

文章编号:1005-6947(2008)03-0253-03

· 临床研究 ·

壶腹癌并病理性胆肠瘘的术前诊断和治疗: 附12例报告

杨永光, 李明意, 戴东, 许刚, 林满洲

(广东医学院附属医院 肝胆外科, 广东 湛江 524001)

摘要:目的 探讨壶腹癌并病理性胆肠瘘的临床表现,以提高其术前诊断率。方法 回顾性分析近9年间以壶腹部癌收治入院,术中诊断合并病理性胆肠瘘12例患者的临床资料。结果 所有患者术前临床无阻塞性黄疸的症状及体征。B型超声检查提示壶腹部占位并肝内外胆管扩张,胆囊萎缩,与周围组织粘连,轮廓不清。胆肠瘘均在术中确诊,胆囊十二指肠瘘7例,胆囊结肠瘘5例,瘘口直径为0.4~2.8 cm。4例行根治;8例姑息性手术。术后病理证实均为壶腹癌。结论 对于超声检查有上述发现的老年患者,若临床无阻塞性黄疸的表现,往往反映病理性胆肠瘘存在。

[中国普通外科杂志,2008,17(3):253-255]

关键词: 肝胰管壶腹肿瘤/外科学;胆肠瘘/诊断;黄疸,阻塞性

中图分类号:R 735.9

文献标识码:A

Ampullary carcinoma with pathologic cholecystointestinal fistula: a report of 12 cases

YANG Yongguang, LI Mingyi, DAI dong, XU gang, LIN Manzhou

(Department of Hepatobiliary Surgery, the Affiliated Hospital, Guangdong Medical College, Zhanjiang Guangdong 524001, China)

Abstract: Objective To discuss the clinical manifestations of ampullary carcinoma with pathologic cholecystointestinal fistula, so as to improve the rate of preoperative diagnosis. **Methods** The clinical data of 12 cases of ampullary carcinoma admitted to our hospital in recent nine years, and with cholecystointestinal fistula diagnosed at operation, were analyzed retrospectively. **Results** None of the patients had clinical manifestations of obstructive jaundice preoperatively. Ultrasonography suggested ampullary space occupying lesion with dilatation of extrahepatic and intrahepatic bile ducts, and atrophic gallbladder with indefinite outline and adherence of gallbladder to surrounding tissues in all the cases; the diagnosis of cholecystointestinal fistula was made during operation. There were 7 cases of cholecystoduodenal fistula and 5 cases of cholecystocolonic fistula. The fistula ranged from 0.4 to 2.8 cm in diameter. Four cases underwent radical operation and 8 cases had palliative surgery. Postoperative pathologic examination verified the diagnosis of ampullary carcinoma. **Conclusions** The above-mentioned ultrasonographic features in elderly patients with no manifestations of obstructive jaundice, usually indicate the presence of pathologic cholecystointestinal fistula.

[Chinese Journal of General Surgery, 2008, 17(3):253-255]

Key words: Ampulla of Vater Neoplasms/surg; Cholecystointestinal Fistula/daig; Jaundice, Obstructive

CLC number: R 735.9

Document code: A

收稿日期:2007-11-23; 修订日期:2008-02-10。

作者简介:杨永光,男,广东医学院附属医院住院医师,主要从事肝胆外科基础与临床方面的研究。

通讯作者:杨永光 E-mail:nmgyyg@yahoo.com.cn

病理性胆肠瘘是指肝外胆管系统和胃肠道之间形成的异常通道,临床少见。由于没有特异性临床表现,术前诊断极困难,大多数病人是在胆道手术过程中被发现。胆肠瘘的发生多与慢性胆囊炎、胆囊结石、及先天因素有关。我院1996年9月—2005年9月收治的12例壶腹部癌并病理性胆肠瘘患者,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男5例,女7例;年龄56~84(平均67)岁,病程2个月至1年,均为第一次入院。3例患者以“疲乏、消瘦3个月”入院;4例以“反复发热伴消瘦2个月”入院;另5例以“上腹隐痛不适、饱胀伴恶心1年”入院。12例均无畏寒发热,无肤、巩膜黄染,无小便色黄及大便颜色变浅或陶土样变等阻塞性黄疸的临床症状及体征。体查一般情况均较差,有恶液质表现。

1.2 辅助检查

生化检查:血总胆红素(160 ± 9.8) $\mu\text{mol/L}$,直接胆红素(134 ± 7.8) $\mu\text{mol/L}$,间接胆红素(25 ± 2.5) $\mu\text{mol/L}$;谷丙转氨酶(95.4 ± 2.8) U/L ,谷草转氨酶(110.5 ± 3.2) U/L ,碱性磷酸酶(365.7 ± 9.8) U/L ,白(清)蛋白(25.7 ± 1.8) g/L ,球蛋白(28.3 ± 2.1) g/L ,白/球蛋白倒置。B型超声均诊断为壶腹部占位,肝内、外胆管扩张,其中提示胆囊萎缩,壁增厚,囊内无胆汁充盈,胆囊与周围组织粘连,轮廓不清占58.3%(7例);合并胆囊结石者2例。术前均未诊断病理胆肠瘘存在。

2 治疗及结果

2.1 治疗方法

患者术前诊断为壶腹部肿瘤、慢性胆囊炎。均在全麻下行剖腹探查术,术中探查均发现肝外胆管扩张,直径(1.6~2.5)cm,胆管壁增厚;胆囊呈慢性炎症性改变,胆囊萎缩、壁增厚,胆囊与十二指肠、横结肠广泛粘连。胆肠瘘均在术中确诊,胆囊十二指肠瘘7例,胆囊结肠瘘5例,瘘口直径为0.4~2.8cm。术后病理证实均为壶腹部癌。4例行根治性胰十二指肠切除+结肠瘘口修补术(3例);8例姑息性手术:4例因肿块侵犯肠系膜血管无法分离,行胆囊切除+胆总管空肠Roux-en-Y吻合+十二指肠瘘口修补术,2例因肿瘤侵犯下腔静脉无法分离行胆囊十二指肠吻合+结肠瘘口修补术,2例因探查发现肿瘤压迫部分

十二指肠肠腔,患者恶液质明显行姑息性胆囊空肠Roux-en-Y吻合+胃空肠吻合+十二指肠瘘口修补术。

2.2 手术并发症及死亡

本组12例手术均顺利完成,患者术后给予静脉营养,抗感染,护肝及针对其他并发症治疗,未发生吻合口瘘,无手术死亡。胰十二指肠切除4例患者,腹腔引流管在术后7~10d拔除,平均术后住院日15d。行姑息性切除患者,术后1周拔管,平均住院10d。1例术后出现上消化道出血经保守治疗治愈。

2.3 随访

术后随访,行根治性手术4例患者,3例术后肿瘤转移,2年后死亡;1例2004年5月术后存活2年8个月于2007年1月因肺转移死亡;行姑息术患者,3例失访,其余术后5个月内因肿瘤转移合并多器官衰竭死亡。

3 讨论

病理性胆肠瘘大多是由结石所致的梗阻和感染引起,通常是胆系疾病多年存在的结果。临床病理性胆肠瘘以胆囊十二指肠瘘多见,其次是胆囊空肠瘘。由于胆肠瘘本身没有特异性症状和体征,常被原发病其它的表现所掩盖,易误诊,处理起来也相对困难^[1]。关于因壶腹部癌导致病理性胆肠瘘的临床报道更少,术前漏诊率极高。

病理性胆肠瘘为异常病理通道,常见的原因是胆囊结石合并胆囊炎。较少见因溃疡和医源性因素引起^[2]。笔者分析本组患者,结合术中探查结果,推测壶腹部癌并病理性胆肠瘘的发病机制是胆管下端完全或不完全性梗阻,使胆管内压力增高,导致胆囊壁反复水肿及血液循环障碍,引起胆囊炎,胆囊与邻近器官粘连,胆囊壁的炎症,加之胆囊结石嵌顿、压迫,最终导致局部坏死穿孔,与脏器相通而致,而发生病理性胆肠瘘。同时进一步增高的胆道压力,以及胆汁的不断侵蚀也促进了内瘘的形成。另外由于胆囊与十二指肠、结肠在解剖上的紧密靠近,又增大了胆肠瘘的发生机率。

病理性胆肠瘘临床表现复杂,术前诊断困难。文献报道为17%~75%^[3],本组12例均在术中探查确诊。笔者认为对以壶腹部癌收治入院的患者,下述几点可以提高病理性胆肠瘘术前诊断率。

第一,详询病史。本组患者入院前以腹痛、发热、不明原因消瘦等临床症状较为普遍,分别占42.7% (5例),33.3% (4例),58.3% (7例),但无皮肤、巩膜黄染等黄疸病史。笔者参阅文献结合本组病例认为患者既往存在以下病史提示病理性胆肠瘘的存在:(1)既往有腹痛、黄疸病史,后黄疸突然消失者;(2)在慢性胆囊炎病史基础上,出现肠梗阻、消化道出血等症状;(3)有长期慢性腹泻症状,尤其高脂餐后腹泻加重,一般治疗无好转者^[4];近期有不明原因消瘦病史。第二,影像学检查。腹部X线平片可见胆囊、胆道内积气。钡餐消化道x线检查可见钡餐反流入胆囊、胆管^[5]。此外,B型超声在胆肠瘘诊断中也有重要的价值,出现下列情况常提示胆肠瘘^[6]:(1)可发现胆囊萎缩,胆囊壁增厚,胆囊与周围组织粘连表现为胆囊轮廓不清,胆囊周围可见不规则强回声团,囊内胆汁少或无胆汁充盈;(2)胆石症,常见胆囊及肝外胆管内显示单个或多个可移动的强回声团伴声影;(3)胆管积气,常见肝外胆管扩张,胆管内有闪烁、活跃的气体点状强回声影,胆管大量积气时肝内胆管扩张常显示干树枝样声像图;(4)声像图显示胆囊体积随胃肠充盈而扩张;(5)声像图能显示瘘口为诊断胆管内瘘的直接征象。另外内镜和经口内镜逆行胰胆管造影(ERCP)可直接显示胆肠瘘^[7-8]。国内有学者报道应用腹腔镜检查胆肠瘘^[9]。

多数学者认为胆肠瘘病因没有解除,瘘口难以自愈。随时间延长,除出现胆石性肠梗阻、胆道出血、重症胆管炎、败血症、感染性休克等并发症外,还可诱发胆囊癌,所以应尽早诊断、治疗^[10]。胆肠瘘患者除无明确症状或症状较轻的年老体弱患者考虑非手术治疗外,多主张手术治疗,尤其是胆囊结肠内瘘^[11]。手术基本原则是切除病变胆囊、修补瘘口,并根据情况探查胆总管。

对于壶腹癌并病理性胆肠瘘患者的治疗,笔者主张除积极治疗壶腹癌外,还应治疗胆肠瘘。由于患者多数年龄偏高、病史较长,临床上常有恶液质等表现。手术应注意以下几点:(1)适当的术前准备。这种患者多数体质差,术前应给予营养支持治疗,除纠正贫血、低蛋白血症以提高患者的手术耐受力及外,还宜应用抗生素预防感染;对于胆囊结肠瘘的患者术前应做好肠道准备。(2)术中分离要仔细,因粘连紧密,解剖关系不清,操作时宜先易后难,逐层分离,避免损伤其他

脏器。要明确胆囊胆总管十二指肠瘘管的关系,再断瘘管,原则是“宁伤胆囊,不伤肠管”^[12]。(3)胆囊萎缩,剥离浆肌层十分困难时,可从胆囊底切开胆囊取出结石,找出瘘口,切除胆囊;也可先行胆囊部分切除,胆囊肝床部分可剔除黏膜。(4)对小的十二指肠瘘口缝合修补是安全的,对十二指肠瘘口较大者,若勉强单纯缝合修补则有发生肠漏的危险。对十二指肠瘘口直径>肠周径1/3以上者,在缝合修补后,用带蒂肝圆韧带固定加强或行十二指肠瘘口空肠Y型吻合是较为理想的处理方法。(5)结肠瘘口应作彻底修剪,切除瘢痕坏死组织,多可行I期缝合修补。若结肠瘘口大、水肿明显,可采用腹部另一切口,提出行修补段结肠外置,9~12d后再将外置结肠还纳腹腔,这样既增加安全性,又缩短了疗程。十二指肠或胃瘘口可行两层修补,若胆总管的管壁坏死缺如过多可行胆总管 Roux-en-Y 空肠吻合。

参考文献:

- [1] Caroli-Bosc FX, Ferrero JM, Grimaldi C, *et al.* Cholecystocolic fistula: from symptoms to diagnosis. *Gastroenterol Clin Biol* [J]. 1990, 14 (10): 767-770.
- [2] 陈霞, 陈掌珠. 原发性十二指肠恶性肿瘤43例并胆肠瘘3例临床分析[J]. *四川医学*, 2002, 23(1): 42-43.
- [3] 黄志强. 胆肠瘘. 当代胆道外科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1998. 321-328.
- [4] Rau WS, Matern S, Gerok W, *et al.* Spontaneous cholecystocolonic fistula: a model situation for bile acid diarrhea and fatty acid diarrhea as a consequence of a disturbed enterohepatic circulation of bile acids [J]. *Hepatogastroenterology*, 1980, 27(3): 231-237.
- [5] 秦贤举, 陈问谭, 张勇. 胆囊十二指肠瘘的诊断与治疗[J]. *中国普通外科学杂志*, 2003, 12(8): 600-602.
- [6] 罗晓明, 杨明潮, 陈其伟. 超声诊断胆囊结石胆肠瘘致结石性回肠梗阻1例[J]. *中国超声诊断杂志*, 2001, 2(9): 32-33.
- [7] 林栋, 张烈湖, 姜添荣. 胆总管十二指肠瘘ERCP诊断16例[J]. *福建医药杂志*, 2006, 28(1): 118-120.
- [8] 王小红, 黄介飞. 内镜对胆肠瘘的诊断价值[J]. *中华消化内镜杂志*, 2005, 22(4): 244-247.
- [9] 陶凯雄, 王国斌, 鲁发龙. 腹腔镜下胆肠瘘的诊疗探讨[J]. *中华消化内镜杂志*, 2006, 23(5): 337-338.
- [10] Corell PR, Garcia CR, Gibert GJ, *et al.* Porto-cholecystoduodenal fistula as an infrequent cause of upper gastrointestinal hemorrhage [J]. *Rev Esp Enferm Dig*, 1990, 78(4): 248-250.
- [12] 樊庆洋, 赵强, 宋国祥. 病理性胆肠瘘8例临床分析[J]. *肝胆胰外科杂志*, 2001, 1(1): 43-44.