

胰腺囊性占位病变临床分析

吴峻立, 陆子鹏, 蒋奎荣, 苗毅*

(南京医科大学第一附属医院普外科, 江苏 南京 210029)

[摘要] 目的:探讨胰腺囊性占位的临床特点,评估手术治疗的结果。方法:回顾性分析 2012 年南京医科大学第一附属医院普外科收治的 62 例胰腺囊性占位患者的临床资料。结果:常见的胰腺囊性占位包括浆液性囊腺瘤(SCNs)、导管内乳头状黏液瘤(IPMNs)、黏液性囊腺瘤(MCNs)和胰腺假性囊肿。性别、年龄对 IPMNs、MCNs 和实性假乳头状瘤的诊断有意义。血清 CEA 升高对恶性囊性占位的诊断有意义。平均手术时间为(191 ± 74)min,中位术中失血量 200 ml,手术总体并发症为 37.1%,胰瘘为最常见并发症(24.2%);再手术 1 例(1.6%),无死亡病例;术后住院中位时间 11 d。保留器官胰腺切除手术与传统手术相比,在手术时间、术后并发症及住院时间方面无显著性差异,术中出血量显著减少。结论:临床特点和影像学特征有助于胰腺囊性占位诊断,保留器官的胰腺切除手术与传统手术同样安全。

[关键词] 胰腺;囊性占位;分析

[中图分类号] R657.52

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2013)12-1707-03

doi:10.7655/NYDXBNS20131213

胰腺囊性占位包括假性囊肿(pseudocyst)、浆液性囊腺瘤(serous cystic neoplasms, SCNs)、导管内乳头状黏液瘤(intraductal papillary mucinous neoplasms, IPMNs)、黏液性囊腺瘤(mucinous cystic neoplasms, MCNs)、黏液性囊腺瘤,实性假乳头状瘤(solid pseudopapillary tumors, SPTs)和囊性神经内分泌肿瘤(cystic pancreatic neuroendocrine neoplasms)等,其起源、发病机制及生物学行为不同,治疗原则及预后有所差异。目前关于胰腺囊性占位的诊治仍有很多不确定的地方,尚待进一步研究^[1]。本文通过回顾性分析 62 例接受外科治疗的胰腺囊性占位患者的临床资料,探讨疾病构成、临床特点、影像学特征以及手术治疗的效果。

1 对象和方法

1.1 对象

2012 年 1 月~12 月,南京医科大学第一附属医院普外科收治接受手术治疗的胰腺囊性占位患者共 62 例,其中男 25 例,女 37 例,平均年龄 51.4 岁(7~83 岁),术前 ASA 评分, I 级 7 例, II 级 49 例, III 级 6 例。

1.2 方法

临床研究指标包括主诉、病史(黄疸、消瘦及胰腺炎发作),术前影像学检查(CT、MRI/MRCP),血清肿瘤标志物(CEA, CA19-9);手术方式、手术时间、术后并发症及住院时间等。

1.3 统计学方法

计量资料两两比较采用 *t* 检验,多个计量资料分析采用单因素 ANOVA 法或 Kruskal-Wallis 检验,计数资料的比较采用卡方检验或精确概率法。

2 结果

腹痛和腹部不适是最常见症状(37 例, 59.6%),其次为体检偶然发现(20 例, 32.3%);3 例患者伴黄疸,12 例患者既往有“胰腺炎”病史。在 46 例胰腺囊性肿瘤患者(排除假性囊肿和其他非肿瘤囊性病)资料(表 1)显示:MCNs 和 SPTs 好发于女性,分别占 90.9%和 100%;IPMNs 男性多见,占 83.3%;SPTs 组平均年龄最低(19.2 ± 8.7)岁,IPMNs 组平均年龄最高(61.7 ± 7.5)岁;6 例合并胰腺炎者均为 IPMNs;血清 CEA 水平在恶性囊性肿瘤和 IPMNs 中较其病变增高。

增强 CT 是最常用的影像学检查(54 例, 87.1%),诊断完全符合者 23 例(42.6%);其中对胰腺假性囊肿的诊断正确率最高,为 81.8%,其次是对 IPMNs 的诊断,为 63.6%。术前常规行血清肿瘤标志

[基金项目] 国家自然科学基金资助(81272239);国家自然科学基金青年基金资助(81300351)

*通信作者(Corresponding author), E-mail: miaoyi@njmu.edu.cn

表1 胰腺囊性肿瘤患者临床资料

	SCNs(n=13)	IPMNs(n=12)	MCNs(n=11)	SPTs(n=5)	其他(n=3)	恶性囊性肿瘤(n=2)	P值
性别(男:女)	4:9	10:2	1:10	0:5	1:2	2:0	<0.001
年龄(岁)	53.4 ± 11.6	61.7 ± 7.5	46.0 ± 13.1	19.2 ± 8.7	61.0 ± 5.0	57.0 ± 24.0	4.9×10 ⁻⁷
胰腺炎病史(有:无)	0:13	6:6	0:11	0:5	0:3	0:2	0.003 [△]
CEA(μg/L)	2.0 ± 1.7	2.8 ± 1.9	1.8 ± 0.8	1.2 ± 0.5	3.0 ± 1.0	4.7 ± 2.7	0.053 [#]
CA199(kU/L)	11.16(3.87,62.34)	12.22(0.60,61.66)	11.25(0.69,19.76)	12.23(0.60,14.66)	32.80(20.18,94.67)	120.85(14.30,227.40)	0.103 [*]

年龄、CEA以指数 ± 标准差表示,CA以中位数(极值)表示。△:采用精确概率法;#:采用单因素 ANOVA; *:采用 Kruskal-Wallis 检验。

物检测,11例血清 CA19-9 和 5例血清 CEA 异常增高。

所有患者均接受手术治疗,包括胰腺切除手术 51例,其中保留器官切除手术 35例。手术方式包括胰十二指肠切除术 18例,其中保留幽门胰十二指肠切除术(PPPD)10例,1例联合假性囊肿-空肠 Roux-en-Y 内引流术;胰体尾切除术 15例,其中保留脾脏的胰体尾切除术 8例;胰腺假性囊肿内引流术 9例(假性囊肿-空肠内引流术 8例,假性囊肿-胃内引流术 1例);中段胰腺切除术 6例;肿瘤剝除术 7例;保留十二指肠的胰头切除术(Beger术)3例;全胰切除术 1例;保留中段的胰腺次全切除术 1例;坏死组织清除术 1例,淋巴结切除术 1例。平均手术时间 191 ± 74 min(60~365 min),中位术中失血量 200 ml(50 ml~1000 ml),9例术中输血(14.5%),平均输注红细胞 3.1 ± 1.2 U。器官保留的胰腺切除术较传统胰腺切除术而言,术中失血量少($P = 0.043$),手术时间和术中输血比例无显著差异($P = 0.084$ 和 0.186)。

病理结果最常见为 SCNs,共 13例(21.0%),其次是 IPMNs,共 12例(19.4%),MCNs 11例(17.7%),胰腺假性囊肿 11例(17.7%),5例 SPTs(8.1%),其他包括单纯性囊肿 2例,导管内乳头状黏液癌 1例,黏液腺癌 1例,浆液性乳头状囊腺瘤 1例,脂肪纤维结缔组织伴坏死 1例,胰腺结核 1例,神经内分泌肿瘤伴多发导管囊状扩张 1例,副脾伴血管瘤 1例,副脾伴脾脏表皮样囊肿 1例。

23例患者出现术后并发症,发生率为 37.1%。最常见的并发症为胰瘘,共发生 15例(24.2%),均为 B级胰瘘;术后出血 3例(4.8%),其他并发症包括腹腔感染 6例,胃排空延迟 1例,腹腔积液 1例,乳糜瘘 1例,败血症 1例,呼吸衰竭 1例。术后出血再手术 1例(1.6%),术后 30 d内无死亡病例。中位术后住院时间 11 d(7~38 d)。胰瘘、出血等主要并发症的定义和分级参考国际胰腺手术研究组相关标准^[2]。保留器官的胰腺切除术较传统手术总体并

发症发生率(51.4%对 25.0%)和胰瘘发生率(34.3%对 18.8%)增加,但无显著性差异($P = 0.077$ 和 0.333);各组间术后住院时间无显著性差异($P = 0.071$ 和 0.526)。

3 讨论

近年来胰腺囊性肿瘤的研究日益受到关注^[3-5],其术前评估及治疗模式有待进一步研究。术前诊断、制定合理的手术方案对外科医生尤为重要,如何选择合理的治疗方式亟待解决。

本组病例中,最常见的胰腺囊性占位分别是 SCNs(21.0%)、IPMNs(19.4%)、MCNs(17.7%)以及假性囊肿(17.7%);其中 1例患者为胰腺癌合并假性囊肿形成,导致延误治疗,应引起重视。患者性别和年龄对胰腺囊性肿瘤的鉴别诊断有一定意义,MCNs 和 SPTs 好发于女性,本组资料中比例分别为 90.9%和 100.0%,而 IPMNs 男性多见,比例为 83.3%;SPTs 的发病年龄最低(平均 19.2岁),IPMN 的发病年龄最高(平均 61.7岁)。

胰腺囊性肿瘤无特征性临床表现,本组患者中最常见症状为腹痛和腹部不适(59.6%),黄疸、体重减轻对诊断的意义不大。随着 CT、MRI 等影像检查的普及,更多无症状的胰腺囊性占位病变被偶然发现^[6],本组患者中体检发现约占 1/3。值得注意的是,IPMNs 患者中 50%有胰腺炎发作病史,有显著相关性($P = 0.003$),与相关文献研究符合^[7]。

术前的影像学检查对于胰腺囊性占位的诊断具有重要的意义,根据影像特点,结合内镜超声(EUS)、穿刺活检和囊液分析的结果,有助于判断胰腺囊性病变的性质。目前 CT 和 MRI/MRCP 仍是诊断胰腺囊性占位的主要方法^[1],诊断准确率在 56%~85%;MRI/MRCP 对于小的囊性占位(< 3 cm)诊断率高,对于与主胰管是否相通的判断优于 CT^[6]。本组病例术前 CT 检查诊断符合率为 42.6%,其中对假性囊肿诊断正确率最高(81.8%)。SCNs、MCNs 及分支型 IPMNs 的鉴别诊断通常较困难,有学者建议对于

4 cm 以下无法明确诊断的囊性占位,可参照分支型 IPMNs 的诊疗流程^[8]。CT 及 MRI/MRCP 检查需特别观察病变是否与主胰管相通、囊肿大小、其内有无强化的实质性成分及附壁结节、有无增厚或强化的囊壁等^[1]。本组资料影像学结果对于囊肿是否与主胰管相通比较关注,但对于囊内强化的实质性成分、附壁结节、主胰管直径等因素缺乏关注,今后需要改进。

血清肿瘤标志物对胰腺囊性占位的定性诊断意义有限,内镜超声引导下细针穿刺活检(EUS-FNA)与囊液肿瘤标志物分析相结合更有诊断价值,囊液中 CEA 异常增高对于黏液性肿瘤诊断有价值,对于鉴别良恶性病变有一定意义^[9-10]。

近年来随着对胰腺囊性病变的认识不断加深,治疗策略也有所改变^[1];同时伴随胰腺外科技术的不断进步,保留器官的胰腺切除术更多地应用于胰腺囊性占位的外科治疗中。本组病例中共施行胰腺切除手术 51 例,其中保留器官的手术 35 例,占 68.6%,包括 10 例保留幽门的胰十二指肠切除术、8 例保留脾脏的胰体尾切除术、6 例中段胰腺切除术、7 例肿瘤切除术、3 例保留十二指肠的胰头切除术以及 1 例保留中段的胰腺次全切除术。各种术式在手术时间和术中输血方面未显示出差异,但在术中出血方面,器官保留的胰腺切除术要少于传统切除手术($P = 0.043$);而在术后并发症(胰瘘、出血等)、术后住院时间等因素中无显著性差异,提示保留器官的胰腺切除术与传统手术相比,在手术安全性方面相当,而且较传统手术出血量少,对于术后长期胰腺内外分泌功能都有利。

本组资料显示常见胰腺囊性占位的种类、好发性别和年龄、临床特点等结果与现有文献相符。影像学检查对于囊性病变的诊断价值较大,但对于各型病变之间的鉴别诊断仍有一定困难,不断积累经验,同时结合囊液细胞学检查及肿瘤标志物应该可以改善结果。外科治疗策略方面,目前倾向于选择保留器官的胰腺切除术,其在手术安全性方面与传统手术相当,对患者远期的胰腺内外分泌功能的保护作用日益受到大家的认可,应成为胰腺囊性病变外科处理的标准术式。

[参考文献]

- [1] Del Chiaro M, Verbeke C, Salvia R, et al. European experts consensus statement on cystic tumours of the pancreas[J]. *Dig Liver Dis*, 2013, 45(9): 703-711
- [2] Wente MN, Bassi C, Dervenis C, et al. Delayed gastric emptying (DGE) after pancreatic surgery: a suggested definition by the International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS)[J]. *Surgery*, 2007, 142(5): 761-768
- [3] Kim JH, Eun HW, Kim KW, et al. Intraductal papillary mucinous neoplasms with associated invasive carcinoma of the pancreas: imaging findings and diagnostic performance of MDCT for prediction of prognostic factors [J]. *AJR Am J Roentgenol*, 2013, 201(3): 565-572
- [4] Hara T, Ikebe D, Odaka A, et al. Preoperative histological subtype classification of intraductal papillary mucinous neoplasms (IPMN) by pancreatic juice cytology with MUC stain[J]. *Ann Surg*, 2013, 257(6): 1103-1111
- [4] Correa-Gallego C, Do R, Lafemina J, et al. Predicting dysplasia and invasive carcinoma in intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas: Development of a Preoperative Nomogram [J]. *Ann Surg Oncol*, 2013, 20(3): 4347-4355
- [6] Sahani DV, Kambadakone A, Macari M, et al. Diagnosis and management of cystic pancreatic lesions[J]. *AJR Am J Roentgenol*, 2013, 200(2): 343-354
- [7] Winner M, Epelboym I, Remotti H, et al. Predictors of recurrence in intraductal papillary mucinous neoplasm: experience with 183 pancreatic resections[J]. *J Gastrointest Surg*, 2013; 17(9): 1618-1626
- [8] 徐青,唐金华,张也乐,等. 64 层螺旋 CT 胰腺灌注成像的初步应用 [J]. *南京医科大学学报: 自然科学版*, 2010, 30(9): 1369-1371
- [9] Cizginer S, Turner BG, Bilge AR, et al. Cyst fluid carcinoembryonic antigen is an accurate diagnostic marker of pancreatic mucinous cysts [J]. *Pancreas*, 2011, 40(7): 1024-1028
- [10] Park WG, Mascarenhas R, Palaez-Luna M, et al. Diagnostic performance of cyst fluid carcinoembryonic antigen and amylase in histologically confirmed pancreatic cysts [J]. *Pancreas*, 2011, 40(1): 42-45

[收稿日期] 2013-06-17