

肝内胆管黏液腺癌并胆管-支气管瘘一例

雍昉, 张发林, 潘爱珍

【中图分类号】R735.7; R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2014)05-0573-01

【关键词】黏液腺癌; 胆管-支气管瘘; 体层摄影术, X 线计算机

病例资料 患者, 女, 54 岁, 3 个月前无明显诱因出现咳嗽, 咳白色黏痰, 间有气促, 咳嗽时伴右上腹痛。19 年前和 17 年前曾分别因肝内胆管结石和肝脓肿先后在外院行手术治疗, 切除胆囊及部分肝组织(具体不详)。查体: 右下肺呼吸音稍弱, 触觉语颤较左侧稍强。右肋缘下及下腹正中分别可见手术疤痕。实验室检查: WBC 17.14×10^9 , 糖类抗原 199(CA199) 2836 IU/mL, CEA $36.4 \mu\text{g/L}$ 。B 超: 肝右叶近膈面局部胆管扩张, 内径最宽约 23 mm, 内可见密集低回声光点, 管壁上可见点状强回声区, 胆总管未见扩张。B 超意见: 肝内局部胆管扩张伴积液, 肝内胆管结石; 脾大, 脾静脉轻度扩张。胸片提示右下肺团片影, 考虑为叶间积液, 不排除占位病变, 建议行 CT 检查。CT 检查: 肝内胆管多发结石并胆管扩张积气、胆道感染(图 1~3), 右叶膈顶部胆管明显扩张并周围团片状低密度影(图 1), 考虑为感染性病变更合并局部脓肿形成; 邻近膈肌上下、肺底低密度影与肝内病变分界不清(图 2、4), 考虑炎症累及膈肌上下, 不排除瘘形成可能, 建议治疗后复查待排除肿瘤性病变; 右侧胸膜稍增厚, 右膈上心包旁淋巴结增多增大; 可见肝硬化、脾大, 拟伴门静脉高压。纤支镜: 右主支气管和右中叶支气管内可见较多深黄色黏痰和坏死组织阻塞, 吸掉后可见各支气管通畅, 未见明显肿物和瘘口, 黏膜光滑。

B 超引导下经皮穿刺置管引流术(percutaneous catheter drainage, PCD), 术中见右膈下液性暗区深约 60 mm, 置引流管引出脓性液体约 20 mL, 脓液培养提示大肠埃希菌及铜绿假单胞菌。另日又于 B 超引导下经皮经肝胆道引流术(percutaneous transhepatic biliary drainage, PTBD), 未见液体引出, 予生理盐水冲洗后引出淡红色胶冻样胆汁 300 mL; 此后肝脓肿引流管及 PTBD 管均分别有黄色胆汁及褐色胶冻样液体引出。鉴于患者肿瘤指标很高, 且引流出褐色胶冻样物质, 不排除恶性肿瘤的可能, 遂在全麻下行剖腹探查+肝肿物活检+胆道吻合切开探查术, 术中见肝脏呈胆汁性肝硬化, 右肝前叶上段肿瘤大小约 $5 \text{ cm} \times 4 \text{ cm}$, 呈鱼肉状, 侵犯膈肌并形成胆管-支气管瘘, 胆管、支气管内见大量黏液, 术中冰冻考虑为黏液腺癌可能性大。打开 R-Y 吻合口, 进胆道镜, 见胆管内大量黏液, 右前支胆道见菜花样肿瘤, 考虑为右肝前叶上段肿瘤侵犯膈肌并形成胆管-支气管瘘。因患者肿瘤已属晚期, 且肝硬化严重, 与家属沟通病情后终止手术, 术后予利胆、护肝、抗感染、补液支持治疗, 无不适后予以出院。病理: 镜下见大量黏液及少许异型细胞, 诊断为黏液腺癌。免疫组化: CEA(+), P53 部分(+).

讨论 肝内胆管黏液腺癌系来自于肝内胆管腺上皮的恶性肿瘤, 以分泌大量黏液为特点, 也称胶样癌, 它是胆管癌中十分少见的病理类型。肉眼见癌组织呈灰白色、湿润, 半透明如

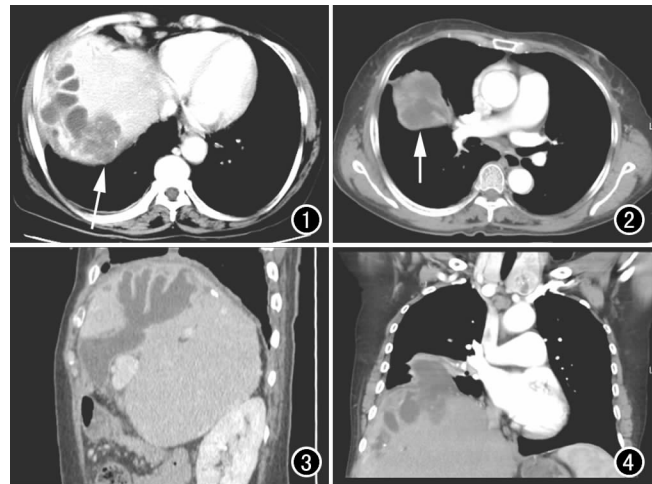


图 1 肝脏横轴面 CT 增强扫描实质期图像示肝右叶膈顶部胆管明显扩张, 管壁增厚、强化明显, 末梢胆管内可见斑点状结石; 右后叶靠边缘可见类圆形低密度团块灶(箭), 与胆管分界不清, 密度不均匀, 稍高于扩张胆管内的胆汁, 团块内见小斑片状轻度强化; 右膈上心包旁淋巴结增大。图 2 胸部纵隔窗横轴面增强图像示右肺中叶类圆形团块灶(箭), 边界尚规整, 密度不均匀, 其内可见不规则液性区域, 其余部分呈轻中度强化。图 3 肝脏增强扫描矢状面重组图像示肝内胆管至肝门部胆管显著扩张, 呈枯树枝状, 管壁增厚且强化明显, 末梢小胆管内可见小结石。图 4 胸部纵隔窗增强扫描冠状面重组图像示低密度团块灶形态不规则, 贯穿膈肌上下, 膈下部分与胆管关系密切; 扩张胆管内见斑点状高密度结石及结节状稍高密度结石。

胶冻样, 镜下黏液聚集在癌细胞内, 将核挤向一侧使细胞呈印戒状, 黏液可堆积在腺腔内而形成黏液池。黏液腺癌多属低分化腺癌, 恶性程度高。临床上胆管内大量黏液和胶冻样物积聚是黏液腺癌的特征性表现, 但无特异的肿瘤标志物, 术前 CT、MRI、B 超等影像学检查往往只有肝内外胆管扩张等间接表现, 因此早期诊断较为困难, 有时甚至手术病理亦无法取到肿瘤组织, 只能从大量黏液或组织碎片中寻找肿瘤细胞; 本病往往合并肝内胆管结石, 易引起误诊。本例即在肝胆管结石及长期、反复感染基础上并发的肿瘤, 肿瘤本身在 CT 上缺乏特征性表现, 又被胆管结石和感染性病变更所掩盖, 加上病变向膈肌及肺组织的侵袭性改变及瘘的形成, 使 CT 表现更加复杂, 病变无论从来源还是性质上均难以确定, 明确诊断极为困难, 但结合临床肿瘤指标明显升高, 应想到胆管癌的可能。

(收稿日期: 2013-03-26 修回日期: 2013-05-31)

作者单位: 528000 广东, 佛山市第一人民医院放射科

作者简介: 雍昉(1973—), 女, 甘肃兰州人, 副主任医师, 主要从事胸部 CT 诊断工作。