

· 短篇论著 ·

胰腺结核合并梗阻性黄疸1例并文献复习

陈小荣 曹爱红*

徐州医科大学第二附属医院影像中心 (江苏 徐州 221006)

【摘要】目的 通过报道1例胰头结核误诊为恶性肿瘤的病例结合文献复习,探讨胰腺结核的临床特点、影像学表现,以提高对该病的认知和诊断水平。**方法** 分析1例胰头结核患者的临床资料、诊断过程并结合相关文献进行检讨分析。**结果** 该例被误诊为胰头恶性肿瘤,最终行胰十二指肠切除术。**结论** 胰腺结核是一种临床罕见疾病,症状及影像学表现缺乏特异性,鉴别诊断困难,对于年轻的梗阻性黄疸患者,尤其不伴有肿瘤标志物升高的孤立胰腺占位,应把胰腺结核考虑在内,完善相关实验室检查,在术前可通过穿刺活检帮助鉴别诊断;患者经过及时、正规的抗结核治疗多能获得良好的疗效。

【关键词】 胰腺结核; 胰腺肿瘤; 误诊

【中图分类号】 R735.9

【文献标识码】 A

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2022.09.002

A Case of Pancreatic Tuberculosis Complicated with Obstructive Jaundice and Literature Review

CHEN Xiao Rong, CAO Ai Hong*

Department of Radiology, Xuzhou Medical University Second Affiliated Hospital, Xuzhou 221006, Jiangsu Province, China

Abstract: Objective By reporting a case of pancreatic head tuberculosis misdiagnosed as malignant tumor and reviewing the literature, to explore the clinical characteristics and imaging manifestations of pancreatic tuberculosis, so as to improve the knowledge and diagnosis of the disease. **Methods** Analyze the clinical data and diagnosis process of a patient with pancreatic head tuberculosis, and conduct a review and analysis in conjunction with relevant literature. **Results** This case was misdiagnosed as a malignant tumor of the head of the pancreas, and pancreaticoduodenectomy was finally performed. **Conclusion** Pancreatic tuberculosis is a rare clinical disease. The symptoms and imaging manifestations lack specificity and the differential diagnosis is difficult. For young patients with obstructive jaundice, especially those with isolated pancreatic space without elevated tumor markers, the pancreas should be treated. Taking tuberculosis into account, improve the relevant laboratory tests, and use needle biopsy to help differential diagnosis before surgery; patients can get good results after timely and regular anti-tuberculosis treatment.

Keywords: Pancreatic Tuberculosis; Pancreatic Tumors; Misdiagnosis

1 病历资料

男, 32岁, 平素体健, 近1月纳差、睡眠差, 体重下降5kg, 大便陶土色, 小便发黄, 4天前因突发上腹疼痛于当地医院就诊, 行CT检查, 诊断为“胰腺ca”, 未行治疗, 现为进一步诊治, 来我院就诊, 门诊以胰腺占位收住院。查体: 腹部平坦, 腹式呼吸存在, 未见胃肠型及蠕动波, 无腹壁静脉曲张, 未触及包块, 上腹部压痛, 无反跳痛, 无液波震颤, 肝脾肋下未触及, 未触及胆囊, Murphy征阴性。腹部鼓音区正常, 无移动性浊音。肝肾区无叩痛, 肝脾浊音区正常。肠鸣音正常, 未闻及血管杂音及震水音。否认乙型肝炎及结核病史。

1.1 影像及实验室检查 血常规: 嗜酸性粒细胞百分比5.10%; 生化常规: 总胆红素62.1 μ mol/L, 直接胆红素46.3, 谷丙转氨酶259U/L, 谷草转氨酶114, 碱性磷酸酶266U/L, 乳酸脱氢酶331U/L; 肿瘤标记物: SCC 2.07, 其他肿瘤标志物CA199、CEA、AFP等均在正常范围。上腹部CT平扫加增强扫描示: 胰头部肿大, 见一较大混杂不均质团块影, 大小约3.5cm \times 3.2cm \times 4.0cm, 内见液化坏死密度及沙砾样钙化灶, 三期增强扫描肿块实性部分不均匀轻至中度强化, 肝固有动脉包绕其中, 胰头周围见多个增大淋巴结, 最大者约1.3cm, 增强扫描边缘环形强化, 胆总管胰头段逐渐变细狭窄, 上游胆道扩张, 胆总管最宽处约1.6cm, 胰腺体尾部形态、密度未见异常, 胰管未见扩张(图1~图3, 图6)。CT诊断: 考虑胰头占位, 胰头癌可能性大。我院MRI平扫示: T₁WI胰头部不规则增大, 见一大小约3.6cm \times 3.3cm \times 4.2cm稍低信号肿块, T₂WI胰头部肿块表现为稍高信号, 其内见斑片状液性信号, 高b值扩散加权成像(diffusion-weighted imaging, DWI)呈高信号, 胰体尾部形态、信号无

殊, 十二指肠降段受压, 病灶与肠壁分界欠清, 另可见脂肪肝及胆汁淤积影像表现, MRCP显示胆总管下端逐渐变细, 其上游胆道扩张, 胆总管最宽处约1.5cm, 胆囊增大, 胰管未见扩张(图7~图11)。术前患者胸部CT检查: 两肺上叶尖段散在结节、条索影及钙化灶(图4~图5)。综合评估后, 决定全麻下行胰十二指肠切除术。

1.2 术中所见 探查肝脏呈淤胆表现, 胆囊肿大, 胆总管直径约1.0cm; 胰头部可扪及肿块, 约5.0cm \times 5.0cm, 质硬, 胰头钩突部稍肿大, 质韧, 胰体部质地正常; 肝门部见肿大淋巴结; 胃, 肠, 脾, 盆腔未及转移性包块; 腹腔内有少量淡黄色腹水, 根据术前检查考虑胰头肿瘤, 故决定行胰十二指肠切除术。手术顺利, 术后安返病房, 密切监测生命体征。

1.3 病理诊断 (胰腺及周围淋巴结)伴坏死的肉芽肿性炎, 可见多核巨细胞, 结核可能性大(图12)。

2 讨论

结核病(tuberculosis, TB)是结核分枝杆菌感染引起的一种传染性疾病, 结核分枝杆菌不仅仅可以感染人的肺部, 也可以感染人的其他部分, 近年来有关消化系统结核的报道越来越多, 但胰腺结核(pancreatic tuberculosis, PTB)依然罕见, 即使在一组297例粟粒性结核患者的尸检中发现胰腺受累率仅为4.7%^[1], 方高潮^[2]在报道消化道结核33例临床分析中未发现一例胰腺结核。考虑其发生率较低的可能原因是: 胰酶干扰结核分枝杆菌在胰腺着床和脱氧核糖核酸酶的抗分枝杆菌作用^[3-4], 但是这道防线一旦被结核分枝杆菌突破感染就会接踵而来。PTB感染途径尚不清楚, 根据文献^[5]报道胰腺结核的感染途径有以下几点: (1) 邻近器官的

【第一作者】陈小荣, 女, 主治医师, 主要研究方向: 腹部(胰腺)。E-mail: 603419281@qq.com

【通讯作者】曹爱红, 男, 主任医师, 主要研究方向: 胸部(肺结节)。E-mail: caooh@163.com

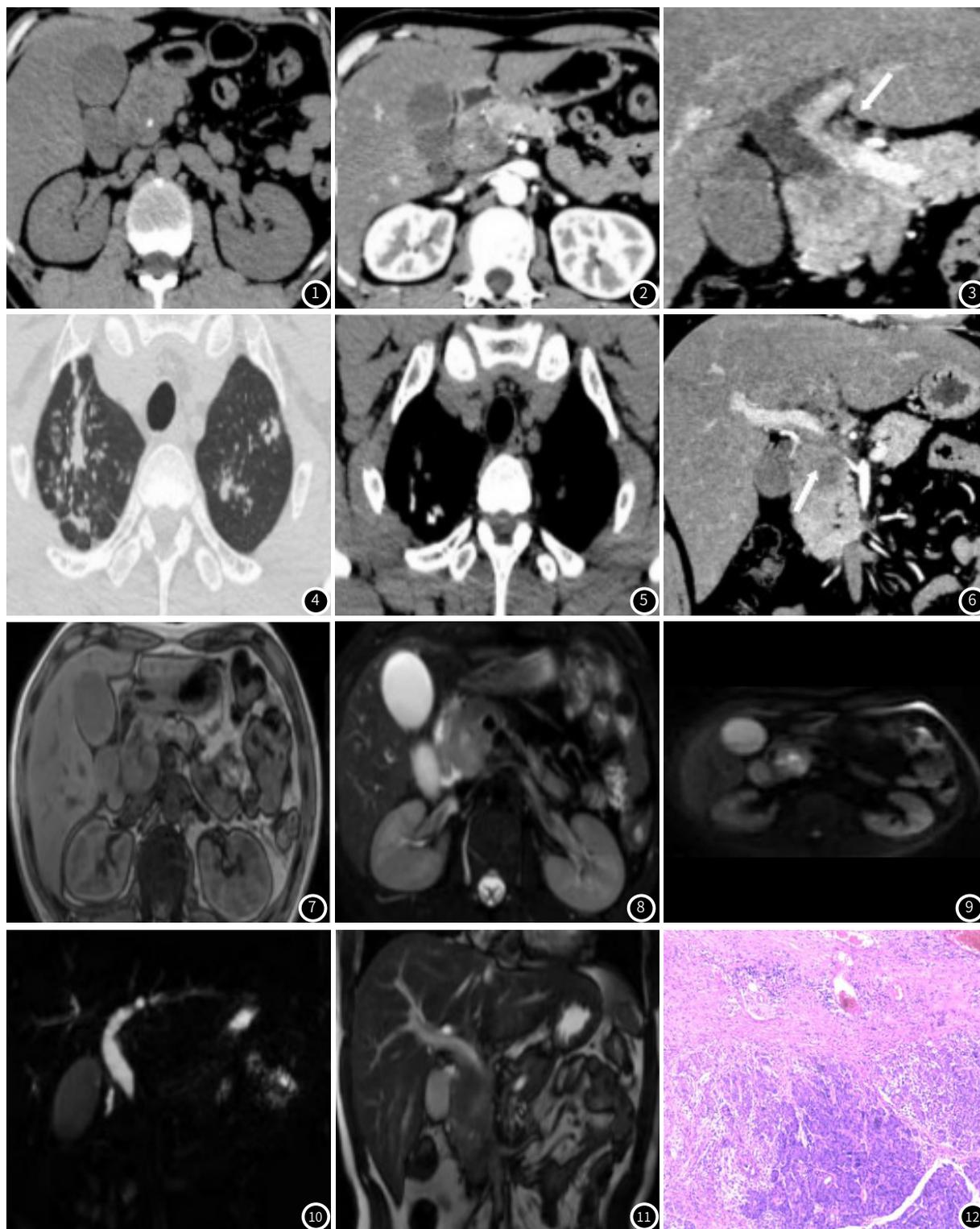


图1~图2 CT横断面平扫、增强示胰头稍低混杂密度团块,见钙化及低密度区,动脉期不均匀轻度强化。图3 冠状位重建示胆总管胰腺段变窄,上方胆道扩张,肝门部环形强化淋巴结(箭头所指)。图4~图5 胸部平扫肺窗及纵膈窗显示两肺上叶尖段结节、条索及钙化灶。图6 病灶包绕肝固有动脉(箭头所指)。图7~图8 MRI示胰头肿块, T₁WI稍低、T₂WI稍高混杂信号,内部见更高信号区。图9 高b值肿块弥散受限。图10~图11 MRCP及冠状位示胆总管胰腺段逐渐变细,上游胆总管扩张明显,肝内胆管稍扩张,胆囊增大。图12 术后病理(HE染色×100)镜下见伴坏死的肉芽肿性炎,可见多核巨细胞。

直接扩散;(2)淋巴道和血道的播散;(3)既往腹部结核病灶复发或对全身结核的免疫反应等。PTB起病缓慢而隐匿,临床表现缺乏特异性,可有腹痛、纳差、乏力、消瘦、黄疸以及腹部肿块等表现,与胰腺肿瘤极为相似,因而容易导致漏诊或误诊^[6],术前确诊率低,几乎均经手术探查和病理检查才能确诊^[7]。该患者主要表

现为腹痛、消瘦和黄疸,否认结核病史,故术前未行结核相关实验室检查,亦未行穿刺活检,直至胰腺切除术后病理证实为PTB。回顾分析,该患者为青年男性,胸部CT见两肺上叶尖段三种病理改变并存,高度提示该患者为继发型肺结核可能性大,而消化道结核又常继发于开放性肺结核^[8],故肺结核对该病的诊断具有重要

提示价值。在对胰腺占位定性诊断时,医生未能将两个系统的病变关联思考,一方面是因为临床思维不够缜密,逻辑性不强,另一方面胰腺结核确实罕见,临床缺乏对该病的认知。

结合以往文献报道,对胰腺结核的认知如下:胰腺结核可表现出广泛的影像学征象,包括肿块、结节、脓肿、胰周及腹膜后肿大淋巴结等,胰腺结核的鉴别诊断包括胰腺癌,转移灶,胰腺囊性肿瘤、局灶性慢性胰腺炎及淋巴瘤等。

胰头孤立性肿块、胆道扩张继发梗阻性黄疸者尤其需要同胰腺癌鉴别。年长、病程短且糖类抗原(CA19-9)、癌胚抗原(CEA)等指标升高者,肿瘤性病变的可能性大,而PTB多见于青壮年、病史较长者,且多不伴肿瘤标志物的升高。肿块或结节状PTB以胰头多见^[9],CT及MRI表现为胰头局限性肿大,CT平扫呈略低混杂密度,肿块内常见多发斑点状钙化灶,这也许是胰腺结核特征性表现^[9-10],增强扫描肿块型PTB呈轻-中度强化,病灶边缘清晰,胰管扩张罕见^[11]。MRI平扫T₁WI表现为等、略低信号,T₂WI呈等或稍高信号,DWI为高信号,增强扫描强化方式同CT。总之胰腺结核增强信号或密度低于正常胰实质,这与胰腺癌的乏血供^[12]表现相似,更增加了二者的鉴别难度。病灶内部干酪样坏死在T₂WI为高信号,无强化。PTB病灶可包绕周围血管,但不侵犯血管,罕有继发胰腺体尾部萎缩及胰管扩张。胆总管下段受压变窄,可引起胆道系统梗阻,但其扩张程度与病灶大小不成比例,本文所报道即为上述表现。“围管性浸润”、“嗜神经生长”是胰腺癌的特点,即使病灶很小既可引起胰管破坏,继发胰胆管扩张,呈现“双管”征、“软藤”征,有时可见“三管”征、“四管”征,且胰头部胰腺癌常伴有胰体尾部萎缩,另外胰腺癌钙化罕见。当鉴别困难时需穿刺活检。

当PTB以周围淋巴结肿大表现为主时需要与淋巴瘤鉴别,两者临床表现相似,都可以出现发热、消瘦、腹痛等^[13],肿大淋巴结压迫胰头肝门部时亦可出现梗阻性黄疸。但淋巴瘤以中年人多见,肿大淋巴结表现为均质融合性团块,包绕动静脉,呈现“血管漂浮”征、“三明治”征等,增强扫描表现“不温不火”的轻至中度强化,如伴有脾大或其他部位淋巴结肿大有助于鉴别诊断;而胰腺结核以30岁左右的青年人多见,环形强化是病灶及肿大淋巴结的影像特征^[6,11,14]。

胰腺结核干酪坏死明显时呈现“多房”样或“蜂窝”样强化的肿块表现^[11],此种表现需同胰腺囊性肿瘤及假性囊肿鉴别。好发于胰头及钩突部的胰腺囊腺瘤是鉴别诊断的重点,囊腺瘤多为良性或低度恶性肿瘤,故常常不伴有胰周淋巴结肿大,MRI囊性肿瘤在恶变之前T₂WI多表现为均质高信号,且常伴有胰管的扩张,MPCP对胰腺囊性肿瘤与胰管的关系提供可靠的证据,有助于其诊断及鉴别诊断。假性囊肿患者多有明确的胰腺炎病史,为鉴别诊断提供可靠证据。

胰腺结核另需与慢性肿块型胰腺炎鉴别,慢性肿块型胰腺炎可有胰胆管的轻度扩张,部分可见“胰管贯穿”征,DWI呈低信号,与肿块型胰腺结核DWI高信号形成对比。慢性肿块性胰腺炎

胰周很少见环形强化的淋巴结,也有助于鉴别诊断。

该患者为32岁青年男性,临床症状及体征缺乏特异性,肿瘤指标不高,影像学表现为胰头肿块,肿块内见液化坏死区及沙粒样钙化灶,增强扫描肿块实质部分呈现轻至中度强化,胰头段胆管表现逐渐变细,而非截断,肿块虽大,但未侵犯血管,胰周脂肪间隙清晰,胰腺周围肿大淋巴结呈环形强化,以上影像表现均提示胰头结核的可能性。

综上所述,胰腺结核因其发病率低,缺乏临床特点,术前确诊仍较困难,容易误诊为胰腺肿瘤而行手术,给无需手术处理的患者带来不必要的创伤。结合本例胰腺结核的诊治过程总结得出如下经验:首先应认识到“胰腺占位性病变”不仅仅指肿瘤,也包括炎性病变,尤其发生在青年人的胰腺占位,不伴肿瘤标志物升高者,更应该提高警惕。临床工作中遇以下条件的胰腺占位患者:病灶很大而未出现血管侵犯;胰周淋巴结肿大,增强扫描呈环形强化;发现其他部位结核灶,尤其合并肺部纤维、增殖性病变者,应高度怀疑胰腺结核的可能性。一旦考虑到胰腺结核,应积极完善实验室及影像学检查,术前穿刺活检以获得病理学或细菌学证据,实验性的抗结核治疗也是不错的鉴别诊断手段,尽可能避免不必要的手术。

参考文献

- [1] Auerbach O. Acute Generalized Miliary Tuberculosis [J]. *American Journal of Pathology*, 1944, 20(1): 121-136.
- [2] 方高潮, 李春艳. 消化道结核33例临床分析[J]. *医学理论与实践*, 2021, 34(17): 3115-3116.
- [3] 白锦峰, 陈章彬, 郭志唐, 等. 胰腺结核误诊为胰腺肿瘤1例报告并文献复习[J]. *中国普通外科杂志*, 2019, 28(9): 1156-1159.
- [4] 李渊, 王欣鑫, 闫珂, 等. 胰腺结核误诊为胰腺肿瘤1例[J]. *中华医学杂志*, 2022, 102(16): 1235-1236.
- [5] 迺振宇, 陶开山, 岳树强, 等. 胰腺结核误诊为胰腺囊腺瘤1例分析并文献复习[J]. *中国误诊学杂志*, 2008, 8(28): 6817-6819.
- [6] 严雪敏, 孙昊, 杨爱明. 胰腺结核的临床特点及诊断要点[J]. *协和医学杂志*, 2015(2): 119-123.
- [7] 张菊, 梁蕊, 刘佩, 等. 胰腺结核MRI表现一例及文献复习[J]. *磁共振成像*, 2020, 11(10): 920-921.
- [8] 翟文龙, 叶健文, 傅哲, 等. 胰腺结核的诊断与治疗[J]. *中华消化外科杂志*, 2015, 14(5): 429-430.
- [9] 崇敬东, 丁汝军, 钱祝银, 等. 原发性胰腺结核的诊断及治疗(附4例报告)[J]. *临床肝胆病杂志*, 2010(05): 109-110.
- [10] 余日胜, 郑继爱, 李蓉芬. 胰腺结核的CT表[J]. *中华放射学杂志*, 2001, 35(1): 56-59.
- [11] 张志伟, 王丽英. 胰腺结核的CT及MRI诊断[J]. *中国中西医结合影像学杂志*, 2015, 13(005): 533-535.
- [12] 刘洋, 徐红卫, 董志辉. 多层螺旋CT与MR影像对胰腺肿块患者诊断价值的比较[J]. *中国CT和MRI杂志*, 2019, 113(3): 98-101.
- [13] 窦娅芳, 梁宗辉. 胰腺肿物的诊断思维[J]. *影像诊断与介入放射学*, 2017, 26(6): 518-520.
- [14] 吕向微, 刘振, 谢放, 等. 胰腺结核三例临床分析及文献复习[J]. *肝胆外科杂志*, 2019, 27(6): 426-428.

(收稿日期: 2021-10-01)