胰腺假性囊肿伴类癌1例

毛大力[1]，刘明强[2] （1.犍为县孝姑中心卫生院，四川 犍为 614405；2.犍为县第二人民医院，四川 犍为 614400）

[关键词] 胰腺囊肿；类癌；肿瘤
[中图分类号] R657.52 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)04-0280-01

胰腺类癌是一种极为少见的胰腺低度恶性肿瘤，胰腺假性囊肿伴类癌更是罕见。我院2006年收治1例胰腺假性囊肿伴类癌，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者，男，29岁，因上腹疼痛2年余于2006年4月6日入院。入院前2年患者无明显诱因出现上腹疼痛，以剑突下为主，呈持续性隐痛，无恶心、呕吐、发热、畏寒、反酸、嗳气，无皮肤粘膜及巩膜黄染。腹痛反复发作，渐感反酸、嗳气，胃镜检查提示胆汁反流性胃炎。B超诊断为胰腺囊性占位，未作治疗。

1.2 手术方法

入院后在全麻下行剖腹探查，术中见腹腔内无腹水，胰腺体尾部紧邻两处囊性病变，直径分别为4.5 cm和3.5 cm，囊壁厚0.3～0.5 cm，均匀一致，囊腔内为淡黄色微浊液体，内壁基本平滑，未见结节状肿物，可见内壁靠胰尾处有一0.4 cm开口于主胰管，靠胰体处于另一囊腔分隔上可见长约0.8 cm裂隙与胰尾处囊腔相通，切开分隔探查靠胰体侧囊腔无特殊发现。探查胰腺组织质地正常，其余脏器未见异常肿块，无明显肿大淋巴结。取下部分囊壁送病检，囊肿与空肠吻合。

2 结果

病理检查冰冻切片示送检囊壁组织为纤维组织伴慢性炎症及陈旧性出血；石蜡切片示部分囊壁组织内有类癌成分（低度恶性）。术后输液抗感染、止血等治疗2周后患者治愈出院，B超随访1年未见胰腺异常。

3 讨论

类癌是一组生长缓慢、低度恶性的肿瘤，比较少见，占全部恶性肿瘤的0.05%～0.2%，可发生于任何年龄，男性多见，胰腺假性囊肿伴类癌更罕见[1]。类癌多起源于胃肠道嗜银细胞，可分泌某些血管活性物质，如5－羟色胺（5-HT）、缓激肽、组胺及儿茶酚胺等。如果肿瘤释放大量的5-羟色胺、或肝功能有损害而未能灭活5－羟色胺，可发生类癌综合征，表现为间歇发作性面部潮红、腹痛、腹泻、心悸、气促、哮喘、肢体发麻等，严重者出现休克、紫绀、四肢厥冷、血压下降甚至呼吸停止。胰腺类癌出现综合征仅为34%，本例患者肿瘤小，肝功能正常，术前、术后未出现类癌综合征[2-3]。典型的胃肠道类癌瘤体常为黄色或灰色粘膜下结节样肿块，单发或多发，粘膜表面完整，其形态不一，有结节状、息肉样或环状等表现。胰腺类癌切面灰黄色，边界清楚，无完整包膜。本例患者为术后病理检查时偶然发现，对其形态、大小不明。

类癌一直是通过测量24 h血清素代谢产物5－羟吲哚乙酸（5-HIAA）来诊断，国外研究认为测定血清素水平比尿5-HIAA水平更为敏感。生长抑素闪烁扫描或奥曲肽闪烁扫描对类癌的定位有价值。近年来，计算机断层扫描最常用来诊断类癌及其转移。由于内镜结合活检技术的发展，很多类癌在早期被检出，内镜超声扫描不仅可以用来诊断类癌，还可评估类癌的浸润程度及是否有淋巴结转移[4]。

类癌的治疗以手术治疗最为有效，手术治疗原则是肿瘤小于2 cm、未浸及肌层、无淋巴结转移者可行局部切除；小于1.0 cm者可电灼切除；大于2.0 cm、浸及肌层或浆膜、伴淋巴结转移者，应行根治性切除；肿瘤过大、有压迫、梗阻或出血者，如原发肿瘤不能切除，可行姑息性切除术或行捷径手术；合并类癌综合征者应尽可能切除原发灶，伴肝转移者在切除原发灶的同时，可行肝叶切除或行肝动脉结扎、插管或介入栓塞治疗。类癌生长缓慢，病程较长，预后好。本例患者因于病检时发现，术时未发现其他病灶，切除不完整，虽随访1年多无异常，可能还有潜在病灶，应长期随访，一旦复发应再次手术。

[参考文献]

[1] 宫晓谦，王在永，刘德若. 典型类癌和不典型类癌的研究[J]. 中日友好医院学报，2006 20(2)：116－118.
[2] 何天霖，周颖奇，徐 斌，等. 胰腺类癌的临床分析[J]. 罕少见病杂志，2003，10(1)：18－20.
[3] 李建国，杨志伟. 消化道类癌的国内外研究进展[J]. 黑龙江医学，2003，27(3)：182－183.
[4] 洪 勇，曹 杰. 消化道类癌的诊治进展[J]. 实用癌症杂志，2004，19(5)：558－560.

（编辑：蒋登金）

[收稿日期] 2009-04-10 [修回日期] 2009-05-13

《局解手术学杂志》投稿电子信箱：jjssxzz@yahoo.com.cn