

Ultrasonic misdiagnosis of mass type chronic pancreatitis: a case report 肿块型慢性胰腺炎超声误诊 1 例

李青 曾汪 孙琰

[中图法分类号] R445.1

[文献标识码] B

患者女, 50 岁, 因左上腹剧烈疼痛伴恶心呕吐 2 个月余入院, 超声检查: 肝内胆管内径增宽, 左侧约 0.5 cm, 右侧约 0.7 cm; 肝外胆管内径约 1.1 cm; 胰头处见一稍低回声结节, 大小约 4.7 cm×4.7 cm, 边界欠清, 形态不规则, 胰体尾回声减低, 主胰管内径约 0.7 cm; 腹腔大血管旁探及数个稍低回声结节, 最大约 3.5 cm×2.8 cm, 形态欠规整, 边界欠清(图 1)。超声提示: ①胰头区实性占位(胰腺癌?)伴肝内外胆管及主胰管扩张; ②腹腔大血管旁多发稍低回声结节, 考虑肿大淋巴结。CT 示: 胰头区见低密度肿块影, 增强轻度不均匀强化, 肿块包绕肠系膜上动脉, 胰管轻度扩张, 肝内胆管轻度扩张。考虑胰头癌并腹膜后淋巴结转移, 肠系膜上静脉上段受侵, 未显影, 肠系膜上动脉受包绕(图 2)。

MRI 示: 胰头部病变, 考虑胰腺癌可能, 主胰管稍扩张; 胆总管下段狭窄考虑受侵可能, 以上肝内外胆管扩张。肿瘤标记物: CA19-9 1590.7 U/ml, 癌胚抗原 2.82 ng/ml, 甲胎蛋白 4.91 ng/ml, CA153 7.1 U/ml。术中所见: 胆总管明显扩张, 直径约 1.8 cm, 肝门组织慢性炎症改变, 胰头触及质硬肿块, 大小约 4.0 cm×4.0 cm, 可触及肿大淋巴结, 侵及门静脉, 十二指肠受压, 遂行胆肠吻合、胃肠吻合、肠肠吻合术。术中冰冻切片提示: 胰腺肿块冰冻切片未见明确肿瘤性病变, 淋巴结冰冻切片未见转移性病变。术后病理检查: 胰腺组织呈慢性炎症改变, 未见肿瘤性病变(图 3), 肝门部淋巴结呈反应性增生, 未见转移性病变。患者于术后 13 d 出院, 恢复良好, 3 个月后随访, 患者无明显不适。



T: 肿块 PB: 胰体 PT: 胰尾。

图 1 肿块型慢性胰腺炎超声图像



图 2 肿块型慢性胰腺炎增强 CT 图像

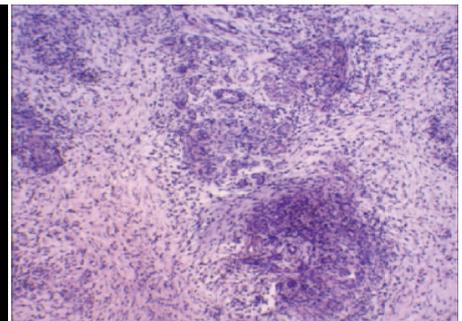


图 3 肿块型慢性胰腺炎病理图(HE 染色, ×40)

讨论: 肿块型慢性胰腺炎(chronic mass-forming pancreatitis, CMFP)是一种特殊类型的胰腺炎, 其主要病理学特征是进行性间质纤维化和慢性炎症浸润, 该病与胰腺癌均可表现为上腹部疼痛、黄疸、肝内外胆管扩张及胰腺肿块等, 孙凤芝等^[1]认为高频超声对鉴别合并胆胰管阻塞的 CMFP 及胰腺癌有一定帮助, CMFP 胆总管胰腺段管壁轻度增厚, 主胰管近肿块端逐渐变细, 未见侵蚀中断现象, 表现为“鼠尾征”; 胰腺癌肿瘤围绕胰管及胆总管呈浸润性生长, 扩张的胆总管或胰管至肿块处突然截断, 管壁与肿块分界不清, 表现为“截断征”, 但因胰腺位置较深, 对于胃肠胀气明显及肥胖的患者应用效果不佳。超声造影对鉴别二者也有非常大的帮助, D'Onofrio 等^[2]认为, 大多数胰腺恶性肿瘤超声造影时肿块与周围胰腺组织相比呈低增强, 而 CMFP 造

影时与周围胰腺组织呈同等增强表现, 且认为超声造影诊断 CMFP 准确性达 96%。本例患者经 CT 和 MRI 检查均考虑为胰腺癌, 后经手术病理确诊。

总之, 胰腺癌与 CMFC 超声表现相似, 临床检查时应仔细进行鉴别诊断, 避免漏误诊。

参考文献

- [1] 孙凤芝, 李永杰, 李东. 高频超声鉴别合并胆胰管阻塞的胰头肿块型胰腺炎和胰头癌的价值[J]. 临床荟萃, 2009, 24(4): 290-292.
- [2] D'Onofrio M, Zamboni G, Tognolini A, et al. Mass-forming pancreatitis[J]. World J Gastroenterol, 2006, 12(26): 4181-4184.

(收稿日期: 2016-05-24)