论著

文章编号:1000-5404(2006)14-1514-03

肝癌合并胆管内癌栓的诊断与治疗效果

宋晓雪,谢 炜,孙安仁,傅 翔 (重庆市中山医院肝胆外科,重庆 400013)

提 要:目的 探讨原发性肝癌伴胆管癌栓的诊断与外科手术治疗效果。**方法** 回顾性分析原发性肝癌伴胆管癌栓11例,应用B超、CT、ERCP等影像学检查明确诊断,采用肝切除、胆管切开取栓等方法彻底清除胆管癌栓,术后行TACE治疗。**结果** 无手术死亡,肝癌切除+胆管取栓者9例,生存3~38个月,平均18.5个月。TACE+胆管取栓2例,生存时间分别为6个月和11个月。**结论** 对肝癌侵犯胆管形成癌栓者及时诊断,尽早切除肿瘤、清除癌栓是一种积极有效的治疗方法。

关键词:原发性肝癌;胆管癌栓;肝切除术

中图法分类号:R657.43;R730.56;R735.7 **文献标识码**:A

Diagnosis and surgical treatment of primary hepatocellular carcinoma with bile duct thrombi

SONG Xiao-xue, XIE Wei, SUN An-ren, FU Xiang (Department of Hepatobiliary Surgery, Chongqing Zhongshan Hospital, Chongqing 400013, China)

Abstract: Objective To evaluate the effect of surgical treatment for primary hepatocellular carcinoma (HCC) with bile duct thrombi (BDT). Methods Eleven cases were diagnosed as HCC with BDT by B ultrasound, CT, MRCP or ERCP. Hepatectomy and choledochotomy were performed, resecting the primary tumor and cleaning the BDT completely, followed with TACE. Results No patients died during operation. The survival time of 9 patients who received hepatectomy and BDT clearance ranged from 3 to 38 (average 18.5) months, and that of the other two patients received TACE and BDT clearance survived 6 and 11 months respectively. Conclusion Accurate diagnosis and radical hepatectomy with complete BDT clearance are effective treatment for HCC with BDT.

Key words: hepatocellular carcinoma; bile duct thrombi; hepatectomy

原发性肝细胞癌(hepatocellular carcinoma, HCC)侵犯门静脉形成门静脉癌栓(portal vein tumor thrombus, PVTT)在临床比较常见,而肝癌侵入肝内胆管支后向肝门方向发展、侵及对侧肝胆管和胆总管而导致阻塞性黄疸则是一种相对少见的现象,占肝癌总数的2%~9%。这也是肝胆外科领域的一个颇具挑战性的难题,诊治经验非常有限。而临床上明确癌栓部位和类型对治疗方式及手术范围的判定有重要意义,Ueda等[1]将其分为4型,上海东方肝胆外科医院进一步将其分为5型[2]。我院从1995年3月至2003年6月共收治原发性肝癌合并胆管内癌栓的患者11例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组共11例,其中男性8例,女性3例,年龄32~62岁,平均45.2岁。乙肝表面抗原(HBsAg)阳性者9例,占81.82%;丙肝抗体(HCV-Ab)阳性者1例;血清甲胎蛋白(AFP)>200 μg/L者4例,占36.36%,AFP<30 μg/L者5例,占45.45%。术前胆红素水平为28.2~520.3 μmol/L,平均244.31 μmol/L。Child-Pugh分级A级者4例,B级者7例。全组患者术前常规行B超、CT检查,行ERCP或MRCP检查者6例,PTC者1例。

1.2 术前及术后诊断

11例中,术前诊断肝癌伴胆管癌栓形成5例,胆总管结石伴急性胆管炎3例,胆总管肿瘤3例。病理诊断:肝细胞性肝癌9例,胆管细胞性肝癌2例。癌栓由癌细胞组成,其间混有红细胞。其中1例有血栓及大量红细胞。肝细胞性肝癌者癌

作者简介:宋晓雪(1961-),男,重庆市人,副主任医师,主要从事肝癌诊治方面的研究。电话:(023)63603920

收稿日期:2006-03-06;修回日期:2006-05-08

栓并不与胆管壁紧密黏连或侵犯胆管壁。本组 9 例伴有结节性肝硬化。

1.3　原发肿瘤与癌栓位置

原发肿瘤单个癌灶者 7 例，2 个及 2 个以上癌灶者 2 例，2 例术前未发现肝内原发灶。肿瘤直径≥5 cm 者 5 例，直径 <5 cm 者 6 例。癌栓位于左肝管 2 例，右肝管 2 例，左右肝管 2 例，右肝管 + 肝总管 1 例，左肝管 + 肝总管 2 例，肝门部胆管 + 左右肝管 2 例。

1.4　术式及术中处理

左半肝切除 + 胆总管切开取栓 2 例，左半肝切除 + 胆管断端取栓 2 例，Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ段切除 + 胆总管切开取栓 1 例，Ⅳ、Ⅴ段切除 + 胆总管切开取栓 1 例，Ⅴ段切除 + 胆总管切开取栓 1 例，右肝后叶切除 + 胆管断端取栓 2 例。2 例因弥漫性肝癌行术中肝动脉栓塞化疗（TACE）+ 胆道引流术。肝门阻断 10 ~ 30 min，平均 15 min，最多阻断 3 次，总阻断时间不超过 37 min。1 例因严重黄疸伴胆管炎，术前 2 周行十二指肠镜下胆道置管引流，后再行左半肝切除 + 胆总管切开取栓术。2 例在取栓中发生胆道出血，用肾上腺素盐水纱条填入患侧胆道压迫止血，其中 1 例加行肝动脉结扎。所有病例均行 T 管引流。

1.5　术后处理

术后行 TACE 6 例，最多 3 次，均于术后 2 个月内施行。术后 2 周 8 例行 T 管造影，胆道通畅拔管，3 例带管出院。2 例分别于术后 5、9 个月再次取栓。其中 1 例行 ERCP 胆道造影后镜下取栓放置支架，1 例再次手术切开胆总管取栓。

2　结果

全组病例均获随访。无手术死亡，术后 2 周 8 例黄疸降至正常水平，3 例仍有不同程度黄疸。术后 3 周，肝癌切除者中 3 例 AFP 降至正常，6 例有不同程度下降。肝癌切除 + 胆管取栓者 9 例，生存 3 ~ 38 个月，平均 18.5 个月。TACE + 胆管取栓 2 例，生存时间分别为 6 个月和 11 个月。其中，2 例左肝管癌栓行左半肝切除 + 胆管断端取栓，1 例术后 18 个月，另 1 例术后 25 个月，复发死亡。2 例左肝管至肝总管癌栓行左半肝切除 + 胆总管切开取栓，1 例术后 38 个月，另 1 例术后 24 个月，复发死亡。1 例左右肝管至肝门部胆管癌栓行Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ段切除 + 胆总管切开取栓，术后 9 个月，死于肝功能衰竭。1 例左右肝管至肝门部胆管癌栓行Ⅳ、Ⅴ段切除 + 胆总管切开取栓，术后 14 个月，复发死亡。2 例左右肝管癌栓行肝动脉栓塞化疗 + 胆道引流术，1 例术后 6 个月，另 1 例术后 11 个月，复发死亡。1 例右肝管至肝总管癌栓行Ⅴ段切除 + 胆总管切开取栓，术后 5 个月，复发死亡。2 例右肝管癌栓行右肝后叶切除 + 胆管断端取栓，1 例术后 3 个月，死于肝功能衰竭，另 1 例至今仍存活。

3　讨论

原发性肝癌伴黄疸临床比较常见，最主要的原因是肿瘤侵犯肝门压迫胆管所致，属肝癌晚期，长期以来肝癌伴黄疸一直是手术的相对禁忌证。随着影像技术的发展及临床治疗的进步，近年发现部分肝癌患者黄疸是由于癌栓阻塞胆道所致，如能切除肿瘤、清除癌栓再配合其他治疗，对缓解症状，提高生活质量，延长生命均有好处。

3.1　胆道癌栓的产生

目前认为原发性肝癌发生胆管癌栓导致阻塞性黄疸可能与下列途径有关[3]：①癌细胞直接侵入肝内胆管；②癌细胞侵入静脉或淋巴管逆行侵入肝管壁；③癌细胞沿着神经鞘的间隙侵入肝管壁。本组病例中发现，已侵入肝管壁之癌细胞向肝管腔内方向生长，呈息肉状突入肝管腔。癌栓多呈棕红色和灰白色，似烂肉，质易脆，可呈条索状或柱状，部分有蒂，癌栓可伴有血凝块，易从胆管壁剥出。癌栓切片显微镜检查其细胞形态与原发灶相似。

3.2　胆道癌栓的诊断

肝癌在肝内转移和扩散以血行为主。多数通过门静脉，侵入胆管引起癌栓的比较少见，虽然近年来报道日渐增多，但由于本病缺乏特异性的临床表现，现有的影像学检查有时尚不能检测出肝内的微小原发灶，易误诊为胆道结石、胆管癌和胆道出血等疾病。本组术前诊断符合率仅 45.45%，与文献[4]报道相仿。部分患者原有肝炎肝硬化病史，AFP 阴性的胆管细胞癌，临床表现有类似胆绞痛表现，都是导致误诊率高的重要因素。相当部分病例需经手术探查或尸体解剖行病理学检查后方能确诊，有些患者肝内原发癌很小，即使手术探查肝表面亦摸不到癌灶结节，常误诊为胆管癌。本组术前未发现癌灶 2 例。这类患者由于原发癌肿块小，癌栓又在肝内胆管呈局限性生长，缺乏梗阻性黄疸的典型表现，即使出现阻塞性黄疸也难以作出正确诊断。多被诊断为高位胆管癌或壶腹部癌。此外，本组术前确诊率低可能与对本病缺乏认识有关。本组有 2 例以胆绞痛伴寒战、高热、黄疸起病，误诊为胆管结石合并急性胆管炎。综合本组病例，B 超、CT 对本病有一定的诊断价值，但如果影像学检查未发现肝脏占位，而 AFP 异常增高，胆管扩张，应高度怀疑本病的可能，需进一步行 ERCP、PTC 及 MRCP 等检查以明确有无梗阻以及梗阻的部位和性质。对于术中发现胆总管内有异常赘生物，应送冰冻切片明确组织来源。

3.3　胆道癌栓的治疗

一般来说，原发性肝癌伴胆管癌栓形成属肝癌晚期的标志，治疗困难，预后差，以往多以内科保守治疗为主。近年来的研究表明若能获得合理的外科治疗，

部分患者仍有望取得较好的疗效，从而改善生活质量，延长生命[5]。我们认为，手术治疗的基本原则应为：①治疗原发病灶：尽可能行肿瘤所在部位的肝叶切除；②解除梗阻：尽可能清除胆管内的癌栓，并放置“T”管引流，如肿瘤与胆管黏连致密难以彻底清除，可切除胆管行胆管空肠吻合，必要时可使用胆道镜探查以全面了解受累胆道部位及范围；③综合治疗：对于肿块巨大，与大血管黏连实在无法切除，或者肿瘤多发不适应切除者可行单纯癌栓清除及“T”管引流，同时行肝固有动脉结扎或者TACE。术中亦可从胃网膜静脉内注射丝裂霉素、5-氟尿嘧啶化疗。术后待患者黄疸消退后再辅以全身化疗、放疗、中医中药以及免疫疗法。结合文献及本组病例，我们认为在允许的情况下，首选的治疗措施应是在肝内原发肿瘤切除的同时行胆道癌栓清除术。本组存活时间超过18个月的数例患者即采用此术式。

参考文献：

[1] UEDA M, TAKEUCHI T, TAKAYASU T, *et al*. Classification and surgical treatment of hepatocellular carcinoma (HCC) with bile duct thrombi. Hepatogastroen- terology[J]. Hepatogastroenterology, 1994, 41(4): 349-354.

[2] 姚晓平，周伟平，李爱军，等. 原发性肝癌伴胆管癌栓的诊断及治疗[J]. 外科理论与实践，2000，5(4)：238-240.

[3] HU J, PI Z, YU M Y, *et al*. Obstructive jaundice caused by tumor emboli from hepatocellular carcinoma[J]. Am Surg, 1999, 65(5): 406-410.

[4] MURATA K, SHIRAKI K, KAWAKITA T, *et al*. Hepatocellular carcinoma presenting with obstructive jaundice: a clinicopathological study of eight cases[J]. Hepatogastroenterology, 2003, 50(54): 2057-2060.

[5] YEH C N, JAN Y Y, LEE W C, *et al*. Hepatic resection for hepatocellular carcinoma with obstructive jaundice due to biliary tumor thrombi[J]. World J Surg, 2004, 28(5): 471-475.

（编辑　陈聪连）

个案与短篇

文章编号：1000-5404(2006)14-1516-01

膀胱侵袭性血管黏液瘤1例

刘家骧　（重庆市第三人民医院泌尿外科，永川 402160）

1　临床资料

患者，男性，36岁。因无痛性血尿1个月就诊入院。主诉1个月前无明显诱因出现全程血尿，含有少许血凝块。不伴尿痛、尿频、尿急，不伴腰痛、无畏寒发热。经抗感染等治疗，肉眼血尿停止，尿色仍呈深黄色，并反复出现肉眼血尿，均经对症处理后血尿停止。CT检查发现“膀胱包块”。入院查体示双肾未满意扪及，双肾区无叩痛，输尿管行径区无压痛，膀胱区无充盈，阴茎阴囊未见异常，直肠指检扪及直肠前壁有一包块，约6 cm×5 cm，质硬，边界较清楚。入院诊断：膀胱占位病变，行膀胱镜检查见膀胱内无结石、憩室，左侧输尿管开口喷尿清亮，膀胱右侧壁，距尿道内口约1 cm处见一新生物，呈菜花样，大小约7 cm×6 cm，基底不清。膀胱内有少许血凝块，用冲洗器冲洗出血凝块。用活检钳夹取新生物3块送病理检查，膀胱活检为血管纤维组织及大片坏死组织，未见黏膜上皮成分。KUB+IVU提示膀胱占位，考虑膀胱肿瘤。充分准备后在气管插管全麻下行手术治疗，术中见膀胱内无结石、憩室。双侧输尿管开口喷尿清亮。膀胱三角区右侧见一菜花状新生物，大小约6.5 cm×5.5 cm，基底显示不清，肿瘤边缘距尿道内口约1 cm。术中冰冻活检结果为恶性肿瘤，而行全膀胱切除术，回肠原位膀胱术。手术顺利，术中失血约800 ml，输液3 000 ml，输血1 200 ml。膀胱及新生物病理检查为膀胱侵袭性血管黏液瘤，术后1年复查无复发和转移。

2　讨论

侵袭性血管黏液瘤(aggressive angiomyxoma, AAM)是极为罕见的软组织肿瘤。1983年Steeper等[1]首次对其命名。侵袭性与复发性是其重要的临床特点。细胞遗传学研究表明认为，病变部位细胞染色体丢失与新生物形成有关。由于AAM无远处转移迹象，1994年WHO正式将其归类为软组织中的良性肿瘤。2003年WHO的肿瘤分类中又称其为深部血管黏液瘤(deep angiomyxoma)，但这一新的命名目前在国内外文献中尚未广泛采用。AAM常发生于育龄妇女，主要位于盆腔、阴道、外阴及臀底部等部位，外阴部位的AAM约占AAM的30%，呈缓慢、隐匿性、侵袭性生长，质地中等偏软，一般直径超过10 cm。报道中最大的1例为60 cm×20 cm，质量达5 000 g以上[2]。可以侵袭周围软组织、筋膜和肌肉，并可累及骨骼、膀胱和小肠。手术切除后具有很高的复发率，70%以上的病例均在术后1年内复发。有报道肿瘤切除后14年复发的1例[3]。在现有文献中，既无患者死亡记录，也无肿瘤远处和淋巴结转移

（下转1522页）

作者简介：刘家骧(1964-)，男，重庆市荣昌县人，主治医师，主要从事泌尿系肿瘤临床方面的研究。电话：(023)49871273

收稿日期：2006-04-26；修回日期：2006-06-05