



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2019.09.019  
http://dx.doi.org/10.7659/j.issn.1005-6947.2019.09.019  
Chinese Journal of General Surgery, 2019, 28(9):1156-1159.

· 简要论著 ·

## 胰腺结核误诊为胰腺肿瘤 1 例报告并文献复习

白锦峰, 陈章彬, 郭志唐, 王斌, 李潇, 滕毅山

(昆明医科大学第二附属医院 肝胆胰外科三病区, 云南昆明 650101)

### 摘要

**目的:** 探讨胰腺结核的临床特点及误诊原因。

**方法:** 回顾性分析收治误诊为胰腺肿瘤的胰腺结核患者 1 例的临床资料, 分析误诊原因并复习文献。

**结果:** 患者因反复上腹胀痛 10 余天入院, 既往无结核病史, 腹部增强 CT 及 MRI 提示胰头延展至肝门区实性占位, 考虑恶性肿瘤可能。行剖腹探查术见腹腔散在粟粒样多发小结节, 胰头至肝门触及质硬肿块, 手术切除肿物解除压迫, 术后病理结果示肉芽肿性炎, 考虑结核。遂行抗结核治疗半年后痊愈。

**结论:** 胰腺结核在临床上较为罕见, 极易与胰腺良恶性肿瘤相混淆, 常常造成误诊。详细的病史采集及肺外结核表现应引起重视, 加强对胰腺结核的认识, 才能提高诊断率。积极规范抗结核治疗, 可有效治愈, 改善预后。

### 关键词

结核, 胰腺 / 诊断; 误诊; 综述文献

中图分类号: R657.5

结核病是一种常见的系统性传染病, 近年来在我国其发病率逐渐上升。胰腺结核 (pancreatic tuberculosis, PTB) 在临床上较为罕见, 且症状与影像学表现缺乏特异性, 极易与胰腺良恶性肿瘤相混淆, 常常造成误诊, 致使患者遭受不必要的手术而延误对结核病的治疗<sup>[1]</sup>。现回顾性分析笔者收治的 1 例胰腺结核占位延伸至肝门区的患者的临床资料, 结合相关文献对其诊断治疗进行分析探讨, 加强对 PTB 的认识, 以期对减少 PTB 误诊误治有所帮助。

### 1 病例报告

患者 女, 23 岁。因“反复上腹胀痛 10 余天”入院, 患者 10 d 以来无明显诱因出现上腹部胀痛, 休息后可缓解, 无黄疸、乏力、盗汗、午后低热、消瘦等症状。既往体健, 无结核病史, 按时接种疫苗。体检: 腹软, 无压痛、反跳痛, 全身皮肤及巩膜无黄染, 浅表淋巴结无肿大。入院

后实验室指标示: 肝肾功、血常规等未见明显异常, 肿瘤标记物 CA125: 299.31 KU/L, 其余 CA19-9、CEA、AFP 等均无增高。门静脉、下腔静脉、肝动静脉 CT 增强示: (1) 肝门区至胰头颈部囊实性肿块, 多考虑胰腺来源, 实性假乳头状瘤可能; 病变包绕门静脉主干, 肝门区门脉主干狭窄, 周围侧支循环形成 (图 1); (2) 腹腔积液。肝胆胰脾 MRI+胆胰管水成像提示: (1) 肝门区 (门腔间隙内) 占位。性质考虑恶性, 恶性肿瘤并腹膜、肠系膜、腹腔内及腹膜后及心膈角淋巴结转移可能, 门静脉海绵样变, 多发侧支循环形成, 病灶部分包绕门静脉、肝总动脉、胆总管中下段及胰腺头部 (图 2); (2) 脾大; (3) 大量腹水。结合相关检查, 术前初步诊断: 胰腺占位 (实性假乳头状瘤? 原发性胰腺淋巴瘤?); 肝门部占位。因此拟行胰头、肝门部肿物切除术。术中见中等量淡黄色腹水, 第一肝门区、胆囊壁、十二指肠、胰头部可见散在粟粒样多发小结节, 肝门致胰头部触及质硬肿块, 继续探查空回肠、结肠及肠系膜表面、腹膜等均布满粟粒状结节 (图 3)。切下部分淋巴结及部分大网膜组织术中快速冷冻病理学检查。病理报告: 组织成肉芽肿性炎伴坏死, 结核可能。遂考虑腹腔结核伴脓肿形成, 沿肝十二指肠韧带行肿物切除术。术后切开肿物

收稿日期: 2019-01-18; 修订日期: 2019-08-16。

作者简介: 白锦峰, 昆明医科大学第二附属医院硕士研究生, 主要从事肝胆胰外科疾病诊治方面的研究。

通信作者: 滕毅山, Email: teng\_yishan@163.com

见白色脓液流出。病理检查示:肿物呈肉芽肿性炎,考虑结核(图4)。术后追查结核T细胞检验

和TB-DNA呈阳性,胰腺结核诊断明确。行抗结核治疗半年后结核病痊愈。



图1 ACT示胰头颈显示大小约6.3 cm×5.2 cm囊实性肿块,边界欠清



图2 MRI示病灶由胰头颈延伸至肝门部,包绕压迫门静脉主干、肝动脉、胆总管等



图3 术中可见大网膜满布粟粒样结节

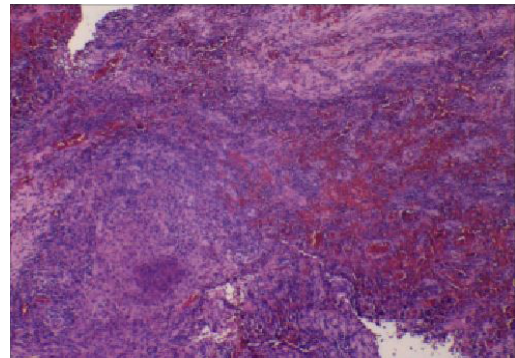


图4 病理示肉芽肿性炎,考虑结核病变

## 2 讨论

结核病是由结核分枝杆菌引起的慢性肉芽性感染。随着近年自身免疫性疾病的增加以及免疫抑制、糖皮质激素等频繁应用,结核病的发生率呈上升趋势<sup>[2]</sup>。然而,即使在结核流行地区,胰腺结核在临床上极为罕见<sup>[3]</sup>,由于胰酶对结核分枝杆菌这床有一定的干扰作用<sup>[4]</sup>,即使在侵犯全身的粟粒型结核中,胰腺也很少被累及。胰腺结核较多发于中青年,男女发病比例约1:1.3<sup>[5]</sup>。由于胰腺结核临床表现多样,特异性缺乏,患者常因发现胰腺实性或囊实性占位就诊,因此极易误诊为胰腺肿瘤等疾病<sup>[6-7]</sup>,本例报告即是如此。目前胰腺结核的感染途径尚不明确,可能通过腹腔邻近组织结核侵犯胰腺、肺部或其他脏器结核通过淋巴血液传至胰腺、结核杆菌通过食物携带进入十二指肠乳头感染胰腺或胰腺自身对结核毒素的免疫应答。其临床症状多种多样,可表现为上腹

部疼痛不适,梗阻性黄疸、区域性门脉高压<sup>[8]</sup>或全身中毒症状如低热、盗汗、乏力等。从腹部影像学上看胰腺结核与胰腺肿瘤较难区分,有文献报道示胰腺结核通过CT可表现为局部低密度组织肿块,呈块状,点状钙化灶,其点状钙化灶可认为是胰腺结核的主要表现,而软组织局灶性肿块伴有气体可视为结核脓肿形成的特征表现之一<sup>[9]</sup>;且CT可更准确地描绘胰周或腹膜后淋巴结及血管累及情况<sup>[10-11]</sup>。本例患者入院仅以腹痛为首发症状,无低热、盗汗等症状,体检无腹部包块。CT示肝门区至胰头颈部囊实性肿块,胰腺实性假乳头状瘤可能;病变包绕门静脉主干,肝门区门脉主干狭窄,周围侧支循环形成。从影像学表现还可看到腹腔多出淋巴结肿大,故未引起临床医生警觉而误诊为胰腺肿瘤或原发性胰腺淋巴瘤。相关文献报道,临床治疗过程中对于胰腺占位性病变诊断有异议时,为明确诊断,均有手术探查的必要<sup>[12]</sup>。另外,对于部分胰腺结核脓肿的患者,可及时手术

治疗引流,防止其继续扩大而使脾静脉受压,造成血栓形成甚至引起区域性门脉高压等并发症,另外手术治疗还可同时解决肠道、胆道梗阻等问题<sup>[13]</sup>。本例患者由于其压迫肝门区门脉,易出现门脉高压等并发症,故行手术治疗解除梗阻。术中触及结核性脓肿,沿肝十二指肠韧带切除肿物,解除对门静脉的压迫,探及腹腔满布粟粒状结节,遂结束手术。明确诊断后立即予以抗结核治疗(服用异烟肼、利福平、乙胺丁醇、吡嗪酰胺4个月,后改为服用异烟肼、利福平2个月),治疗结束后患者结核痊愈,门脉高压症消退。

目前大多数胰腺结核患者几乎都是在术中或术后才明确诊断。另外诊断潜伏性结核感染最常用的方法是结核菌素试验和干扰素- $\gamma$ 释放试验,然而这些测试可能会出现假阴性或假阳性结果,因此假阴性结果并不能排除结核可能<sup>[14-15]</sup>。本例患者并无结核病史,且无结核相关表现,故术前未行结核相关检查,直到术中查看腹腔满布粟粒状结节,行快速冷冻病理活检提示结核可能才考虑占位性病变为结核引起。更有甚者,在切除部分胰腺后才得以明确,给患者造成了不必要的手术打击,甚至造成结核杆菌扩散并延误结核治疗<sup>[16]</sup>。通过本例治疗及查阅相关文献,笔者认为若患者有下列情况,均应视胰腺结核为鉴别诊断之一:(1)既往有结核病史、有低热盗汗等相关结核中毒症状或其他部位有活动性结核者;(2)结核相关试验如T-SPOT(+)、 $\gamma$ 球蛋白增高、血沉增快等;(3)CA125在盆腔结核及伴有腹水肝硬化中也可升高<sup>[17]</sup>;(4)CT发现胰头肿大,病灶呈稍低密度影、增强后边缘明显强化,部分中央为干酪样坏死低密度灶,有的伴周围淋巴结肿大、钙化影等;(5)术中发现诊断有所怀疑者,应做术中快速冷冻病理检查作为术中依据。

胰腺结核的最终确诊有赖于病理活检和结核杆菌细菌学证据,若术前根据上述描述考虑胰腺结核可能,则可行B超或CT引导下经皮胰腺穿刺活检术或超声内镜下细针穿刺活检术(endoscopic ultrasonography-fine needle aspiration, EUS-FNA)进行术前诊断。但经皮胰腺穿刺术造成胰漏风险较高,且若患者为胰腺癌,则在穿刺过程中容易引起种植转移<sup>[18]</sup>。而对于EUS-FNA来说,由于其排除了肠腔气体等影响,以最近距离进行胰腺扫描并缩短穿针距离,大大提高了准确性,尤其在小病灶中准确率相对更高<sup>[19]</sup>,对于胰腺结

核的诊断是一种安全有效的方法<sup>[20]</sup>,使患者避免了不必要的手术。然而,目前鉴于EUS-FNA价格昂贵,且需要临床经验丰富的超声及病理医师等,临床上开展较少。

胰腺结核一般在予以规范抗结核治疗6~12个月后可痊愈。若形成腹腔结核脓肿,则需行脓肿切除引流术,若肿块较大压迫胆总管形成梗阻性黄疸,则可行胆总管空肠Roux-en-Y吻合术。本例患者结核脓肿沿胆总管至肝门部延伸,术中沿肝十二指肠韧带进行了完整剥离,解除了压迫。

总之,胰腺结核在临床上较为罕见,通常表现为胰腺包块或囊实性肿等,极易误诊为胰腺肿瘤。详细的病史采集及肺外结核表现应引起重视,综合考虑把胰腺结核作为鉴别诊断之一,才能提高胰腺结核的诊断率。超声内镜下胰腺穿刺可为胰腺结核的诊断提供可靠的证据,发现干酪样肉芽肿与抗酸杆菌可确诊结核。明确诊断后积极采取规范抗结核治疗,可有效治愈,改善预后。

#### 参考文献

- [1] Sharma V, Rana SS, Kumar A, et al. Pancreatic tuberculosis[J]. *J Gastroenterol Hepatol*, 2016, 31(2):310-318. doi: 10.1111/jgh.13174.
- [2] Sonthalia N, Ray S, Pal P, et al. Fine needle aspiration diagnosis of isolated pancreatic tuberculosis: A case report[J]. *World J Clin Cases*, 2013, 1(5):181-186. doi: 10.12998/wjcc.v1.i5.181.
- [3] Falkowski AL, Graber J, Haack HG, et al. Isolated pancreatic tuberculosis: a case report and radiological comparison with cystic pancreatic lesions[J]. *J Radiol Case Rep*, 2013, 7(1):1-11. doi: 10.3941/jrcr.v7i1.1292.
- [4] 杨燕楠, 刘军, 朱海杭. 胰腺及胰周淋巴结结核误诊病例分析[J]. *临床误诊误治*, 2016, 29(6):1-3. doi:10.3969/j.issn.1002-3429.2016.06.001.
- [5] Yang YN, Liu J, Zhu HH. Analysis of a misdiagnosed case of tuberculosis of pancreas and the surrounding lymph nodes[J]. *Clinical Misdiagnosis & Mistherapy*, 2016, 29(6):1-3. doi:10.3969/j.issn.1002-3429.2016.06.001.
- [5] 肖华, 张必翔, 陈孝平. 胰腺结核一例并文献复习[J]. *腹部外科*, 2012, 25(1):57-58. doi:10.3969/j.issn.1003-5591.2012.01.027.
- [5] Xiao H, Zhang BX, Chen XP. Pancreatic tuberculosis: A case report and review of literature[J]. *Journal of Abdominal Surgery*, 2012, 25(1):57-58. doi:10.3969/j.issn.1003-5591.2012.01.027.
- [6] 刘艳秋, 陈晶, 刘杰. 胰腺结核误诊为胰腺囊腺瘤1例报告[J]. *临床肝胆病杂志*, 2016, 32(5):944-945. doi:10.3969/j.issn.1001-

- 5256.2016.05.029.
- Liu YQ, Chen J, Liu J. Pancreatic tuberculosis misdiagnosed as pancreatic cystadenoma: a report of one case[J]. Journal of Clinical Hepatology, 2016, 32(5):944-945. doi:10.3969/j.issn.1001-5256.2016.05.029.
- [7] Soybir G, Fukuma E. Endoscopy Assisted Oncoplastic Breast Surgery (EA OBS)[J]. J Breast Health, 2015, 11(2):52-58. doi: 10.5152/tjbh.2015.2520.
- [8] 刘梅, 吴会超, 李倩. 腹腔结核合并区域性门静脉高压症1例[J]. 世界华人消化杂志, 2015, 23(18):3001-3004. doi: 10.11569/wcjd.v23.i18.3001.
- Liu M, Wu HC, Li Q. A case of abdominal tuberculosis with regional portal hypertension[J]. World Chinese Journal of Digestology, 2015, 23(18):3001-3004. doi: 10.11569/wcjd.v23.i18.3001.
- [9] 王屹, 杜湘珂. 胰腺结核的CT表现及鉴别诊断--附1例胰腺结核病例分析[J]. 中国医学影像技术, 2000, 16(1):79. doi:10.3321/j.issn:1003-3289.2000.01.055.
- Wang Y, Du XK. CT manifestations and differential diagnosis of pancreatic tuberculosis: analysis of a case of pancreatic tuberculosis[J]. Chinese Journal of Medical Imaging Technology, 2000, 16(1):79. doi:10.3321/j.issn:1003-3289.2000.01.055.
- [10] Lee WK, Van Tonder F, Tartaglia CJ, et al. CT appearances of abdominal tuberculosis[J]. Clin Radiol, 2012, 67(6):596-604. doi: 10.1016/j.crad.2011.11.003.
- [11] 梁宗辉, 窦娅芳, 唐颖, 等. 胰腺结核九例的MDCT特征和误诊分析[J]. 中华胰腺病杂志, 2011, 11(2):110-112. doi:10.3760/cma.j.issn.1674-1935.2011.02.011.
- Liang ZH, Dou YF, Tang Y, et al. Pancreatic tuberculosis: MDCT features and differential diagnosis[J]. Chinese Journal of Pancreatology, 2011, 11(2):110-112. doi:10.3760/cma.j.issn.1674-1935.2011.02.011.
- [12] 宋扬, 刘全达, 许小亚, 等. 胰腺结核13例诊治体会[J]. 局解手术学杂志, 2013, 22(4):388-390. doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201304017.
- Song Y, Liu QD, Xu XY, et al. Pancreatic tuberculosis: diagnosis and treatment of 13 cases[J]. Journal of Regional Anatomy and Operative Surgery, 2013, 22(4):388-390. doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201304017.
- [13] 严雪敏, 孙昊, 杨爱明. 胰腺结核的临床特点及诊断要点[J]. 协和医学杂志, 2015, 6(2):119-123. doi:10.3969/j.issn.1674-9081.2015.02.009.
- Yan XM, Sun H, Yang AM. Clinical Features and Diagnosis of Pancreatic Tuberculosis[J]. Medical Journal of Peking Union Medical College Hospital, 2015, 6(2):119-123. doi:10.3969/j.issn.1674-9081.2015.02.009.
- [14] Menzies D, Pai M, Comstock G. Meta-analysis: new tests for the diagnosis of latent tuberculosis infection: areas of uncertainty and recommendations for research[J]. Ann Intern Med, 2007, 146(5):340-354. doi: 10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00006.
- [15] Rehman A, Maliyakkal AM, Farfar KL, et al. An Unusual Cause of a Pancreatic Mass: Pancreatic Tuberculosis[J]. Cureus, 2019, 11(5):e4732. doi: 10.7759/cureus.4732.
- [16] Saluja SS, Ray S, Pal S, et al. Hepatobiliary and pancreatic tuberculosis: a two decade experience[J]. BMC Surg, 2007, 7:10. doi: 10.1186/1471-2482-7-10.
- [17] 张欣, 吴令英, 李晓江, 等. 盆腔良性肿物伴血清CA125水平升高的临床意义[J]. 中华妇产科杂志, 2005, 40(3):178-182. doi:10.3760/j.issn:0529-567X.2005.03.010.
- Zhang X, Wu LY, Li XJ, et al. Clinical analysis of benign pelvic mass with high serum levels of CA125[J]. Chinese Journal of Obstetrics and Gynecology, 2005, 40(3):178-182. doi:10.3760/j.issn:0529-567X.2005.03.010.
- [18] Turner BG, Cizginer S, Agarwal D, et al. Diagnosis of pancreatic neoplasia with EUS and FNA: a report of accuracy[J]. Gastrointest Endosc, 2010, 71(1):91-98. doi: 10.1016/j.gie.2009.06.017.
- [19] Puri R, Mangla R, Eloubeidi M, et al. Diagnostic yield of EUS-guided FNA and cytology in suspected tubercular intra-abdominal lymphadenopathy[J]. Gastrointest Endosc, 2012, 75(5):1005-1010. doi: 10.1016/j.gie.2011.12.032.
- [20] 潘振国, 许莹, 潘峰, 等. 超声内镜引导下穿刺诊断胰腺结核1例[J]. 世界华人消化杂志, 2015, 23(30):4927-4930. doi: 10.11569/wcjd.v23.i30.4927.
- Pan ZG, Xu Y, Pan F, et al. Endoscopic ultrasound guided fine needle aspiration for diagnosis of pancreatic tuberculosis: Report of one case[J]. World Chinese Journal of Digestology, 2015, 23(30):4927-4930. doi: 10.11569/wcjd.v23.i30.4927.

(本文编辑 姜晖)

**本文引用格式:** 白锦峰, 陈章彬, 郭志唐, 等. 胰腺结核误诊为胰腺肿瘤1例报告并文献复习[J]. 中国普通外科杂志, 2019, 28(9):1156-1159. doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2019.09.019

**Cite this article as:** Bai JF, Chen ZB, Guo ZT, et al. Pancreatic tuberculosis misdiagnosed as pancreatic tumor: a case report and review of literature[J]. Chin J Gen Surg, 2019, 28(9):1156-1159. doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2019.09.019