

文章编号:1005-6947(2007)07-0621-03

·胆道外科专题研究·

Bismuth IV型肝门部胆管癌的外科治疗

陈永标, 江艺, 张绍庚, 陈少华, 吕立志, 林华

(南京军区福州总医院 肝胆外科, 福建 福州 350025)

摘要:目的 探讨 Bismuth IV型肝门部胆管癌的外科治疗方法。方法 对近5年来经手术和病理确诊的22例 Bismuth IV型肝门部胆管癌患者的临床资料进行回顾性分析。结果 22例患者中,男13例,女9例,男女之比1.4:1。常规手术方法治疗16例(常规手术治疗组),包括手术切除5例(31.3%),其中根治性切除2例,姑息切除3例;内或外引流术11例。经典式原位肝移植术6例(肝移植组)。常规手术方法治疗组1,2年累积生存率分别为32.1%,0;肝移植组除1例术后11个月死于慢性排异反应外,余均健康存活,现已分别存活28,19,17,12个月和9个月,未见肿瘤复发和转移,术后1,2年累积生存率分别为80.0%(4/5),50.0%(1/2)。两组生存率比较差异有显著性($P=0.041$)。结论 Bismuth IV型肝门部胆管癌应行积极的外科治疗,其中根治性切除术是提高患者存活率的关键;常规手术无法根治切除者是原位肝移植的适应证,术后疗效满意。

[中国普通外科杂志,2007,16(7):621-623]

关键词: 胆管肿瘤/外科学; 肝门部胆管癌; 肝移植

中图分类号:R735.8

文献标识码:A

Surgical treatment for type IV hilar cholangiocarcinoma

CHEN Yong-biao, JIANG Yi, ZHANG Shao-geng, CHEN Shao-hua, LU Li-zhi, LIN Hua
(Department of Hepatobiliary Surgery, Fuzhou General Hospital of PLA, Nanjin Military Area, Fuzhou 350025, China)

Abstract: Objective To explore the surgical management in patients with Bismuth IV hilar cholangiocarcinoma.

Methods Retrospective study was used to analyze the clinical data with operative and pathologic diagnosis of Bismuth IV hilar cholangiocarcinoma in the recent five years. **Results** Of the 22 patients, there were 13 males and 9 females, with M:F = 1.4:1. In the group of non-liver transplantation (NLTX), 5 cases (31.3%) underwent resection (radical resection in 2 cases; palliative resection in 3 cases), and 11 cases had nonresectional internal or external drainage. In the liver transplantation group (LTX), the resection rate was 100% (6/6). Five LTX cases survived for 28, 19, 17, 12 and 9 months respectively, and one died from chronic rejection in 11 months after operation. In the NLTX group, the 1- and 2-yr survival rate was 32.1% and 0% respectively. The 1- and 2-yr survival rate of LTX was 80.0% (4/5) and 50.0% (1/2) respectively. There was significant difference between the two groups in average survival rate ($P=0.041$). **Conclusions** Aggressive surgical treatment should be adopted for Bismuth IV hilar cholangiocarcinoma, and radical resection is crucial to enhance survival rate. LTX is a good choice for the patients with unresectable Bismuth IV hilar cholangiocarcinoma and the prognosis is satisfactory.

[Chinese Journal of General Surgery, 2007, 16(7): 621-623]

Key words: Bile Duct Neoplasms/surg; Hilar Cholangiocarcinoma; Liver Transplantation

CLC number: R735.8

Document code: A

收稿日期:2007-06-27; 修订日期:2007-07-16。

作者简介:陈永标,男,福建长汀人,南京军区福州总医院主治医师,主要从事肝胆外科方面的研究。

通讯作者:江艺 E-mail:jiangyi@yahoo.com.cn

肝门部胆管癌解剖部位特殊,发现时多已晚期,手术难度大,其治疗一直是外科难题之一。尤其 Bismuth IV 型肝门部胆管癌,肿瘤侵犯肝总管、左右肝管甚至肝内胆管,外科治疗难度更大。我院 2002 年 1 月—2007 年 1 月采用不同手术方法治疗的 Bismuth IV 型肝门部胆管癌 22 例,报告如下。

1 临床资料

1.1 病例分组及一般资料

1.1.1 常规手术治疗组 16 例。男 9 例,女 7 例;平均年龄 54.5 (22 ~ 73) 岁。手术方式为:根治性切除 2 例,均在肝门区大血管骨骼化处理的基础上进行,联合左半肝切除;姑息性切除 3 例,术中及术后病理证实肝侧胆管有癌残留;内或外引流术 11 例中,行“桥式”内引流 4 例,“U”管外引流 3 例,“T”管外引流 2 例,“J”管内引流 2 例。

1.1.2 肝移植组 6 例。术前肝功能为 Child C 级 3 例, B 级 2 例, A 级 1 例。6 例经术前判断,术中探查均发现肿瘤难以用常规方法根治切除。6 例均采用经典同种异体原位肝移植术。供肝平均热缺血平均 4 (3 ~ 5) min,冷缺血时间平均 5 (4 ~ 6) h。术中供肝植入恢复血流前,静脉注射甲基强的松龙、环磷酰胺免疫抑制剂。胆道重建均行胆总管-空肠 Roux-en-Y 吻合术。术后常规用 FK506 和强的松为主的二联免疫抑制治疗方案。

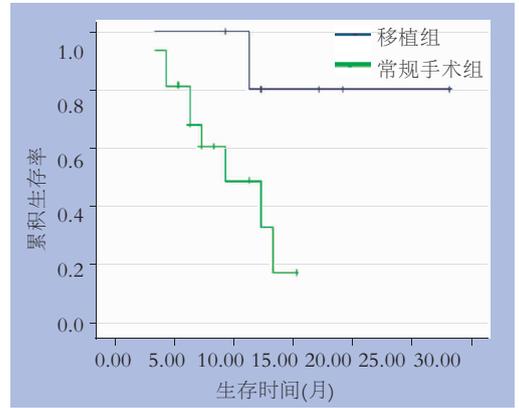
1.2 统计学方法

两组生存率比较应用 PEMS3.1 统计软件包行 Kaplan-Meier 生存率分析,并作 log-rank 检验。

2 结果

常规手术治疗组患者 16 例中,切除率和根治切除率分别为 31.3% (5/16) 和 12.5% (2/16)。术后并发胆漏 1 例,胆道感染 2 例,经治疗后好转,无围手术期死亡。存活 3 ~ 15 个月,术后 1,2 年累积生存率分别为 32.1%, 0。其中随访根治性切除术 2 例,分别生存 15 个月和 7 个月;姑息性切除术 3 例中位生存期 10.2 个月 (6 ~ 13 个月);非切除引流术存活 3 ~ 12 个月,中位生存期 7.5 个月。肝移植组 6 例,根治性切除率 100%,无近期并发症,术后 0.5 年发生胆管狭窄 1 例,经再次行狭窄段整形、肝总管-空肠 Roux-en-Y 吻合术治疗后胆道通畅。术后除 1 例 11 个月死于慢

性排异反应外,余均健康存活,现已分别存活 28, 19, 17, 12 个月和 9 个月,未见明确肿瘤复发和转移,术后 1,2 年累积生存率分别为 80.0% (4/5), 50.0% (1/2),与常规手术组比,差异有显著性 ($P = 0.041$) (附图)。



附图 两组累积生存率

3 讨论

Bismuth IV 型肝门部胆管癌,肿瘤侵犯肝总管、左右肝管及 II 级胆管开口,其位置高、范围广、肝脏侵犯及血管浸润常见,病情相对较晚,是否行外科手术治疗存在不同观点。随着现代外科技术水平的提高,尤其是肝移植技术的成熟和推广,为常规手术不能切除或根治切除的 Bismuth IV 型肝门部胆管癌找到一条有效的治疗方法。

根治性切除是肝门部胆管癌的首选治疗方法。国外报道根治性切除的 5 年生存率是 23% ~ 40%,手术死亡率为 2% ~ 12%。其标准是:第一,无肝内外转移,胆管近、远端切缘无瘤残余 (R0)。第二,肝十二指肠韧带骨骼化处理。肝门部胆管癌有黏膜下浸润的特点,所以主张远端应在近十二指肠上缘最低处横断胆总管。肝侧胆管断端至少应距肿瘤 0.5 cm 处,手术切缘镜下无瘤细胞残余^[1]。根据病变部位,按 Bismuth-Corlette 将肝门部胆管癌分为 4 型,能根治性切除的大部分为 I, II 型,对 Bismuth III, IV 型患者,常需联合左半肝、右半肝切除及尾状叶部分切除^[2]。既往对 Bismuth IV 型患者是否适合常规手术治疗问题存在争议,但近年的临床实践表明,有为数不少的 Bismuth IV 型患者通过常规手术实现了病灶完整切除,甚至是根治切除,其基本要点在于准确把握右侧 II 级胆管是否具备能够顺利完成 R0 的切除和

胆肠重建所需的条件^[3]。本组 Bismuth IV 型常规手术治疗 16 例患者中,有 2 例根治性切除均在肝门区大血管骨骼化处理的基础上进行,联合左半肝切除。由于手术切除范围大,1 例术后发生胆漏,给予引流治疗后治愈。2 例患者术后随访 15 个月和 7 个月均存活。Bismuth IV 型肝门部胆管癌肝内胆管侵犯位置高,常常术中估计已根治性切除的,术后病理证实肝侧胆管有癌残留,为此术中应进行冰冻切片检查。对确实无法行根治性切除的患者,可行姑息切除,本组有 3 例行姑息切除,术后随访中位生存期亦达 10.2 个月。

对不能切除的 Bismuth IV 型肝门部胆管癌,可行内外引流术以减轻症状,改善生活质量。通常肝门部胆管癌生长缓慢,远处转移较少,致死原因多由于长期的胆管梗阻,而不是肿瘤的转移^[4]。文献报告胆道引流可使患者生存期从 6.5 个月延长至 15 个月。引流有胆肠内引流,桥式内引流及 PTCD 外引流等。胆肠内引流由于肿瘤靠近肝门,肿瘤以上的肝外胆管可利用的较短,又由于吻合口距肿瘤近,很快会被肿瘤蔓延堵塞,一般不予提倡。但内引流术后患者生活比较方便,术后并发症少,又可避免外引流的胆汁丢失,故笔者认为桥式内引流是较为理想的引流方式,值得推广^[5]。

近年来随着肝移植技术的发展和成熟,终末期肝病行肝移植的远期疗效有了明显改善,但肝移植治疗肝门部胆管癌的价值仍有争议。主要原因是有限的供肝资源,良性肝病相对优异的移植疗效和术后胆管癌复发率等问题。由于 Bismuth IV 型肝门部胆管癌常规手术根治性切除率低,患者常合并有阻塞性黄疸、肝功较差,联合肝叶切除手术风险大。因此对无肝外转移的 Bismuth IV 型肝门部胆管癌,可考虑全肝切除、肝移植术。Meyer 等^[6]统计 1968—1997 年 Cincinnati 肿瘤移植登记数据库的资料,全球共有 207 例肝内、外胆管癌患者行肝移植治疗,84% 的患者在移植术后 2 年内肿瘤复发,1,3,5 年生存率分别为 72%,48% 和 23%。Robles 等^[7]报道肝门部胆管癌行肝移植治疗 36 例,1,5 年存活率分别为 82%,30%,远高于姑息性治疗。近年国外学者^[8-9]对肝门部胆管癌实施原位肝移植附加胰头、十二指肠切除(HPLT)的肝移植受者进行 5 年以上的长期随访

观察,发现肝移植受者 5 年生存率达 37%,且生活质量良好,远期疗效较常规根治切除为佳。说明部分肝门部胆管癌可作为肝移植的适应证。但肝移植术后复发率相对较高,应严格选择合适病例。本组 6 例 Bismuth IV 型肝门部胆管癌行原位肝移植术,术前 TNM 分期为 T₃N₀₋₁M₀,术后随访有较长期无瘤生存,且生活质量良好,与非移植治疗组相比生存率差异有统计学意义。因此,笔者认为,对难以用常规手术做到根治切除,术前肝功能较差,没有腹腔或远处转移的 Bismuth IV 型肝门部胆管癌,可考虑选择行肝移植术。术中尽可能低位切除胆管(术中冷冻切片检查)和相比邻的门静脉和肝动脉,从而以求达到根治的彻底性。胆管重建采用胆管-空肠 Roux-en-Y 吻合术,而尽量少用胆管端-端吻合术,主要是肝十二指肠韧带骨骼化清扫易致胆管壁缺血,导致吻合口狭窄。本组 6 例均为胆肠吻合术重建胆管。

参考文献:

- [1] SaKama E, Nimutao Y, Hayakawa, M, *et al*. The pattorn of infiltration the promal, border of bile duct carcinoma a histologic analysis of 62 resected cases [J]. *Ann Surg*, 1998, 227 (3) 405 - 441.
- [2] Nagino M, Nimura Y, Kamiga J, *et al*, Segmental Liver resections for hilar cholang carcinoma [J]. *Hepatogastroenterology*, 1998, 45 (19) 7 - 13.
- [3] 张永杰. 肝门部胆管癌外科治疗的术式选择及评价 [J]. *中国实用外科杂志*, 2007, 27 (5): 358 - 360.
- [4] 吕新生. 肝门部胆管癌的诊断和治疗 [J]. *中国普通外科杂志*, 2007, 16 (2): 161 - 166.
- [5] 陈永标, 张绍庚, 江艺, 等. 65 例肝门部胆管癌的外科治疗 [J]. *中国现代医学杂志*, 2006, 7 (2): 128 - 130.
- [6] Meyer CG, Penn I, James L. Liver transplantation for cholangiocarcinoma: results in 207 patients [J]. *Transplantation*, 2000, 69 (8): 1633 - 1637.
- [7] Robles R, Figueras J, Turrion VS, *et al*. Spanish experience in liver transplantation for hilar and peripheral cholangiocarcinoma [J]. *Ann Surg*, 2004, 239 (2): 265 - 271.
- [8] Neuhaus P, Jonas S. Surgery for hilar cholangiocarcinoma - the German experience [J]. *Hepatobiliary Pancreat Surg*, 2000, 7 (2): 142 - 147.
- [9] Neuhaus P, Jonas S, Bechstein WO, *et al*, Extend resections for hilar cholangiocarcinoma [J]. *Ann Surg*, 2003, 230 (6): 808 - 819.