

原发性胆囊癌的 CT 诊断评价

黄东 张炳有 孙文清 刘兴第

【摘要】 目的: 评价 CT 对原发性胆囊癌的诊断及鉴别诊断价值。方法: 分析了经手术病理证实的 19 例 CT 检查资料, 对其 CT 征象进行归纳总结。结果: 胆囊癌的 CT 影像分为: 壁厚型 6 例, 腔内结节型 3 例, 肿块型 4 例, 混合型 6 例。伴肝转移 11 例, 胆道梗阻 13 例, 总胆管转移 7 例, 区域淋巴结肿大 11 例, 伴胆结石 6 例。结论: CT 对胆囊癌的诊断有一定价值。胆囊壁增厚的程度对慢性胆囊炎无鉴别诊断意义, 胆囊壁不规则增厚改变似有鉴别价值。胆囊癌的分型应根据其主要表现来判断。

【关键词】 胆囊癌 计算机体层成像 B 超

原发性胆囊癌临床较少见, 仅占全部胆道手术的 1.4%。早期缺乏特异症状, 术前诊断率低, 预后差。本文总结经手术病理证实的 19 例胆囊癌 CT 表现, 探讨 CT 对胆囊癌的诊断及鉴别诊断价值。

材料与方法

本组 19 例, 男 8 例, 女 11 例, 平均 59 岁 (36~81 岁)。50 岁以上者占 82%。全部病例经临床穿刺、手术及病理证实。B 超定位穿刺证实 3 例, 手术病理证实 19 例, 均为腺癌。CT 检查采用 SOMATOM AR, STAR 及 TOSHIBA 600XT 全身 CT 扫描机。行常规肝胆平扫和增强扫描, 扫描条件为 120kV, 300mAs (或 130kV, 83mAs)。胆囊区层厚, 层距均为 5mm。增强扫描用优维显 50ml, 一次团注。

结果

将原发性胆囊癌 CT 表现分为四型: ①囊壁增厚型 6 例, 胆囊壁弥漫性增厚, 厚度为 4~15mm。除 1 例均匀增厚外, 其余呈不规则增厚, 内壁凹凸不平。增强后呈不规则花环状强化, 以胆囊底部增厚者居多 (图 1)。②肿块型 4 例, 胆囊区整个或大部分为高密度或高低混合密度肿块影占据。肿块不均匀强化。肿块超出胆囊与周边脏器境界不清。胆囊腔缩小, 胆囊形态不规则 (图 2)。③腔内结节型 3 例, 乳头状或结节状软组织肿块突入胆囊腔内, 基底附于囊壁, 局部胆囊壁可见增厚, 囊壁外缘光整。平扫为略高密度, 增强较明显 (图 3)。④混合型 6 例, 除见腔内肿物征象外, 同时可见胆囊壁的不规则增厚 (图 4)。

本组中 11 例肝脏直接受侵, 其它脏器受侵 4 例 (包括腹壁、胃窦、十二指肠及胰头部)。肝转移 4 例,

表现为肝实质内多发均匀低密度灶, 增强不明显。淋巴结转移 11 例, 表现为肝门区、胰头区、腔静脉主动脉搏旁及后腹膜区淋巴结肿大。直径 1~2cm, 可融合成团块状。胆道梗阻 13 例。胆囊结石 9 例 (阳性结石 5 例, 经手术证实阴性结石 4 例)。

讨论

胆囊癌多发生于中老年女性^[1]。本组 50 岁以上者占 82%, 女性占 57%。目前诊断主要依靠影像学检查。PTC、ERCP 为创伤性检查方法, 仅对胆道有无梗阻提供依据, 对发现胆囊癌的直接依据没有帮助^[2]。B 超检查被广泛应用, 但本组及其他作者报道的病例大多属中晚期患者^[3]。对早中期患者来说, 因在行此项检查时往往仅满足于胆囊炎胆石症的诊断, 漏诊率较高, 即便是晚期患者, 亦有部分漏诊。

一般将胆囊癌的 CT 表现分为三型, 即厚壁型、腔内结节型、肿块型。但根据我们对本组病例 CT 征象的观察发现, 胆囊癌的这三种类型并不是孤立的, 往往一个病例中或多或少兼有二种征象。例如腔内结节型不仅是有腔内肿物, 往往还兼有胆囊壁的增厚。根据我们的体会, 如果病变所在最大层面胆囊床内软组织肿块超过囊腔体积 1/2 的, 为肿块型。病变所在最大层面肿物呈息肉样突入胆囊腔内为主要表现者应称为腔内结节型。病变所在最大层面以胆囊壁不规则增厚为主要表现者应称为厚壁型。而胆囊壁的增厚与腔内肿物均较明显并不能分辨者为混合型。本组病例即以此标准分为四型。我们认为这样是比较合适的。

文献^[1]认为厚壁型和腔内结节型应为胆囊癌的较早时期, 而肿块型为肿瘤的中晚期。但本组厚壁型病例大多有胆囊周围、胰周、腹膜后淋巴结和肝脏受侵, 似并不支持厚壁型为胆囊癌的较早时期。Thorsen^[4]等报道正常胆囊壁厚为 1~2mm, 超过 3.5mm 为异常。一般认为胆囊炎是整个胆囊壁均匀一致的连续性增

作者单位: 116023 辽宁省, 大连医科大学附属第二医院放射科 (黄东、刘兴第); 116027 辽宁省, 大连海洋渔业集团公司医院放射科 (张炳有、孙文清)

作者简介: 黄东 (1966-), 男, 浙江人, 副教授, 主要从事神经放射诊断。



图 1 胆囊癌(厚壁型)。局部胆囊壁不规则增厚,似花环状。图 2 胆囊癌(肿块型)。胆囊区巨大不规则实性肿块,占据胆囊腔大部。肝脏及周围脏器受侵。图 3 胆囊癌(腔内结节型)。胆囊壁向腔内突出的结节影。图 4 胆囊癌(混合型)。胆囊腔内不规则结节影,并可见胆囊壁的不规则增厚。

厚,程度较轻。而胆囊癌是厚薄不均匀、不规则、不连续的增厚或局限性增厚,且程度重。本组 6 例胆囊壁厚均在 4mm 以上,最厚达 1.5cm,83% 为不规则增厚。而我们对慢性胆囊炎 26 例观察,壁厚在 3~ 5mm 的 19 例,6mm 以上 7 例,最厚亦可达 1.0cm 以上,但不规则增厚罕见。因此,我们认为胆囊壁增厚的程度对两者并无鉴别诊断意义,而其形态改变可能有鉴别价值。

CT 分辨率高,解剖关系清楚,对判断有无临近组织的侵蚀,有无淋巴结的转移及扩散范围等方面要优于 B 超。胆囊癌的扩散主要是直接侵犯肝脏和淋巴结转移,肝脏直接侵犯是胆囊癌常见的转移方式。另

外,沿胆囊管向胆总管肝管侵犯也是常见方式^[5]。胆囊癌的区域淋巴结为胆囊旁、胆总管周围、门静脉后、胰十二指肠上、右腹腔、肝动脉旁、肠系膜上和主动脉腔静脉淋巴结群。其中胆囊旁和胆管周围淋巴结最常受累^[6]。本组发现 11 例有上述淋巴结转移。确定淋巴结转移对肿瘤分期及治疗方案的确定极为重要。判断是否为转移淋巴结主要根据大小及形态。

胆囊癌直接侵犯胆总管或胰头,及淋巴结肿大可引起胆道梗阻,这种类型类似于胰腺癌和胆管癌。对于黄疸病人,如胰头总胆管壶腹区发现软组织肿块而胆囊未显影时,为了鉴别肿块的来源,应作连续薄层扫描。另外,由于胆囊癌可合并胆道结石,因胆总管结石梗阻所致的肝内外胆管扩张也应该注意观察。

参考文献

- 1 范家栋,谢敬霞,杨继周. 原发性胆囊癌的 CT 诊断. 中华放射学杂志, 1993, 27(8): 550-551.
- 2 郑凯尔,陈峰,陈龙桂,等. 原发性胆囊癌的影像诊断评价. 医学影像学杂志, 1997, 7(4): 214-216.
- 3 吴飞跃,田夫,王陆林,等. 原发性胆囊癌. 中国普通外科杂志, 1997, 6(1): 3-5.
- 4 Thorsen MK, Quirior F, Lawson TL, et al. Primary biliar carcinoma: CT evaluation. Radiology, 1984, 152: 479.
- 5 王莉君,杨志英,王璐,等. 原发性胆囊癌的 CT 诊断(附 56 例报告). 现代医学影像学, 1997, 6(3): 108-111.
- 6 莒建国,程宇清,杨卫宏. 原发性胆囊癌的 CT 诊断. 中国中西医结合外科杂志, 1996, 2(3): 149-150.

(2000-11-30 收稿)