胰腺结核 13 例诊治体会

宋 扬[1],刘全达[2],许小亚[2],周宁新[2] (1. 解放军总医院急诊科,北京 100853;2. 解放军第二炮兵总医院肝胆外科,北京 100088)

[摘 要] **目的** 分析胰腺结核的临床特征,以提高胰腺结核的诊断水平,并给予及时、正确的治疗。**方法** 回顾性分析 2001 年至 2008 年间诊治的 13 例胰腺结核患者的临床资料。**结果** 本组男 7 例,女 6 例,中位年龄 30 岁,既往有结核病史 4 例,胸片异常 3 例。主要临床表现为:腹痛或不适 8 例,腰背痛 5 例,腹部包块 4 例,发热 3 例,黄疸 3 例,体重下降 8 例。超声和 CT 显示胰腺实性和囊实性肿瘤分别为 8 例和 5 例,孤立性胰腺结核 6 例。根据临床表现确定诊断 1 例,对 8 例行超声引导细针穿刺抽吸(FNA)活检 11 次,确诊 5 例,FNA 的成功率为 45%,FNA 对胰腺结核患者的确诊率为 63%(5/8);另 7 例经手术活组织病理检查确定诊断。全部病例接受规范的抗结核治疗后治愈,随访期间无复发。**结论** 对年轻的胰腺占位性病变患者,怀疑胰腺结核的意识是提高诊断的关键,并进一步行超声引导下细针抽吸活检或术中活组织病理检查明确诊断。抗结核治疗能治愈胰腺结核,绝大部分病人可以避免手术干预。

[关键词] 胰腺疾病;结核;鉴别诊断;细针抽吸活检;治疗

[中图分类号] R525 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2013)04-0388-03

Pancreatic tuberculosis: diagnosis and treatment of 13 cases

SONG Yang, LIU Quan-da, XU Xiao-ya, ZHOU Ning-xin (Department of Emergency, General Hospital of PLA, Beijing 100853, China)

Abstract: Objective To analyze the clinical characteristics of pancreatic tuberculosis, the diagnostic level of pancreatic tuberculosis was improved. **Methods** The data of 13 cases with pancreatic tuberculosis from 2001 to 2008 in our hospital were retrospectively reviewed. **Results** Of 13 patients, the ratio of male to female was 7 : 6, the median age was 30. Four cases had history of tuberculosis, and 3 presented abnormal chest X-ray. The predominant symptoms consisted of abdominal pain or discomfort in 8(62%), lumbodorsal pain in 5(36%), abdominal masses in 4(31%), fever and night sweats in 3(23%), jaundice in 3(23%), and weight loss or anorexia in 8(62%). Abdominal ultrasound and computerized tomography (CT) revealed solid and cysto – solid tumors of pancreas respectively in 8 cases and 5 cases, as well as isolated pancreatic tuberculosis in 6 cases. One patient was diagnosed depending on clinical manifestations, 11 episodes of fine needle aspiration (FNA) were performed in 8 patients, and definite diagnosis was established in 5 cases, the rate of successful diagnosis by FNA was 63%. The other 7 patients obtained pathological confirmation by laparotomy or laparoscopic approach. All patients received regular antituberculous therapy, with no recurrence during follow – up period. **Conclusion** Suspicion of tuberculosis and pathological evidence through FNA or surgical exploration are important for young patients with pancreatic masses in accurate diagnosis. Pancreatic tuberculosis can be cured by anti-tuberculous chemotherapy, operative intervention should be reserved to establish diagnosis or to deal with associated complications.

Keywords: pancreatic disease; tuberculosis; differential diagnosis; fine needle aspiration; treatment

结核病仍然是 21 世纪严重危害人类健康的主要传染病之一。近 10 年来,结核病出现全球性恶化趋势,其发病率明显回升[1]。腹部结核病并不少见,多发生于回盲部、腹膜、肝脏和脾脏,但孤立性胰腺结核罕见。对粟粒型结核病尸检结果发现胰腺结核仅占 0.25 ~ 2.1%[2-4]。胰腺结核的术前诊断难度较大,与胰腺癌常很难鉴别[2-5]。我们于 2001 年 1 月至 2008 年 12 月期间诊治 13 例胰腺结核,误诊为胰腺肿瘤的比例高达 46%。现报告如下。

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201304017

[通讯作者] 刘全达,E-mail:liuquanda@sina.com

[收稿日期] 2013-01-22 [修回日期] 2013-02-21

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 13 例,其中男 7 例,女 6 例;年龄 27 ~ 62 岁,中位年龄 30 岁。既往有肺结核病史 4 例,无明确结核病史 9 例,常规 X 线检查提示胸片异常 3 例。主要临床表现为:腹痛或不适 8 例,腰背痛 5 例,腹部包块 4 例,发热/盗汗 3 例,轻 – 中度黄疸 3 例,体重下降、食欲减退 8 例,轻 – 中度贫血 7 例。

1.2 方法

1.2.1 影像学检查 13 例患者都接受腹部超声检查和 CT 扫描,影像学显示为孤立性胰腺肿瘤 6 例,合并胰周或肝门区域病灶、腹腔淋巴结肿大 7 例;病灶位于胰腺头颈部 9 例,体尾部 3 例,胰腺全程 1 例。所有患者中合并脾肿大 4 例,胆总管

扩张 3 例,胰管轻度扩张 1 例。

1.2.2 超声引导细针穿刺抽吸(fine needle aspiration,FNA)活检 共对 8 例行 FNA 活检 11 次。

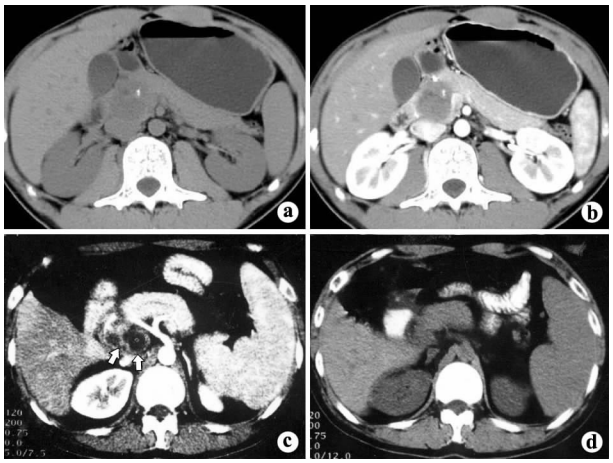
1.2.3 实验室检查 血沉(ESR)明显异常 2 例。5 例接受结核菌素试验和结核菌素纯蛋白衍生物试验,2 例强阳性。患者的血、尿淀粉酶和肿瘤标志物均正常。

1.2.4 治疗方法 7 例经手术治疗,手术方式为胃空肠吻合和胆肠吻合术 1 例,胰腺冷脓肿外引流术 1 例,病灶组织活检术 5 例。本组全部病例均接受 3 联药物抗结核治疗(口服异烟肼、利福平、乙胺丁醇、吡嗪酰胺 4 种中的任 3 种),规范化治疗持续 9 个月至 1 年。

2 结果

胰腺影像学检查无特异性表现,表现为胰腺实性肿瘤 8 例(图 1a、b)和囊实性肿瘤 5 例(图 1c)。超声显示胰腺不均质实性/囊实性弱回声包块,其内可伴有强光团回声及声影,Doppler 显示病灶无血流或少血流信号;超声对胰周或后腹膜肿大淋巴结显示较清楚。CT 显示病变处胰腺体积增大,多呈低密度实性、囊实性病变,偶可见斑片状钙化灶(图 1a),注射造影剂后肿瘤无强化,为乏血供表现,周围可有炎性晕圈,密度不均质,形态欠规则。

8 例行 FNA 检查,确诊 5 例,FNA 的诊断成功率为 45%(5/11),经 FNA 确诊率为 63%(5/8);1 例根据病史、临床表现、影像学资料并接受试验性治疗而确诊。FNA 未获得确诊的原因为标本组织偏少、未行结核菌染色检查或 FNA 获取液性组织涂片为阴性。另 7 例经手术活组织病理检查确定诊断,其中 5 例剖腹探查,2 例腹腔镜下活检。术前误诊 6 例(未考虑结核病),误诊率为 46%,其中包括 5 例孤立性胰腺结核误诊为胰腺癌或胰腺囊腺癌,1 例误诊为胆囊癌并胰腺转移。全部病例接受3联药物抗结核治疗期间行超声或CT随访、复查,随访



a:胰头钩突不规则低密度病灶,其内可见斑片状钙化点;b:增强后显示胰腺病灶无强化,密度欠均质;c:治疗前增强 CT 显示胰头增大,呈多囊实性样改变(箭头),囊壁厚薄不一,脾肿大,主胰管轻度扩张;d:病灶引流及抗结核治疗第 7 个月 CT 扫描显示胰头部病灶消失

图 1 腹部 CT 提示胰头占位性病变

1~6 年,全部病例均获得治愈(图 1d),随访期间无结核复发。

3 讨论

腹部结核病多发生于回盲部、腹膜、肝脏和脾脏,孤立性胰腺结核很少见。胰腺结核病例多来自卫生条件相对落后的贫穷国家或免疫功能受损的患者,如 AIDS、移植术后接受免疫抑制剂治疗等。胰腺结核感染的可能途径包括[2-5]:①多继发于肺部等常见结核部位的血行播散;②临近的肝、脾和腹腔内淋巴结结核破溃后直接侵及胰腺;③被结核分支杆菌污染食物经十二指肠乳头直接感染胰腺;④胰腺对体内结核分枝杆菌毒素的过敏反应或免疫应答,认为也可引起胰腺炎症、坏死。其中以胰周或腹腔淋巴结结核波及胰腺从而引起胰腺、胰周结核可能性最大[2]。

本组胰腺结核病例的临床表现无特异性,主要为腹痛和腰背痛、上腹部包块、体重下降和黄疸等,发热盗汗比例相对不高。与肺结核相比,胰腺结核表现复杂且不典型,包括腹痛、包块和胆道梗阻等慢性结核中毒以外症状。局部炎症继发脾静脉血栓形成后会引起区域性门静脉高压症,严重时可有上消化道出血、脾大[6];或者表现为对抗生素治疗无效的胰周脓肿[7];也可出现邻近脏器的压迫症状,如十二指肠受压发生腹胀、呕吐等上消化道梗阻症状,或胆总管受压导致梗阻性黄疸,主胰管出口受累及时致胰腺炎反复发作,此时与晚期胰腺恶性肿瘤的症状极其相似[2-5,8]。

无论是否为孤立性胰腺结核,都可将胰腺结核视为腹腔结核的一个亚型。由于胰腺结核影像学检查多显示为位于胰腺头部或头颈部的实性、囊实性及囊性包块,初期诊断困难,易误诊为胰腺癌、胰腺囊腺癌和胰腺囊腺瘤、假性囊肿等[2,5,9-10],早期鉴别诊断并不容易。但与胰腺癌相比,胰腺结核存在一定的临床特点。比如,胰腺结核多见于青壮年,本组中位年龄为 30 岁。而胰腺癌发病年龄偏大,平均年龄多大于 60 岁。影像学上胰腺癌可出现胰管破坏、胰管扩张,胰腺结核则相对少见,但胰腺病灶及周围引流淋巴结容易出现液化坏死。胰腺结核和胰腺囊腺瘤鉴别主要在于前者多有明确的腹腔淋巴结肿大,这些肿大淋巴结在 CT 检查表现为具有特异性的低密度,有时可见周围钙化或病灶内钙化斑块。胰腺结核与小的胰腺囊腺癌鉴别较难,后者 CT 扫描可见囊肿内厚薄不均的分隔结构以及囊壁瘤样结节,增强后有明显强化[5,9-10]。

胰腺占位病变患者如有胸片异常、血沉增快、结核菌素试验强阳性,可为胰腺结核诊断提供临床依据。但绝大部分腹部结核患者的胸片正常,70% 患者的结

核菌素试验可能阴性,因此常规的结核相关实验室检查通常无法明确胰腺病变性质[2]。B 超、CT 等能提示囊实性或实性不均质低密度肿块,边缘规则或不规则,壁厚薄不一,偶见钙化影,常有周围淋巴结肿大,且多呈低密度。但与胰腺囊腺癌或胰腺炎相比不具特异性,亦不能明确诊断[5,9-10]。

胰腺结核的确诊需依靠术前活检或手术探查获取的病理诊断[2,11-12]。术前超声、CT、内镜超声(EUS)引导下的细针抽吸活检以及抗酸杆菌(ABF)涂片有助于明确诊断,并可与胰腺恶性肿瘤鉴别[11-12]。但因操作失败或取材少导致病理假阴性等因素,FNA 对 50% 病例仍不能明确诊断[12],而多次 FNA 可能会提高诊断率。曾有报告 EUS-FNA 诊断成功率可达 76.2%(16/21)[11],本组对 8 例患者 11 次 FNA 的结果是 63%(5/8)的病例获得确诊。胰腺结核术前诊断率非常低,大部分需要手术从而获得病理诊断[2-5],分析其原因与术前诊断未考虑或怀疑胰腺结核有直接关系[2]。对部分高度怀疑但无法确诊的胰腺结核病例,给予抗结核药物的诊断性治疗也是一种可取和有效的方法。

因此,临床诊断中高度怀疑胰腺结核是提高诊断率的关键,尤其是对年轻的胰腺肿瘤患者。手术的目的是明确诊断、解决并发症。一旦术中确诊胰腺结核,若无胆道及胃肠道梗阻等合并症,即可终止手术。

[参考文献]

[1] Yang XY, Li YP, Mei YW, et al. Time and spatial distribution of multidrug-resistant tuberculosis among Chinese people, 1981 – 2006: a systematic review[J]. Int J Infect Dis, 2010, 14(10): e828 – e837.

[2] Liu Q, He Z, Bie P. Solitary pancreatic tuberculous abscess mimicking pancreatic cystadenocarcinoma: a case report[J]. BMC Gastroenterol, 2003, 3: 1.

[3] Weiss ES, Klein WM, Yeo CJ. Peripancreatic tuberculosis mimicking pancreatic neoplasia[J]. J Gastrointest Surg, 2005, 9(2): 254 – 262.

[4] Singh DK, Haider A, Tatke M, et al. Primary pancreatic tuberculosis masquerading as a pancreatic tumor leading to Whipple's pancreaticoduodenectomy. A case report and review of the literature[J]. JOP, 2009, 10(4): 451 – 456.

[5] Tan KK, Chen K, Liau KH, et al. Pancreatic tuberculosis mimicking pancreatic carcinoma: series of three cases[J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2009, 21(11): 1317 – 1319.

[6] 刘全达,周宁新,张文智,等. 区域性门静脉高压症的诊治[J]. 中华消化杂志, 2005, 23(3): 131 – 133.

[7] Fenkel JM, Spodik M, Singu BS, et al. Tubercular pancreatic abscess presenting as fever and cystic pancreatic lesion with endoscopic management[J]. Dig Dis Sci, 2010, 55(7): 2118 – 2120.

[8] Rana SS, Bhasin DK, Srinivasan R, et al. Distinctive endoscopic ultrasound features of isolated pancreatic tuberculosis and requirements for biliary stenting[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2012, 10(3): 323 – 325.

[9] To'o KJ, Raman SS, Yu NC, et al. Pancreatic and peripancreatic diseases mimicking primary pancreatic neoplasia[J]. Radiographics, 2005, 25(4): 949 – 965.

[10] Nagar AM, Raut AA, Morani AC, et al. Pancreatic tuberculosis: a clinical and imaging review of 32 cases[J]. J Comput Assist Tomogr, 2009, 33(1): 136 – 141.

[11] Song TJ, Lee SS, Park do H, et al. Yield of EUS-guided FNA on the diagnosis of pancreatic/peripancreatic tuberculosis[J]. Gastrointest Endosc, 2009, 69(3 Pt 1): 484 – 491.

[12] DCruz S, Sachdev A, Kaur L, et al. Fine needle aspiration diagnosis of isolated pancreatic tuberculosis. A case report and review of literature[J]. JOP, 2003, 4(4): 158 – 162.

(编辑:余汇洋)

(上接第 387 页)

2006, 49(5): 568 – 578.

[6] Schmidt CE, Bestmann B, Küchler T, et al. Prospective evaluation of quality of life of patients receiving either abdominoperineal resection or sphincter-preserving procedure for rectal cancer[J]. Ann Surg Oncol, 2005, 12(2): 117 – 123.

[7] Grumann MM, Noack EM, Hoffmann IA, et al. Comparison of quality of life in patients undergoing abdominoperineal extirpation or anterior resection for rectal cancer[J]. Ann Surg, 2001, 233(2): 149 – 156.

[8] Lewis WG, Martin IG, Williamson ME, et al. Why do some patients experience poor functional results after anterior resection of the rectum for carcinoma? [J]. Dis Colon Rectum, 1995, 38(3): 259 – 263.

[9] Jehle EC, Haehnel T, Starlinger MJ, et al. Level of the anastomosis does not influence functional outcome after anterior rectal resection for rectal cancer[J]. Am J Surg, 1995, 169(1): 147 – 152.

[10] Humphreys J, Lee KA, Carrieri-Kohlman V, et al. The UCSF School of nursing symptom management faculty group, the theory of symptom management[M]. 2nd edition. New York: Springer Publishing Company, 2008: 145 – 158.

[11] 梁天伟,卢永刚,孙 轶,等. 86 例超低位直肠癌保肛手术的临床分析[J]. 局解手术学杂志, 2011, 20(1): 30 – 31.

[12] 谢 畅. 直肠癌保肛术后吻合口瘘的护理研究[J]. 健康大视野, 2013, 21(1): 110.

[13] 杜丹凤. 低位直肠癌保肛术后吻合口瘘的护理[J]. 医学信息, 2012, 25(4): 168.

(编辑:魏 源)