.逆行胰胆管造影对黄疸性质的进一步探讨[J].中华放射学杂志,1987,12(1):36.
- 5 罗正益,孔庆德,卢任华.“软藤征”和“枯树枝征”在直接胆管造影鉴别诊断的作用及其病理基础[J].解放军医学杂志,1986,11(6):420-421.
- 6 刘康年,谢敬霞.消化系影像诊断学[M].上海:上海科学技术出版社,1992.236-237.

(1999-12-15 收稿)

· 外刊摘要 ·

脓疱银屑病骨肥厚性脊柱关节炎与 SAPHO(滑膜炎、痤疮、骨肥厚、化脓性骨髓炎) 综合征临床与放射学研究

F. Schilling, S. Kessler

脓疱银屑病骨肥厚性脊柱关节炎(Spond. hyp. pp)是一种成年人皮肤-骨骼两系统疾病,在疾病分类上属于脓疱性关节骨炎。它包括三联征:①手掌-足底脓疱或另一种说法, Konigsbeck-Barber 类银屑病;②胸、肋、锁骨骨肥厚(SCCH);③脊柱骨病变,包括椎前韧带的韧带骨化、骨肥厚和(或)侧韧带骨赘样骨化,这表明是一种韧带增生性骨肥厚病。此外,在骶髂关节处有硬化性炎性关节和在外周关节处有“干”性炎性关节的可能。因此,脓疱性银屑病范围对骨的病理特征有决定性影响。从 1982 年到 1992 年作者对 38 例病人进行了形态学特征分析。在其中几例病例中,轻型硬化性骨髓炎引起骨干和骨盆骨肥厚性损害,与慢性复发性多灶性骨髓炎(CRMO)有相似表

现,这说明骨肥厚性脊柱关节炎与 CRMO 之间有联系,获得性骨肥厚综合征依据来自 X 线诊断,SAPHO 综合征主要根据临床诊断,该两种综合征连同 CRMO 和骨肥厚性脊柱关节炎和它的各种形式构成 Spond. hyp. pp。尽管对放射科医生来说都称骨肥厚病,对于临床医生却称 SAPHO 综合征,但这是一种综合性诊断,还需进一步分型。在研究探讨了“Spond. hyp. pp”的本质时,还应同时具备风湿学和骨科学方面的知识。

同济医科大学附属同济医院 王仁法 译 胡国栋 校

摘自 Fortschr. Röntgenstr., 1998, 169(6): 576-584

(1999-12-10 收稿)