

肝外胆管癌的 CT 诊断

杜中立 何竞 黄世奎 孙放 肖万宏 何虹 林丽娟

【摘要】 目的:加深对肝外胆管癌 CT 表现的认识,探索 CT 对肝外胆管癌的检查方法。方法:分析 21 例经手术病理或活检证实的肝外胆管癌的 CT 表现,其中肝门部胆管癌 3 例,胆总管癌 18 例。12 例梗阻端行薄层放大增强扫描。结果:3 例肝门胆管癌肝内胆管均扩张,2 例肝门区可见肿块。18 例胆总管癌均见扩张胆总管突然中断或变形,3 例梗阻近端胆管壁不均匀增厚,5 例腔内见软组织结节影,5 例出现明显侵犯到腔外的软组织肿块影。结论:CT 薄层放大增强扫描能有效地显示梗阻端形态,是诊断肝外胆管癌有效而较可靠的方法。

【关键词】 胆管癌 断层摄影术, X 线计算机

【中图分类号】 R735.8, R814.42 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2002)02-0141-02

CT diagnosis of extrahepatic biliary carcinoma DU Zhongli, HE Jing, HUANG Shikui, et al. Department of Radiology, the Third Affiliated Hospital of the Medical College of Jinan University (People's Hospital of Zhuhai), Guangdong 519000

【Abstract】 Objective: To improve the knowledge of CT findings of extrahepatic biliary carcinoma, and to investigate the technique of CT scanning in the detection of extrahepatic biliary carcinoma. **Methods:** CT findings of 21 patients with surgically and pathologically proved extrahepatic biliary carcinoma, including hepatic hilar cholangiocarcinoma in 3 cases and common bile duct (CBD) cholangiocarcinoma in 18, were analyzed. The obstructed site in 12 of 21 cases were performed additional enhanced CT scanning with thin section and magnification. **Results:** Intrahepatic bile duct was dilated in 3 cases of hilar cholangiocarcinoma, and the mass in hepatic hilum was seen in 2 of them. Dilated CBD was suddenly interrupted or deformed in 18 cases of CBD cholangiocarcinoma, 3 of them also revealed the unevenly thickened wall in proximal end of the obstruction. Intraductal soft tissue node was shown in 5 cases and invasion of extraductal soft tissue in 5. **Conclusion:** Enhanced CT scanning with thin section and magnification will be able to show effectively the shape of the obstructed site of biliary duct. It is an effective and reliable method for the diagnosis of extrahepatic cholangiocarcinoma.

【Key words】 Cholangiocarcinoma Tomography, X-ray computed

肝外胆管癌是指起源于左、右肝管至胆总管下端胆管上皮细胞的癌肿,包括肝门部胆管癌及胆总管癌,是一种少见肿瘤^[1],是引起阻塞性黄疸的重要原因。本文收集 1994 年~2000 年经 CT 扫描并由手术病理或活检证实的肝外胆管癌 21 例,报道如下。

材料与与方法

收集本院经手术病理或活检证实的肝外胆管癌 21 例。其中肝门部胆管癌 3 例,胆总管癌 18 例。男 7 例,女 14 例。年龄 19~86 岁,平均 52.5 岁。所有病例均有不同程度黄疸。16 例上腹部疼痛,5 例为无痛性黄疸,11 例出现乏力、纳差,3 例伴畏寒发热。实验室检查黄疸指数、直接胆红素增高。17 例作了 CT 增强扫描,其中 12 例梗阻平面用 5mm 薄层放大增强扫描。CT 机为岛津 4500,对比剂用碘必乐 90~100ml。

结果

1. 肝门区胆管癌 3 例。1 例表现为肝内胆管高度扩张,扩张胆管在肝门区中断、不能汇合,肝门区呈不规则等密度肿块,边界不清,与肝实质无明确分界,增强扫描轻度强化(图 1)。1 例肝门区偏足侧肝总管管腔狭窄至闭塞(图 2)。另 1 例仅表现为肝内胆管扩张,至肝门区中断。肝门区结构欠清,未见明确

肿块,胆总管不扩张。

2. 胆总管癌 18 例。CT 诊断正确 13 例,5 例仅提出梗阻部位,无定性诊断。①所有病例均有肝内胆管扩张,15 例明显扩张,3 例扩张轻微。胆总管扩张,直径从 1.2~3.1cm。②14 例显示胆囊扩大积液,1 例慢性胆囊炎、胆囊结石,3 例胆囊已切除。③12 例梗阻面在胆总管下段(即胰腺段:胰腺内胆管至进入十二指肠壁之前),6 例梗阻面在胆总管上段(即胰上段:胆囊管开口以下至胰腺上缘的胆总管)。④18 例均显示扩张胆总管突然中断或变形,其中 3 例管壁可见环形不均匀增厚,管腔狭窄至闭塞(图 4)。5 例腔内见结节状软组织影(图 3),5 例梗阻端出现明显侵犯到腔外的软组织肿块(图 4)。增强扫描软组织肿块均有所强化。⑤3 例腹膜后、胰头周围肿大淋巴结,2 例合并有慢性胰腺炎,其中 1 例体部有假性囊肿,2 例肝脏出现转移灶。

讨论

1. 肝外胆管癌一般认为是一种少见肿瘤,但自 80 年代以来,随着影像技术的发展、进步,胆管癌的检出率有明显增高^[1]。肝外胆管癌的尸检发现率为 0.3%~0.5%,是阻塞性黄疸中第二位原因,仅次于结石^[2]。肝外胆管癌多见于胆总管下端近壶腹部^[3]。本组下段胆管癌占 57%(12/21)。胆管癌绝大多数为腺癌,鳞癌少见。本组病例均为腺癌。临床上进行性无痛性黄疸有一定特征性,但不多见,本组约占 24%(5/21),大部分病例有腹痛、腹胀症状,少数因合并有胆管、胆囊炎有畏寒、发热症状。

作者单位:519000 广东省,暨南大学医学院附属第三医院,珠海市人民医院放射科
作者简介:杜中立(1966~),主治医师,硕士学位,主要从事 CT 及 MRI 疾病诊断。

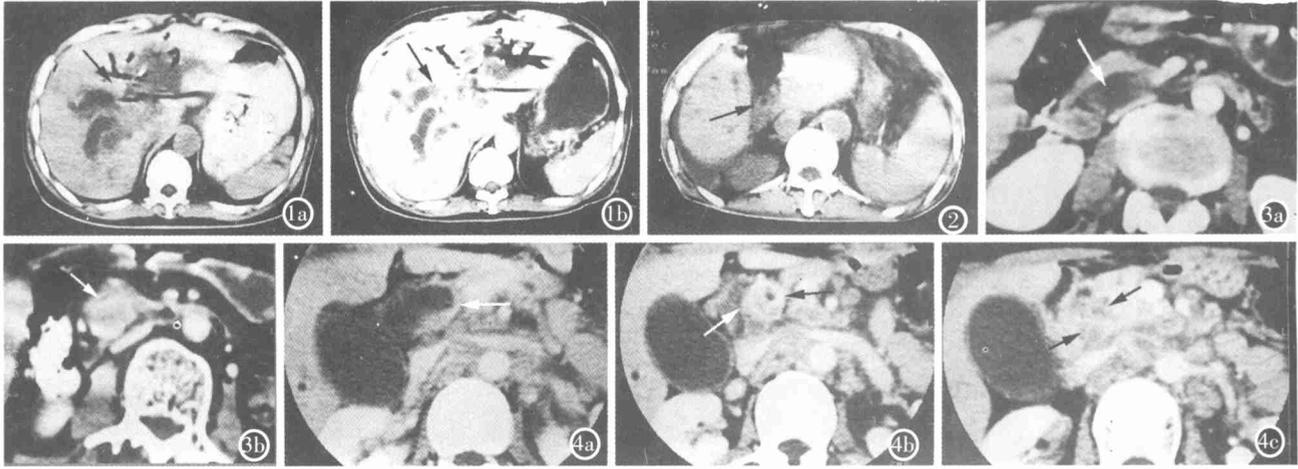


图1 肝门区胆管癌。a)平扫:肝内胆管扩张至肝门处中断、不能汇合,肝门区见肿块影,边界不清。b)增强扫描:肝门区见不规则肿块,轻度强化,与肝实质无明确分界。图2 肝门区胆管癌:肝总管管壁明显增厚,管腔狭窄。图3 胆总管癌:薄层放大增强扫描。a)胆总管扩张至胆总管下段。b)图a下一层面,见胆总管完全闭塞,其内充填结节状软组织影。图4 胆总管癌:薄层放大增强扫描。a)胆总管扩张,管壁见局限性增厚。b)图a下一层面,胆总管管壁明显不均匀增厚,管腔明显狭窄。c)图b下一层面,胆总管下段见软组织肿块,侵犯胰头(箭),同时见腹膜后淋巴结肿大。

2. 检查技术

薄层(层厚用5mm)放大增强扫描有助于梗阻端形态的显示。由于减少了部分容积效应的干扰,有助于微小病变的显示,梗阻处CT值的测量也更准确,相反常规层厚(10mm)可能掩盖微小病变的显示,也不便于微小病变CT值的测量。本组12例行梗阻处薄层放大增强扫描,有10例梗阻端显示较清楚,管壁不均匀增厚3例,腔内结节状软组织密度影5例,侵犯到腔外的软组织肿块2例,CT增强扫描CT值较平扫时均有所升高而提示胆管癌。而这12例在平扫时有7例梗阻端形态显示不清或欠清。行薄层放大增强扫描后确诊率达83%。

3. 影像学表现

胆囊扩大是胆总管癌定位诊断较可靠的依据之一。胆囊经胆囊管与肝总管汇合成胆总管,胆总管阻塞常使胆囊扩大。如肿瘤组织累及胆囊管开口,胆囊可不增大。本组18例胆总管癌14例胆囊扩大,3例胆囊已切除,只有1例有慢性胆囊炎、胆囊结石而缩小,无扩大改变。肝门部胆管癌胆囊不扩大。

在肝外胆管癌中,肝内胆管、胆总管一般扩张明显。本组病例扩张胆总管直径从1.2~3.1cm,肝内胆管扩张可呈软藤状,特别是近肝门处胆管扩张明显。胆管扩张不明显者一般认为与病程短、病灶较小、形成不全性梗阻有关^[1]。本组病例中3例扩张轻微,其中2例病程小于2个月,梗阻端软组织肿块均不明显。

梗阻端形态是诊断胆管癌的主要依据。胆总管癌一般表现为扩张胆总管突然中断或变形,梗阻端出现软组织肿块,梗阻端软组织肿块表现为管壁不均匀增厚,厚度通常超过5mm,管腔狭窄或至闭塞,腔内出现结节状软组织影;或软组织肿块超过管壁向周围浸润。本组18例胆总管均突然中断或变形。也有作者报道胆总管逐渐变细,手术病理证实是癌组织沿管壁浸润生长^[4]。值得注意的是胆总管阴性结石,胆总管也可表现为突然中断,肝内胆总管扩张亦明显。梗阻端薄层放大增强扫描有助于鉴别诊断。阴性结石不强化,周围可见到低密度环

影,即所谓靶征^[5]。本组18例扩张胆总管,有3例梗阻端管壁可见不均匀增厚,管腔狭窄、闭塞;5例向腔外侵犯成团块状软组织,其中3例梗阻近端见管壁不均匀增厚;5例腔内可见结节影及软组织影;5例梗阻端只见中断,界限不清,未见明显软组织肿块。究其原因:①病灶较小,②未行薄层放大增强扫描,③患者屏气不均匀,致病灶遗漏。明显侵犯到周围组织的软组织肿块要与胰头癌鉴别。本组5例侵犯到腔外的软组织肿块均诊断正确,胰头癌一般表现为肿块明显,肝内、外胆管不一定扩张,或扩张轻微,胰管扩张,胰头癌肿块密度不均匀,增强扫描强化不明显,其内片状低密度区,胆管癌强化后密度一般较均匀,与扩张胆管相延续,近梗阻端胆管壁可出现环形不均匀增厚。本组3例梗阻近端见管壁不均匀增厚。壶腹癌位置偏低,胰管可扩张,十二指肠内侧可见到充盈缺损。

肝门区胆管癌主要表现为肝内胆管扩张于肝门处中断,不能汇合。肝门处可看到不规则软组织肿块或结节影。偏足侧肝总管癌在周围脂肪、含对比剂肠腔衬托下可清晰显示,表现为管壁明显增厚、管腔狭窄、闭塞或结节状肿块。部分病例只见到扩张的肝内胆管,胆总管不扩张,肝门区结构不清,软组织肿块不易显示。

参考文献

- 1 黄志强.当代胆道外科学[M].上海:上海科学技术文献出版社,1998.615-637.
- 2 Friedmen AC. Radiology of the liver, biliar tract, pancreas and spleen [M]. Baltimore, Williamms and Wilkins, 1987. 535-544.
- 3 巴奇,龚沈初,黄胜,等.原发性胆管癌(包括壶腹癌)的CT诊断[J].实用放射学杂志,1996,12(8):467-470.
- 4 郑晓林,宁见,王承缘.胆胰管十二指肠连接区小肿瘤的CT诊断及鉴别[J].临床放射学杂志,2000,19(12):777-780.
- 5 陈星荣,沈天真,段承祥.全身CT和MRI(第2版)[M].上海:上海医科大学出版社,1999.585-587. (2001-03-26 收稿)