维普资讯 http://www.cqvip.com

·综 述·

肝门部胆管癌的诊治进展

Diagnosis and treatment of hilar cholangiocarcinoma

马腾飞,孟 镔,卢 海,朱 飚,罗 旭,陈志祥 (安徽理工大学医学院临床外科应用解剖学教研室,安徽 淮南 232001)

[关键词] 胆管癌;肝门部;诊断;治疗
[中图分类号] R735.8 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)04-0269-02

肝门部胆管癌(hilar cholangiocarcinoma,HCC)是指原发于胆囊管开口以上的肝总管至左、右肝管部位的粘膜上皮癌。目前国内外对肝门部胆管癌病人仍然广泛采用Bismuth-Corlette分型,但还是缺乏统一的分类标准。肿瘤的分期作为判断肝门部胆管癌术后存活率的主要参考标准为人们广泛接受,但肝门部胆管癌临床分期的可操作性比较困难。肝门部胆管癌的临床表现较易识别,为临床诊断提供了有效依据。其诊断主要依靠影像学检查,检查的目的除了确诊是否为肝门部胆管癌以外,还需要提供有关手术方法选择和判断预后的证据。对肝门部胆管癌实施病灶整块切除,仍是现阶段最主要的确定性治疗手段。

1 临床分型与分期

临床分型通常采用的是Bismuth-Corlette分型法[1]:胆管癌局限于肝总管,左右肝管汇合部尚通畅的为Ⅰ型;胆管癌侵及汇合部并累及左右肝管开口时为Ⅱ型;胆管癌已侵入肝内一、二级胆管为Ⅲ型,其中Ⅲa型为胆管癌侵及右肝管,Ⅲb型为胆管癌侵及左肝管;Ⅳ型是左右一级胆管均被侵犯。这一分型很好地反映癌肿的解剖部位,为临床选择手术方式提供重要依据。国内学者发现一种来源肝内胆管的肝门部胆管癌,无法用Bismuth-Corlette分型法概括,因此他们在Bismuth-Corlette分Ⅳ型基础上,将源于肝内胆管的肝门部胆管癌定为Ⅴ型,即肿瘤自右肝管向肝外浸润生长者为Ⅴa型,源于左肝管的为Ⅴb型,其中以Ⅴb型较常见[2]。此外,根据肿瘤的大体形态可将肝门部胆管癌分为乳头型、结节型、硬化型和浸润型等4型。

国内目前还没有统一的胆管癌分期标准,根据临床常见的侵犯程度可分为五期。Ⅰ期:肿瘤仅局限于胆管壁内。Ⅱ期:肿瘤已浸润胆管壁。Ⅲ期:肿瘤已侵入胆管壁,并在局部淋巴结转移。Ⅳ期:肿瘤已浸润肝动脉或门静脉。Ⅴ期:肿瘤在肝脏或远处转移。

2 临床表现

肝门部胆管癌典型的临床表现为:进行性加重的无痛性黄疸,肝脏肿大,胆囊不肿大或萎陷,肝门部肿块。黄疸一般进展很快、很深,而不波动。病程较长的病人可有胆汁性肝硬化及门静脉高压的临床表现,以及持续的胸背部疼痛、恶心、呕吐、腹水等症状和体征。

3 影像学检查

影像学检查可为肝门部胆管癌的明确诊断、确定病变部位、了解病变的浸润范围及拟定治疗方案提供可靠的依据。主要有以下几种检查。

B型超声扫描以无创伤、可重复、简单、经济而成为梗阻性黄疸的首选检查方法。其优点是:①可显示肝内胆管扩张,肝外胆管和胆囊空虚;②扩张胆管远侧的管腔突然截断闭塞,并可发现中等或低回声的团块影;③可以明确肿瘤的部位及浸润范围;肿瘤与肝动脉和门静脉的关系,以及门静脉有无癌栓;④同时还可了解肝内有无转移及肝外淋巴结的转移情况。B超的不足之处是可受肥胖、肋弓遮盖、肠道气体以及操作者本身等因素影响。

CT扫描的图像比较清晰,不受肥胖、肠道气体和操作者的主观因素影响。CT能客观地显示肿瘤的部位和大小,肿瘤与周围组织的关系;显示肝叶的形态改变(肥大或萎缩),肿瘤与尾叶的关系;扩张的左、右肝管间连续性中断,能提供准确的梗阻水平及肝内胆管扩张征象。增强扫描可使组织结构更为清晰。螺旋CT可以获得人体解剖结构无间断的图像信息,将这种特殊的图像采集方法和静脉注射造影剂相结合,用多种图像处理方法显示血管影像。因此螺旋CT可以代替血管造影显示门静脉系统结构,了解门静脉系统的受累情况。

磁共振胆管成像(MRCP)与超声及CT比较有明显的优势[3]。①具有非侵入性、无创性、无放射性、无需对比、病人易接受;②可以清楚的显示整个胆管的情况,对临床分期和术前评估更准确;③安全,无并发症;④不能行经内镜逆行胰胆管造影(ERCP)检查或ERCP检查失败者可行MRCP检查;⑤可以指导经皮经肝穿刺胆道引流(PTCD)和胆管内支架放置的位置。肝门部胆管癌MRCP主要表现为肝总管、左右肝管起始部胆管壁不规则增厚、狭窄、中断或腔内充盈缺损;肝门软组织肿块,向腔内或腔外生长,边界欠清晰,T1加权呈相对低信号,T2加权呈相对高信号;肿瘤上方肝管呈软藤状扩张,肿瘤下方胆总管正常,并可显示胆囊管和胰管情况。如有肝门部淋巴结转移,CT和MRI表现为肝门部肿块,而MRCP表现为左右肝管受

[收稿日期] 2008-02-15 [修回日期] 2008-05-10

维普资讯 http://www.cqvip.com

压变窄或被破坏。如有肝内转移可见散在低信号影。

经皮经肝穿刺胆道造影(PTC)能详尽显示肝内胆管形态,直接显示并明确肿瘤的部位,肿瘤累及肝管的范围,肿瘤与肝管汇合部的关系。但它是一种侵袭性检查,有引起出血、胆漏、胆道感染和气胸的可能,其并发症发生率为1%~7%。同时PTC只能显示梗阻上方扩张的胆道,对Ⅳ型肝门部胆管癌必须分别行左右叶穿刺造影,方能全面显示扩张的胆管及梗阻部位,而且这更加大了并发症的风险,并且放置PTCD减少黄疸也是有争议的措施,还有经此管引起癌转移的风险[4-5]。

经内镜逆行胰胆管造影(ERCP)能显示肿瘤的下界及梗阻以下的胆道情况,如同时行PTC和ERCP,则可以相互补充,完整地显示肿瘤上下缘,对判断肿瘤大小、范围和决定手术方案具有重要意义。有B超、CT、MRI和MRCP都不能比拟的准确和清晰显像,是可靠实用的检查方法。ERCP最致命的并发症是造影可引起上行性感染诱发急性胆管炎、感染中毒性休克或多发性肝脓肿[6],给治疗带来困难,甚至失去手术的时机。随着CT、MRI、MRCP和超声技术的发展及普及,现在已基本不用PTC或PTCD,ERCP也因其致命的并发症很少被使用。

4 实验室检查

肿瘤相关抗原检测,对胆管癌诊断价值较高的有:①胆管癌相关抗原(CCRA)是从人胆管癌组织中提取出来的抗原,其血清检测敏感性为77.8%,特异性为72.5%~91.0%。与其它消化道肿瘤具有显著的鉴别诊断价值,对鉴别胆道良恶性疾病有重要意义。②CEA,在胆管癌病人的胆汁、血清中均存在,胆汁中CEA大于10 μg/L有诊断意义。③CA1929,血清中CA1929在梗阻性黄疸时亦可升高,但解除梗阻后则降至正常。而胆管癌病人则高居不下,其阳性率可达72%。

5 治疗

目前治疗肝门部胆管癌的方法繁多,有手术切除、化疗、放疗、免疫疗法、生物治疗、中草药治疗和介入治疗,但最有效的方法仍为手术切除。

肝门部胆管癌一经确诊,手术应作为首选的治疗方法。需进行详细的术前评估,以确定根治性手术的可行性和切除范围。术前评估的内容包括:①明确肝内胆管侵犯的范围;②肿瘤与肝门部血管的关系;③了解胆管癌的下限;④术前是否行胆管引流。

随着影像诊断技术和手术技术的进步,胆管癌根治性切除术的切除率有明显的提高,可达64%[7]。根治性切除手术包括肝外胆道切除、肝十二指肠韧带上血管"骨骼化"、广泛切除十二指肠韧带上的纤维脂肪组织、神经、淋巴,必要时切除一侧肝叶,重建肝管空肠吻合。肝门部胆管癌多有尾状叶浸润,侵犯汇合部或左、右肝管者均须切除尾状叶,是否合并尾状叶切除是影响肝门部胆管癌患者长期生存的主要相关因素之一。Nagino等[8]主张肝段切除加尾叶切除进行治疗,报道193例,其行肿瘤切除138例,其中124例合并肝段及尾叶切除,合并门静脉切除41例,并肝胰十二指肠切除16例;其住院病死率9.9%,治愈切除97例,3年存活率为42.7%,5年存活率为25.8%。认为在正确的术前评估的基础上积极行肝切除可以改善预后。

姑息性手术包括:肝内胆管空肠吻合术、置管外引流术、胆管支架内引流术等。①肝内胆管空肠吻合术,由于肝门部胆管癌梗阻平面高,Ⅱ、Ⅲ级胆管口径小,管壁薄,易撕裂,胆道重建术后可能出现反流性胆管炎、胆道出血、胆漏、肠漏、腹腔感染等情况,对手术操作技术要求甚高[9-10]。目前,胆管-空肠Roux-en-Y的重建术仍是最常用的,为了防止术后再狭窄,当吻合口直径小于1.0 cm时放置支撑管[11]。②置管外引流术,一般在术中探查证实肿瘤难以切除,常在直视下梗阻近端胆管切开,放置引流管引出体外。一般认为,肝门部胆管癌单纯的外引流术后管理较内引流或导管支架内引流术容易,病人发生胆管炎的机会少,但单纯外引流术常给病人造成生活不便和增加心里负担。③胆管支架内引流术,该方法是微创性治疗方法之一。应用介入放射学技术,通过PTC或ERCP将导丝送入肝内胆管或胆总管,并使其通过肿瘤占据的狭窄部位,再沿导丝将胆道内支架输送器送至狭窄部位远端,然后选择合适可展性支架通过支架输送器置入胆道狭窄部位。置入后约两周,胆道粘膜逐渐覆盖支架,保持其稳定性和持续性张力,引流效果较好,胆汁不丢失。由于是微创技术,故减轻了病人心里负担,方便了病人的日常生活和工作,缩短了住院时间,从而提高了病人的生存质量。

[参考文献]

[1] Bismuth H, Nakache R, Diamond T. Management strategies in resection for hilar cholangiocarcinoma[J]. Ann Surg, 1992,215(1):31-38.

[2] 周宁新,黄志强,冯玉泉,等.肝门部胆管癌103例外科治疗远期疗效的评析[J].中华外科杂志,1997,35(11):649-653.

[3] Stroszczynski C, Hunerbein M. Malignant biliary obstruction: value of imaging findings[J]. Abdom Imaging, 2005,30(3):314-323.

[4] Sakata J, Shirai Y, Wakai T, et al. Catheter tract implantation metastases associated with percutaneous biliary drainage for extrahepatic cholangiocarcinoma[J]. World J Gastroenterol, 2005,11(44):7024-7027.

[5] 何 芳,廖国庆,张光全.B超引导下应用PTCD治疗胆道梗阻23例临床分析[J].局解手术学杂志,2006,15(3):171-172.

[6] Christensen M, Matzen P, Schulze S, et al. Complications of ERCP: a prospective study [J]. Gastrointest Endosc, 2004,60(5):721-731.

[7] Nimura Y, Hayakawi N, Kamiya J, et al. Hepatectomy for hilar bile duct cancer[J]. Asian J Surg, 1996,19:94-100.

[8] Nagino M, Nimura Y, Kamiya J, et al. Segmental liver resection for hilar cholangiocarcinoma[J]. Hepatogastroenterology, 1998,45(19):7-13.

[9] 韩顺昌,景永军.32例胆道手术中胆道下段探查体会[J].局解手术学杂志,2007,16(5):365-366.

[10] 黄 磊,孟 镔,蒋德华,等.40例医源性胆道损伤的临床外科分析[J].局解手术学杂志,2008,17(2):103.

[11] 刘颖斌,彭淑牖.胆肠吻合术后再次或多次手术的原因和处理[J].中国实用外科杂志,2006,26(3):165-167.

(编辑:余汇洋)